



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Vicentina Santiago de Souza

A Integralidade na Prática Clínica e Institucional
e na Relação Ensino-serviço: Um estudo de Caso Sobre a
Formação do Psicólogo em Hospital Público

Orientadora: Profa. Ana Cleide Guedes Moreira, *Dra.*

Co-Orientador: Prof. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, *Dr.*

Belém
2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Vicentina Santiago de Souza

A Integralidade na Prática Clínica e Institucional
e na Relação Ensino-serviço: Um estudo de Caso Sobre a
Formação do Psicólogo em Hospital Público

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Pará/Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-Graduação em Psicologia da UFPA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientadora: Prof. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira Co-orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira.

Orientadora: Profa. Ana Cleide Guedes Moreira, *Dra.*

Co-Orientador: Prof. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, *Dr.*

Belém
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) -
Biblioteca Central/ UFPA, Belém-PA

Souza, Ana Vicentina Santiago.

A Integralidade na Prática Clínica e Institucional na Relação Ensino-Serviço: Um Estudo de Caso Sobre a Formação do Psicólogo em Hospital Público / Ana Vicentina Santiago de Souza; Orientadora Prof. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira; Co-orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. - 2009

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2009.

1. Psicologia Clínica. 2. Hospitais Universitários. 3. Psicólogos - Formação. I. Moreira, Ana Cleide Guedes, orient. II. Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro, co-orient. III. Título.

CDD: 22. ed. 616.81

Ana Vicentina Santiago de Souza

A Integralidade na Prática Clínica e Institucional
e na Relação Ensino-serviço: Um estudo de Caso Sobre a
Formação do Psicólogo em Hospital Público

Belém, 1 de julho de 2009

Dissertação apresentada como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre,
no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará.

Banca Examinadora

Profa. Ana Cleide Guedes Moreira, *Dra.*
Universidade Federal do Pará
Orientadora

Prof. Roseane Freitas Nicolau, *Dra.*
Universidade Federal do Pará
Membro suplente

Profa. Junia de Vilhena, *Dra.*
Pontifícia Universidade Católica - RJ
Examinadora

Pedro Paulo Piani, *Dr.*
Diretor Acadêmico do Hospital Universitário
Bettina Ferro e Souza/UFPA
Examinador

Ao Ronaldo, meu amor e companheiro da vida, agradeço especialmente o “fazer” comigo esta dissertação. Dedico este trabalho a minha inesquecível amiga Elisa Vianna Sá (em memória). Dedico, também, este trabalho a minha querida amiga Ana Cleide Guedes Moreira, pela oportunidade de chegar ao campo de conhecimento da Psicologia, como grande parceiro para o campo da Saúde Pública, na construção do conhecimento e na atenção à saúde das pessoas.

Agradecimentos

* Agradeço o incentivo e confiança dos amigos e colaboradores: Ana Cleide Guedes Moreira, Alcindo Ferla, Aderli Góes Tavares, Airle Miranda, Elizabeth Levy, Junia de Vilhena, Jucélia Flexa, Karina Darwich, Lucia Helena Alves, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Pedro Paulo Freire Piani e Samuel Amorim Sá;

* Agradeço também a acolhida e a contribuição das equipes de saúde, dos docentes, supervisores e discentes do Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB durante a pesquisa.

“Situado na Região Amazônica o HUIBB tem por missão institucional dar respostas às necessidades de atendimento à população, ensinar e avançar na direção de novos conhecimentos teóricos e práticos dentro do novo paradigma da saúde, o qual procura integrar os vários saberes acadêmicos, a sócio-diversidade e a bio-diversidade regional, sem perder o sentido universalizante do conhecimento e a mundialização da sociedade”[...]. “A história deste Hospital acentua a capacidade que seus profissionais demonstram quando responderam a desafios epidemiológicos, bem como a necessidade de mudanças internas ou externas. De Sanatório de Tuberculose para Hospital de Infectologia - essa transição foi uma resposta sem medo de aprender com a sociedade as dimensões do problema emergente que foi e ainda é a AIDS/SIDA: ele se colocou na trincheira das doenças emergentes e reemergentes, infecciosas ou não, como é o caso da fibrose cística [...]”. “O contexto amazônico é desafiante e estimulante , ao mesmo tempo. Nessa fronteira, podemos, provocativamente, situar entre outros, ao menos dois cenários: um teor colonizante e outro de sinais humanizantes”. (SÁ, Elisa Vianna - entre outros cargos, foi Presidente da Fundação Nacional de Saúde-FUNASA, Secretária Estadual de Saúde do Pará - SESPA e Diretora do HUIBB/UFPA por dois períodos, de 1990 a 1996 e de 2001 a 2006).

Resumo

Este trabalho consiste em estudar a prática clínica e institucional na formação do psicólogo sob a perspectiva da integralidade em saúde no Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB. A escolha do campo de estudo deveu-se ao conhecimento do hospital enquanto área de trabalho, assim como pelo fato deste ser um dos três únicos locais no SUS que servem de prática para o Curso de Psicologia da UFPA, onde se propicia aos alunos terem contato com a prática clínica e institucional, aplicando referenciais teórico-metodológicos de Psicanálise, análise institucional, processos grupais e de comunicação e conhecimentos de Saúde Pública. Utilizando-se da abordagem qualitativa, os procedimentos de coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada, os questionários e a observação participante. Entre os aspectos relevantes o estudo observou: a fragmentação constante do trabalho dos diversos profissionais envolvidos e a busca do psicólogo por um espaço mais consolidado e articulado de atuação na equipe de saúde; a falta de conhecimentos prévios de saúde coletiva por parte dos discentes motivando um esforço concentrado dos supervisores e orientadores de campo na relação ensino-serviço; o sucateamento das instalações físicas e dos equipamentos do hospital gerando dificuldades, mas, simultaneamente, estimulando uma subjetividade expressa na colaboração entre funcionários e alunos; o esforço do Serviço de Psicologia em reconduzir o trabalho centrado no ato médico e no corpo enfermo para uma atenção marcada pela relação com o paciente como sujeito e para os distintos modos de subjetivação psicopatológicos que constituem o problema teórico-metodológico colocado para sua eficácia psicoterápica; e, por fim, sua inserção nas equipes multiprofissionais. A trama formada pelo conjunto desses protagonismos configura o desafio do psicólogo, junto com os demais profissionais, para compreender e levar a cabo a integralidade da atenção, em exercício permanente de construção no hospital. Dois teóricos destacam-se na argumentação que problematiza a atenção integral no hospital - Canguilhem, para a discussão do conceito de saúde enquanto possibilidade de viver em conformidade com o meio e Winnicott, na perspectiva clínica possível nesse ambiente.

Palavras-Chave: Integralidade, Saúde Coletiva, Psicologia, Relação Ensino-Serviço, Subjetividade, Clínica Ampliada e Dispositivos Clínicos.

Abstract

This work consists of studying the clinical and institutional practice in the psychologist's formation under the perspective of the totality in health in the João de Barros Barreto Academical Hospital - HUIBB. The choice of the study field was due to the knowledge of the hospital while work area, as well as for the fact of this to be one of the three only places in Unique Wealth System SUS that serve as practice for the Course of Psychology of UFPA, where it is propitiated the students to have contact with the clinical and institutional practice, applying theoretical-methodological backgrounds of Psychoanalysis, institutional analysis, processes group and of communication and knowledge of Public Health. Being used of the qualitative approach, the procedures of collection of data were the semi-structured interview, the questionnaires and the participant observation. Among the important aspects in the study was observed: the constant fragmentation of the several involved professionals' work and the psychologist's search for a space more consolidated and articulate of performance in the team of health; the lack of previous knowledge of collective health on the part of the students motivating a concentrated effort of the supervisors and field advisors in the relationship teaching-service; the failed of the physical facilities and of the equipments of the hospital generating difficulties, but, simultaneously, stimulating an expressed subjectivity in the collaboration between employees and students; the effort of the Service of Psychology in drill the work centered in the medical act and in the sick body for an attention marked by the relationship with the patient as subject and for the different manners of psychopathologic subjectivization that constitute the theoretical-methodological problem placed for your psychotherapeutic effectiveness; and, finally, its insert in the teams multiprofessionals. The plot formed by the group of those protagonisms it configures the psychologist's challenge, with the other professionals, to understand and to carry out the wholeness of the attention, in permanent exercise of construction in the hospital. Two theoretical stand out in the argument that problematizes the integral attention in the hospital - Canguilhem, for the discussion of the concept of health while possibility to live in conformity with the middle and Winnicott, in the possible clinical perspective in that adapts.

Word-Key: Wholeness, Collective Health, Psychology, Relationship teaching-service, Subjectivity, Amplified Clinic, Clinical Devices.

Lista de Siglas

ABEP	Associação Brasileira de Educação em Psicologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CONASP	Plano Conselho Nacional de Assistência à Saúde e Previdência
CONSEP	Conselho Superior de Pesquisa
DIP	Doenças Infecto-Parasitárias
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FNEPAS	Fórum Nacional de Ensino das Profissões em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LAELS	Laboratório de Estudos do Luto
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAEA	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROAPS	Programa de Aperfeiçoamento
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PROSAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Anti-retroviral Combinada
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNAMA	Universidade da Amazônia
UNIDERP	Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
URE	Unidade de Referência Especializada

SUMÁRIO

Resumo	viii
Abstract	ix
Lista de Siglas	x
Introdução	2
1 A Integralidade - Uma Política Emergente na Saúde Pública	11
1.1 Contexto Atual da Política de Saúde e a Transição para a Integralidade	11
1.2 Os Sentidos da Integralidade em Saúde	18
1.3 O Processo Saúde Doença e a Clínica: O que nos diz George Canquilha	25
1.4 A Transformação do Hospital em Campo e Espaço de Produção da Integralidade	28
2 A Formação do Psicólogo para a Sociedade e para o Sistema de Saúde	37
2.1 Formação em Saúde: Ensino, Prática Profissional e Processo de Trabalho em Saúde.	37
2.2 A Formação do Psicólogo e a Inserção no SUS	41
2.3 O Lugar do Psicólogo na Sociedade e no Sistema de Saúde	48
2.4 A Integralidade e a Produção da Prática do Psicólogo	57
3 Estudo de Caso Sobre a Formação do Psicólogo em Hospital Público na Perspectiva da Integralidade em Saúde	63
3.1 Considerações Metodológicas	63
3.1.1 Universo da Pesquisa	65
3.1.2 Sujeitos da Pesquisa e Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados	67
3.1.3 Abordagem do Estudo de Caso	70
3.2 Resultados	72
3.2.1 Sobre o Serviço de Psicologia do HUIBB e o Processo Saúde-Doença	72

3.2.2 Sobre os Estágios em Psicologia das Organizações I e II, da UFPA e Psicologia da Saúde, da UNAMA e o Processo Saúde-Doença	83
Considerações Finais	101
A Anexo	114
Bibliografia	115

Introdução

Este trabalho consiste em estudar a prática clínica e institucional na formação do psicólogo na perspectiva da integralidade em saúde, no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), considerando de extrema relevância tomar a dimensão das práticas como campo empírico para a integralidade e esta, como força no sentido da mudança direcionada para o sistema público de saúde.

Unidade Acadêmica Especial da Universidade Federal do Pará (UFPA) a partir de 2004, à qual esteve anteriormente cedido, na década de 1990, e localizado no Guamá, bairro periférico da cidade de Belém-Pará, o HUIBB foi criado como Sanatório de Tuberculose em 1957, mas atende historicamente portadores de doenças endêmicas e epidêmicas na Região Norte. Desde a administração da UFPA implantou-se o Estágio Supervisionado de Psicologia Social das Organizações e, em 1999, introduzido através de convênio, o Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde, da Universidade da Amazônia (UNAMA), instituição particular de ensino superior. Com a evolução importante dos estágios de psicologia na atenção aos pacientes criou-se em 2002 o Serviço de Psicologia do Hospital.

Portanto, o lócus do trabalho é o HUIBB, onde atuo desde 2001, e no qual estive presente em período anterior quando o mesmo passou para a responsabilidade da UFPA, entre 1990 e 1996. A escolha como campo de estudo deveu-se, portanto, ao conhecimento do hospital enquanto área de trabalho - um sujeito implicado subjetivado pelo serviço, assim como pelo fato deste ser um dos locais (juntamente com o Hospital Universitário Bettina Ferro e Souza e a Santa Casa de Misericórdia do Pará) no Sistema Único de Saúde (SUS)

que servem de prática para o Curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará e da Universidade da Amazônia, permitindo aos alunos terem contato com a prática clínica e com conhecimentos de Saúde Pública.

Quanto à definição do tema, deveu-se à minha inquietação ao conviver com a precária interação das equipes, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, o difícil funcionamento da atenção à saúde, de modo geral, observados como usuária do sistema e, também, como profissional de saúde pública, acreditando que a formação de pessoal da área, em particular do psicólogo, ainda se ressentia de uma participação mais efetiva no debate e na formulação da política pública de saúde.

Como administradora, sanitarista e professora de cursos na área da saúde, acompanho os movimentos da saúde pública no Pará e no Brasil desde a década de 1980, não podendo deixar de reconhecer os avanços advindos com a implantação do SUS, especialmente no que se refere à universalização da atenção à saúde para toda a população. Daí considerar e defender o SUS, a exemplo do que avalia Dimenstein (2006), como sendo uma das melhores invenções já produzidas no país voltadas ao enfrentamento das iniquidades existentes, ainda que também enfrente inúmeras dificuldades para atingir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde.

A dissertação é, pois, também uma reflexão sobre a pesquisa enquanto prática social, esta com seu papel relevante no campo empírico da construção da integralidade como fator importante de aperfeiçoamento do SUS.

A integralidade em saúde é definida na atual Constituição Federal como uma das diretrizes do SUS, configurando o atendimento integral com atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Segundo Mattos (2006) a integralidade pode, ainda, ser compreendida como acesso, cuidado, acolhimento, participação, política, terapêutica não convencional, gestão de sistemas e ensino, sempre na perspectiva de buscar compreender e praticar de forma eficaz as ações de saúde de modo integral e humanizado.

“Para o Ministério da Saúde a humanização no SUS é entendida como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão; mapeamento e interação com as demandas sociais coletivas e subjetivas de saúde; proposta de um trabalho coletivo para o SUS que seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e atendimento; compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008, p.18-19).

O Ministério da Saúde criou em 2008 o Programa Humaniza SUS, que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Nos dias de hoje a evolução da concepção da saúde como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, em consonância com o desenvolvimento econômico e social e as dimensões sobre o meio ambiente, remete a diretrizes de integralidade e interdisciplinaridade que criaram a necessidade de articulação entre campos de saber distintos na saúde pública - psicologia, enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e educação física, entre outros, não se restringindo apenas ao saber médico. Nesse contexto, a Psicologia passou a figurar nas Conferências de Saúde e nos estabelecimentos da rede pública de saúde, reorganizando as práticas psicológicas tanto no sentido acadêmico e curricular, quanto no de mercado de trabalho.

Segundo argumentação de Canon (2006) o campo da Psicologia é dividido, em geral, em diferentes áreas, cada qual com seu estilo próprio. Alguns adjetivos do termo, como desenvolvimental, social e comparativa, referem-se a tipos específicos de objetos de estudo, além da psicologia ambiental, que surge como campo novo, do mesmo modo que também se atribuem títulos, a exemplo de clínica, educacional, ocupacional, quando se referem a profissões psicológicas. Portanto, qualquer discussão neste momento levaria a indagar sobre o surgimento de novos dimensionamentos da atuação do psicólogo na atenção

à saúde da população, entendidos como práticas integradas da saúde mental com a saúde física e social do paciente.

Alguns interesses surgem ao se relacionar a integralidade em saúde e a Psicologia, quando se pensa uma psicologia que não precisa somente do enquadramento de um consultório, mas se amplia como campo de atuação a própria realidade de sua inserção, detendo, por isso, uma visão mais abrangente dos conceitos de saúde.

Por outro lado, a Psicologia faz parte dos conhecimentos considerados inerentes à formação do profissional de saúde, embora com seus próprios campos de conhecimento, tendo a Associação Brasileira de Educação em Psicologia (ABEP) recomendado durante a realização do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde, em 2006, pensar a saúde como um fenômeno complexo, de produção social e, portanto, pertinente a todos os cenários de atuação do psicólogo, não restrito, pois, àqueles que trabalham diretamente no setor saúde.

No Brasil adotou-se uma definição de integralidade em saúde ao se vincular ações preventivas com ações curativas nos Serviços de Atenção Básica. Para Mattos (2004), entretanto, um fato é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, numa rede regionalizada e hierarquizada, outro, igualmente importante, é argumentar que em qualquer nível de atenção deva existir uma articulação entre a lógica da prevenção e a da assistência, de modo a haver sempre uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, estas, por sua vez, envolvendo necessariamente uma dimensão dialógica de escuta e conversação. Assim, é possível problematizar que a Psicologia se relaciona com o campo da integralidade porque as práticas em saúde, sob o ponto de vista da atenção integral, serão sempre intersubjetivas, pois os profissionais de saúde interagem com sujeitos e não com objetos, como comenta Mattos (2004). A redução da pessoa a uma patologia pode desencadear um processo de estigmatização social, com efeito deletério sobre o paciente e repercussões praticamente imensuráveis para a vida social.

Muito se tem discutido sobre o tema da subjetividade, os diversos modos de

subjetivação, de produção de subjetividade e de construção do sujeito, sendo esta uma questão da Psicologia, da Psicanálise e da Análise Institucional a atravessar os tempos modernos. A subjetividade, segundo Franco (2004), são modos próprios e específicos de ser e atuar no mundo e interagir com os demais, identificando este como o ambiente da micro-política, lugar onde se manifesta e produz a subjetividade.

É certo que os profissionais detêm vastos conhecimentos sobre doenças e os sofrimentos por elas causados, bem como sobre ações capazes de intervir, em algum grau, sobre o "modo de andar a vida", numa expressão utilizada por Canguilhem (2006), quando se refere às conseqüências causadas pelo adoecimento das pessoas nos contextos de suas vivências e valores. Mas na perspectiva da integralidade tais conhecimentos podem ser insuficientes, sob o risco de se reduzir o sujeito à doença que lhe provoca o sofrimento. Para se manter o exercício da intersubjetividade, além do "domínio" sobre as doenças, há que se ter ainda o conhecimento sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de atenção, na busca pela promoção da saúde; esta aqui colocada como uma experiência subjetiva, considerados os traços sócio-culturais internalizados ao longo dos tempos e a constatação de que as pessoas sofrem e buscam cuidados.

Para enveredar nessa seara foram importantes os estudos de Canguilhem, filósofo da corrente epistemológica francesa e de filiação bacheladiana, segundo Delaporte (1994). A intenção do autor seria questionar a polaridade entre o binômio saúde-doença, um tomado como a ausência do outro e associados a uma idéia de valores de excesso e falta que, por sua vez, estariam correlacionados aos valores normal e patológico / anormal (DE LUCA, 2002, p.3). Tais estudos serviram para aprofundar a compreensão do processo saúde-doença sob o prisma do modelo biologicista e a evolução deste para o modelo de atenção integral, objeto da pesquisa.

Citado como um dos grandes teóricos do tema pelos autores da Reforma Sanitária Brasileira, Canguilhem, diferentemente de outros filósofos, conforme

Serpa Júnior (2003), não ingressou na Medicina pelo viés da Psicologia, da Psicopatologia e da Psiquiatria. Assumindo uma posição não mecanicista, Canquilhem (2006) defende a tese de que os problemas das estruturas e dos comportamentos patológicos do homem são imensos e que as chances de resolvê-los seriam maiores se fossem tomados como um todo único e não dividido em detalhes, afirmativa que serve de reflexão para esta pesquisa sobre integralidade em saúde, quando se encara a atenção à saúde como uma rede de cuidados progressivos e como uma experiência subjetiva.

Ao buscar o diálogo sobre a noção de integralidade em saúde na formação clínica e social do psicólogo, duas questões fundamentais, a meu ver, devem ser problematizadas: a formação do psicólogo no contexto hospitalar está próxima da atenção integral? A prática clínica do psicólogo na relação ensino-serviço é um espaço de produção da integralidade?

Segundo dados do Estágio em Psicologia da Universidade Federal do Pará - UFPA desde o início da década de 1990 o tratamento psicológico aos pacientes internados nas enfermarias é oferecido por professores e alunos do Departamento de Psicologia Social e Escolar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, através de atividades do Estágio, disciplina regular do Curso de Formação de Psicólogo da UFPA. Quanto ao estágio do Curso de Psicologia da UNAMA, criado em 1999, o foco está voltado para a Psicologia da Saúde. Atualmente, o estágio de ambas as universidades é realizado no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) da Clínica de Infectologia, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), no Setor de Internação do Serviço de Infectologia, Pneumologia, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, além de ações junto à ONG - Associação dos Amigos do Barros Barreto e nos Projetos de Pesquisa: Tratamento Psicológico em Hospital Geral: contribuições da clínica da melancolia e dos estados depressivos, Belém-Pará, 2008-2010; Modo de Constituição da Subjetividade na Clínica da Melancolia, HUIBB / UFPA, Belém-Pará, 2007; e Relações de Gênero, Saúde e Produção de Subjetividade: Vulnerabilidade e a Feminização da Epidemia do HIV/AIDS em Belém e Barcarena, 2008-

2009, coordenados pela Prof. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira, supervisora do estágio de Psicologia e professora da Pós-Graduação em Psicologia da UFPA. Também é utilizado como campo de estágio o Laboratório de Estudos do Luto - LAELS, instalado no hospital em 2008 e coordenado pela Profa. Dra. Airle Miranda, supervisora do estágio de Psicologia e professora da Pós-Graduação de Psicologia da UFPA. Compõem, ainda, áreas de atuação do Estágio de Psicologia o Mestrado Interinstitucional em Psicologia Clínica por São Paulo entre UFPA/UEPA/CAPES, concluído em 2000, o Grupo de Pesquisa Laboratório de Psicanálise e Psicoterapia Fundamental - LPPF, fundado em 2002 e o Programa de Pós-Graduação em Psicologia, iniciado em 2005.

O objetivo a que se propõem os estágios é preparar o profissional psicólogo, por meio do ensino-serviço-comunidade, para a terapêutica e para a intervenção e pesquisa na área social e em movimentos sociais.

Os dispositivos teóricos utilizados como suporte deste trabalho estão concentrados nos capítulos 1 e 2. O Capítulo 1 trata da integralidade em saúde no contexto atual da política do setor como um movimento emergente na Saúde Pública. Na ótica de Mattos o princípio da integralidade é analisado em três grandes conjuntos de sentidos. Discorre-se, também, sobre o processo saúde-doença sob uma abordagem do filósofo Georges Canguilhem, além de se buscar compreender por meio de Foucault a especificidade do campo clínico manifesto no hospital moderno. A seguir, expõe-se uma breve história do Hospital Universitário João de Barros Barreto, lócus da pesquisa, para, afinal, reunir elementos conceituais com vistas a analisar sua transformação em campo e espaço de produção da integralidade.

O Capítulo 2 dispõe sobre a formação do psicólogo e sua inserção na sociedade e no SUS, levantando inicialmente os contornos da formação em saúde sob os eixos do ensino, da prática profissional e do processo de trabalho. Trata ainda este capítulo de discutir o lugar que ocupa o psicólogo na sociedade e no sistema de saúde, além de apontar o ideário individualista pregnante entre as classes média e alta, de onde provém a maioria dos psicólogos brasileiros. Re-

força o conteúdo deste capítulo uma passagem sobre prevenção e saúde mental em abordagem de Winicott sobre a provisão ambiental, termo por ele empregado que remete ao sentido de prover meios e à idéia de atuação preventiva e terapêutica, que na psicanálise traduz a prática da escuta atenta e cuidadosa à singularidade criativa do indivíduo, em contraponto ao olhar reducionista da medicina. Em seguida o intento é traçar um perfil histórico da evolução da formação do psicólogo, buscando especificar a produção da prática desse profissional na perspectiva da integralidade.

O Estudo de Caso sobre a formação do psicólogo no HUIBB, no contexto da integralidade em saúde, toma forma e corpo no Capítulo 3, no qual também são esclarecidos os requisitos metodológicos propostos a partir da abordagem qualitativa utilizada, assim como o universo e os sujeitos da pesquisa, além dos procedimentos de coleta e análise de dados.

É rico e denso o material levantado durante a pesquisa sobre os estágios de Psicologia da UFPA e da UNAMA, possibilitando observar e entender o que acontece quando o estagiário entra no fluxo do atendimento ao usuário do hospital, como ele é preparado para o enfrentamento dos males causados pelo adoecimento bio-psico-social, obedecendo, na maioria das vezes, a uma rotina onde a atenção e o cuidado são bastante fragmentados, e como seu papel de profissional da equipe de saúde caminha, ainda, para a conquista diária de espaço.

É importante deixar claro o quanto reconheço o muito que há a se aprender com o acúmulo dos vários saberes da Psicologia na construção do SUS - entre suas diretrizes nacionais curriculares (BRASIL, 2007), via Resolução nº 8, do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, de 07.05.2004, consta "a compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais"; assim como se constata que a disciplina, segundo avaliação do Conselho Federal de Psicologia (BRASIL, 2006, p.12), é imbatível na abordagem das dimensões da subjetividade - e as experiências

de saúde e doença, vale reforçar, são profundamente marcadas por dimensões subjetivas.

No entanto, segundo afirma Dimenstein (2006), é necessário se revisitar o campo da prática da Psicologia e de seus desenhos curriculares no contexto do atual sistema de saúde brasileiro, como aprendiz, construindo redes de outros saberes, produzindo escutas-intervenções que alarguem os sentidos e as possibilidades de criação e transformação do cotidiano, evidenciando a missão do psicólogo na saúde pública. A abordagem aqui proposta abre a possibilidade de se contribuir na discussão da formação desse profissional pela UFPA e pela UNAMA, de forma articulada ao processo de implementação da integralidade na atenção à saúde.

Capítulo 1

A Integralidade - Uma Política Emergente na Saúde Pública

1.1 Contexto Atual da Política de Saúde e a Transição para a Integralidade

Os avanços tecnológicos, políticos e sociais obtidos na área da saúde ao longo dos últimos anos, responsáveis por mudanças significativas na forma de cuidar do bem estar físico, mental e ambiental, possibilitaram, no Brasil, o reconhecimento do direito à saúde como um bem universal, fundamento da garantia de cidadania. Mesmo assim, os modos de exercitar esses cuidados, quer no nível individual, quer no institucional, ainda transitam num processo demorado de transformações para uma etapa mais desejável de melhores níveis de saúde da sociedade.

Essas transformações caracterizam um momento de transição de modelos: primeiro, da assistência médico-curativa, fundamentada na recuperação de doentes como forma de se chegar à saúde e na concepção de um alcance coletivo por meio da soma das assistências individuais, tendo, portanto, o profissional como centro; segundo, para uma atenção integral à saúde, em que se expande o enfoque do modelo atual para uma abordagem ampliada da saúde do sujeito/usuário, em suas dimensões bio-psico-sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença, com vistas às necessidades individuais e coletivas de saúde da população.

Na prática isso corresponde à alteração de um sistema estruturado nos anos de 1970 com base, de um lado, no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), responsável pelas ações assistenciais destinadas

à demanda espontânea para populações seguradas pelo Instituto e, de outro, no Ministério da Saúde, voltado à atenção primária e às necessidades da saúde pública para o restante da população, sem vínculo empregatício. A criação do Sistema Único de Saúde em 1988 modificou esse arranjo institucional, mas não transformou necessariamente as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência.

Como toda experiência de transição, portanto, passou-se a conviver com duas realidades contrapostas. A estrutura e os procedimentos do modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica cirúrgica ou medicamentosa específica, reforçando a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes; e os novos compromissos do modelo de atenção integral à saúde, centrados na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários - as famílias.

As resistências ao novo perfil da atenção têm suas origens não só no cotidiano cultural da sociedade, impregnado dos conceitos de saúde como ausência de doença, característicos do modelo que se quer transformar. Muito embora sendo inegáveis os avanços representados, por exemplo, pelo Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, estes, ainda que tenham alcançado um número expressivo de pessoas, se configuram insuficientes para consolidar a mudança pretendida. Nesse contexto, a formação de recursos humanos constitui uma das vertentes mais frágeis para a nova construção. Segundo Teixeira (2003), a despeito dos investimentos feitos até aqui, um grande contingente dos profissionais de saúde continua ingressando no campo de trabalho com os limites de uma formação curricular restrita aos princípios da atenção médico-curativa, fragmentada e dissociada de um contexto social.

Mas a viabilidade do profissional preocupado com um atendimento humanizado e sensível à dimensão social das práticas sem dúvida pode ser identi-

ficada em diferentes situações que marcam a evolução desse desempenho. Ao acompanhar três cenas do cotidiano envolvendo experiências que demonstram características do perfil de profissionais de saúde, pode-se constatar esse processo, embora se esteja longe de generalizar tais experiências, não obstante suas recorrências.

Trinta crianças da ala pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto, no Guamá / Belém, tiveram uma manhã diferente (ontem) ao visitar o Bosque Rodrigues Alves, no Marco, em mais uma ação do Projeto "A visão do outro lado". Ao saírem do ambiente hospitalar, em pleno tratamento contra doenças infecciosas, as crianças puderam conhecer novas formas de divertimento. A proposta do projeto é conseguir amenizar o processo de hospitalização das crianças e o sofrimento delas, ao entrarem em contato com espaços de lazer. A iniciativa começou há seis anos envolvendo profissionais das áreas de Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social (O LIBERAL, 21.09.2007).

Numa enfermaria de atendimento a pacientes portadores de HIV, no HUIBB, hospital universitário, uma estagiária do Curso de Formação em Psicologia conversa com um pequeno grupo de auxiliares de enfermagem sobre as rotinas dos pacientes: hora do banho, prescrição de medicamentos e horário de visitas. Ela sonda em que momento a enfermaria se encontra mais vazia de modo a poder utilizar o espaço com mais privacidade para o atendimento a um dos doentes acamados (SANTOS, 2007).

Uma psicóloga atende no CTI do HUIBB um paciente com Insuficiência Respiratória Aguda e Pneumonia, ele foi entubado e sedado. A equipe solicitou o atendimento porque o paciente estava muito ansioso frente à situação de estar entubado e se agitava bastante. A profissional, percebendo que ele se encontra lúcido, informa-o com tranquilidade sobre seu próprio estado de saúde e lhe dá notícias de sua família que aguarda do lado de fora da Unidade. O atendimento se estende até que o paciente é deslocado para a enfermaria, onde pode, ainda, ter uma atenção contínua (LEVY; MOREIRA; LEÃO, 2007).

São alguns exemplos de práticas de integralidade exercidas, segundo Mattos (2004), por meio de um olhar atento, capaz de perceber as demandas de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro, apreendendo de modo ampliado as necessidades de saúde em dois eixos: aquilo que deve ser feito de imediato e as estratégias de produzir novos encontros em situações mais adequadas às ofertas pertinentes no momento específico daquele encontro. Por

outro lado, remetem, também, para uma atitude diferenciada de acolhimento, acesso e terapêutica não convencional.

Aparentemente, tais visões e procedimentos não se encontram suficientemente generalizados. Observo que ao se pensar sobre atenção integral à saúde a primeira atitude das pessoas tende a ser refutá-la. De um lado, referindo-se que não existe na cultura da nossa população o hábito de prevenir qualquer coisa e os serviços de saúde só são procurados na hora da dor e do sofrimento; de outro, afirmando-se que o olhar atento do profissional comprometido com a atenção integral é algo utópico, produto de um discurso ideológico vinculado às políticas públicas.

A percepção desta autora é de apreensão, sim, pelo avanço ainda inconsistente que já se obteve, mas, ao mesmo tempo, de reconhecimento pelo muito que se evoluiu, favorecendo uma crença afirmativa em mudanças mais concretas e conseqüentes na consolidação da integralidade em saúde.

Um percurso profissional sempre ligado ao trabalho no campo da saúde pública, no ensino e no serviço, propiciou-me acompanhar de perto vários momentos significativos na evolução da saúde no Brasil, tanto em nível central (órgãos de gestão do sistema de saúde), como periférico (hospitais). Desde a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) de 1978, o Plano Consultivo Nacional de Assistência à Saúde e Previdência (CONASP) de 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS) de 1983, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de 1985 e, finalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) de 1988; e passando, também, pela pós-graduação em Saúde Pública, com forte influência dos sanitaristas da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Rio de Janeiro, além dos demais atores que militaram e produziram estudos ao longo da Reforma Sanitária Brasileira, até a consolidação, ainda em curso, do Sistema Único de Saúde.

Nesse processo foi possível acompanhar o surgimento do atual sistema e o seu desenvolvimento na universalização da atenção à saúde, como também a

crescente participação popular na construção da cidadania, porém com uma lacuna expressiva quanto à qualidade, resolutividade e humanização do cuidado.

O princípio da integralidade só recentemente ganhou mais espaço para discussão, mesmo restrito ao universo dos eventos acadêmicos e em algumas iniciativas do poder público, como comenta Piani (2009) quando discute o aparato legal acerca deste princípio. Para o referido autor,

“Como princípio estabelecido por lei, a integralidade institucionalizada foi seguida de uma série de portarias e também de processos jurídicos referentes ao exercício de práticas terapêuticas e prerrogativas profissionais que têm nos tribunais um de seus momentos de normatização. O embate jurídico continuará em vista do período singular de disputas de espaços de exercício profissional, de novas e velhas terapêuticas e de espaços de atuação e intervenção profissional para alguns, de cuidado para outros. As tensões se multiplicaram ao lado do trabalho coletivo que também se faz presente nas instituições e serviços que produzem a saúde no Brasil”. (PIANI, 2009, p.2).

A definição legal e institucional da integralidade é dita como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (Ministério da Saúde- NOB, 1996). Tal definição só surgiu oito anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trata o termo “integralidade” como atenção integral, sendo este um dos princípios do SUS.

Nas discussões de Piani (2009) a integralidade na saúde vem ao encontro da postura de Simão de Bacamarte, personagem central na obra *O Alienista* de Machado de Assis, publicada entre 1881/1882, que primeiro classifica seus pacientes, os seus lócus, para depois proceder a um estudo minucioso dos casos. O que se quer com a integralidade é compreender o processo saúde/doença trazido pela população de forma diferente das rotinas cristalizadas que trouxeram grande insatisfação aos usuários do SUS e não dão conta do processo complexo de adoecimento na contemporaneidade.

Diante de tantas questões aumentou a minha inquietação, pensada como

mal-estar e reveladora do desejo em aprofundar estudos sobre a integralidade em saúde capazes de responder às preocupações quanto à qualidade da atenção; inquietação aguçada quando tive contato com autores da área da Psicologia e da Saúde Coletiva* inseridos no Programa de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde, que buscava "transformar" a rede do SUS numa grande rede-escola de aprendizagem do cuidado em saúde, como instrumento de avanço do sistema a partir da relação ensino-serviço.

Esse caminho propiciou o acesso a pesquisadores do Sul e Sudeste do país que travavam debates e produziam conhecimento sobre integralidade em saúde, dentre os quais se destacam como mais expressivos os do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), integrantes do diretório de pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), com a pesquisa "Racionalidades Médicas" e articulados com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde, os quais constituem a grande referência para a investigação deste trabalho (entre os autores mais consultados destaco: Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros e Barros). Assim é que a integralidade em saúde veio se revelando como um ideal regulador, o qual, ainda que impossível de pleno atingimento, dele se busca constantemente uma aproximação, como uma constante lacuna ou um vazio a ser preenchido num exercício cotidiano de construção.

A partir de uma perspectiva foucaultiana - "do primeiro Foucault", da Arqueologia do Saber (FOUCAULT, 1986), com relação à emergência dos saberes, remete-se à seguinte questão: "quais são as condições de possibilidades, as superfícies de emergência, de onde surgem as noções de integralidades aqui discutidas?" (CAMARGO JR, 2003, p.40).

A evolução da tecnociência diagnóstica tem sofrido aperfeiçoamentos expo-

* Saúde Coletiva é utilizada nesta dissertação como a concepção que mais se aproxima da integralidade, além de se constituir, também, como espaço de oposição ao campanhismo e à compreensão da política de saúde apenas centrada no combate às doenças endêmicas e epidêmicas. Esse campo dialoga com as ciências humanas e sociais e amplia a compreensão da complexa relação entre atenção à saúde e o papel do cidadão e/ou usuário.

nenciais nos últimos cem anos e a terapêutica, ainda que mais tardiamente, também tem se desenvolvido, pelo menos nas últimas cinco décadas. Dispostos hoje de um conjunto satisfatório de soluções para os problemas designados coletivamente como doença. O quê, então, estaria faltando? Mesmo ante as evidências do avanço tecnológico surge um impasse fundamental inerente ao campo da medicina tecnobiomédica, quando esta reduz completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico - prática muito comum nos serviços de saúde, enquadrando os sujeitos a um recorte diagnóstico ou burocrático, como, por exemplo, o diabético, o alcoólatra ou, pior ainda, o número do leito, comentam CAMPOS, 2003; CUNHA, 2004; PASSOS, 2001 e, segundo Camargo Júnior (2003), ao pesado preço de excluir precisamente tal sofrimento, origem do pedido do cuidado por aquele que sofre.

Uma característica da integralidade, como argumenta Camargo Júnior (2003) é que ela foi “construída” mediante um conjunto de tradições argumentativas: tanto um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção da saúde; como a demarcação de princípios na documentação oficial - propostas do Ministério da Saúde, Constituição Federal; e, por fim, as críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio. Com escassa bibliografia, a integralidade comporta variadas acepções, significando, como descreve Mattos (2006), acesso, cuidado, acolhimento, participação, política, terapêutica não convencional, gestão de sistema e ensino, sempre na perspectiva de buscar compreender e praticar de forma eficaz as ações e serviços de modo integral. Na visão de Mattos (2004) a integralidade é enunciada como uma “imagem objetivo”, com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, não se confundindo com um projeto específico, a indicar as nuances que a configuração futura sonhada terá. Ao contrário, ela é sempre expressada através de enunciados gerais, uma noção-amálgama, polissêmica, ou seja, com vários sentidos, capaz de abrigar um pensamento crítico sobre a realidade existente e, ao mesmo tempo, a configuração de uma situação desejável que, diferentemente da utopia, pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

A polissemia dos termos é tida nos “Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente”, obra de Freud (2004), como possibilidades de alterações na inteligibilidade e no estilo do texto. Mas o autor utiliza o que se denominou de polissemia dos termos, dos vários sentidos, para construir redes de significados capazes de se aproximar mais do objeto; assim como no âmbito da psicanálise, certamente se trata de um fenômeno enriquecedor da leitura, que deve ser preservado em sua oscilação. Portanto, ao se tomar a integralidade no contexto da luta do movimento sanitário brasileiro, quer se refletir sobre a noção desse enunciado, ou melhor, as noções de integralidade, alguns usos do termo no bojo do sistema de saúde, onde é travado cotidianamente o debate sobre os rumos do SUS.

As abordagens ditas integrais ou integralizadoras correm também o risco de sancionar intervenções normalizadoras indesejáveis. O maior desafio talvez seja encontrar o virtuoso caminho do meio, entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que os desumanizam. Conforme Camargo Jr (2003, p.42) “não há manuais para isto: tentar protocolos universais padronizados para tal fim seria um oxímoro”. Esta é uma construção do cotidiano que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória.

1.2 Os Sentidos da Integralidade em Saúde

Algumas reflexões defendidas por Mattos (2004), pesquisador do LAPPIS-UERJ, definem que o termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do SUS, qual seja: atenção integral com prioridade para ações preventivas, sem prejuízo das ações assistenciais. O autor, ao refletir sobre as noções de integralidade no contexto do debate sobre os rumos do SUS, como uma “imagem objetivo” ou “bom indicador” de direção que desejamos imprimir ao sistema e suas práticas, identifica pelo menos três sentidos: o primeiro, aplicado às características da política de saúde, no sentido de articular ações de alcance preventivas com assistenciais; o segundo, relativo a aspectos da

organização dos serviços de saúde, ou seja, a horizontalização das ações ; e o terceiro, voltado para atributos das práticas de saúde.

1º sentido de integralidade relaciona-se ao movimento que ficou conhecido como medicina integral.

Este movimento criticava a atitude cada vez mais fragmentária dos especialistas médicos na relação com os pacientes, reduzindo o conhecimento médico às dimensões exclusivamente biológicas ao tratar tão-somente do sistema ou órgão que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente.

Inicialmente o alvo das críticas foi a escola médica, cujo currículo de base flexneriana privilegiava o laboratório e o hospital como espaços de aprendizagem, com um ciclo inicial voltado para o ensino das chamadas ciências básicas, sobretudo no laboratório, e um ciclo profissional voltado para o ensino da clínica, onde se aprendia um certo modo de se lidar com o paciente (modelo predominante nos EUA). Em contraponto, o movimento propôs reformas curriculares que fossem capazes de formar médicos preocupados com um atendimento mais integral de seus pacientes, as quais tiveram dois grandes eixos:

a) modificação da noção de conhecimento básico pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento, à relação médico-paciente, à sociedade e aos contextos culturais, valorizando a integração desses saberes básicos na prática médica;

b) ênfase no ensino nos ambulatórios e nas comunidades, permitindo mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes, ao largo dos recortes das especialidades (MATTOS, 2006, p. 8).

No Brasil a medicina integral se associou num primeiro momento à medicina preventiva, espaço de resistência ao regime militar e origem do futuro movimento sanitário, deixando marcas em algumas reformas curriculares (anos 1970/1980), experiências de internatos rurais e programas de medicina preventiva (anos 1980), com os residentes engajados em práticas assistenciais.

A proximidade com a medicina preventiva propiciou uma renovação teórica nos anos da década de 1970 com o surgimento da Saúde Coletiva, construída sobre contribuições da medicina social, assim como sobre críticas à saúde pública tradicional e à medicina preventiva tal como exercida nos EUA.

Quando a saúde coletiva passa a considerar as práticas médicas como práticas sociais, o eixo de interpretação típico da medicina integral vai sendo reconfigurado e as críticas sobre a atitude reducionista e fragmentária dos médicos deixam de ser atribuídas exclusivamente às escolas médicas, por conta de outras variáveis inseridas nas discussões - a noção de mudanças nas relações de trabalho (assalariamento dos médicos), a percepção das articulações entre Estado, serviços de saúde e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos (complexo médico-industrial[†]).

Ainda na construção da saúde coletiva, segundo Mattos (2004), contribuições teóricas de Foucault, Illich e Canguilhem passam a subsidiar uma crítica ao saber médico e à sua própria racionalidade, da qual decorreria a atitude reducionista e fragmentária; esse movimento gerou duas posições maiores: aqueles que defendiam a subordinação dos médicos a uma racionalidade sanitária/epidemiológica, e os que apostavam na reconstrução interna a partir das instituições médicas, aí incluídas as reformas curriculares.

Em conseqüência, houve um afastamento dos temas relativos à prática médica propriamente dita da saúde coletiva e uma redução relativa da importância da integralidade como atitude médica desejável, produzindo um ceticismo quanto à viabilidade de se exercitar tais atitudes no contexto das instituições médicas.

Independente disso a integralidade é um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde e se expressa na forma como esses profissionais respondem aos pacientes que os procuram, basicamente buscando

[†] Mais recentemente aplica-se este conceito para o de Complexo Produtivo da Saúde, que consiste em uma cadeia produtiva formada por três grandes componentes: as indústrias químicas e de biotecnologia (fármacos, testes-diagnósticos, vacinas e hemoderivados); as indústrias mecânicas, eletrônicas e de materiais (equipamentos, órteses e próteses e materiais de consumo); e as organizações de prestação de serviços (Gadelha, 2002).

compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta.

Alguns aspectos desse perfil merecem atenção, como cita Mattos (2006) nos diversos exemplos: 1) a atitude do médico que diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o momento para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento (redução de fatores de risco, diagnóstico precoce); 2) a abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou à que pode vir a se apresentar - como a simples necessidade da conversa; 3) um agente comunitário que em suas visitas domiciliares aceita o convite de um morador para conversar sobre um problema que o aflige; 4) um agente comunitário que no cumprimento de suas funções de pesar crianças com menos de 24 meses, busca ativamente nas crianças maiores da casa os indícios de carência nutricional; 5) o funcionário de um pronto-socorro que se preocupa em informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento a evolução de um paciente; e 6) a equipe de uma enfermaria de crianças que organiza seu processo de trabalho de modo que as atividades recreativas tenham grande espaço, fazendo com que a enfermaria se assemelhe a uma creche com cuidados diferenciados.

Desses perfis pode-se inferir que o encontro entre médico e paciente é apenas um dos lugares onde a preocupação com a integralidade pode ocorrer. Mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, a integralidade não é atributo exclusivo, nem predominante, dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde. Se for verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações esta só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Portanto, é mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas; como elas se dão e de que forma se encontram configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade

(as cobranças de produtividade, por exemplo, podem impedir que se preste um atendimento integral). A integralidade assim concebida vale para todas as práticas de saúde, e não apenas às do SUS.

2º sentido da integralidade é o modo de organizar as práticas em saúde.

A criação, na década de 1970, do Sistema Nacional de Saúde consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde: de um lado, o Ministério da Saúde, identificando necessidades e definindo estratégias de enfrentamento de problemas relativos à saúde pública, de forma tradicionalmente centralizada; de outro, o Ministério da Previdência Social, processando as demandas da população por atendimento médico.

Essa estrutura dicotomizada do sistema de saúde, ao pensar independentemente as políticas de saúde pública e as de assistência médica, gerava dois grandes resultados passíveis de crítica:

A fragilização da importância do setor saúde, que disputava recursos com todas as demais áreas de intervenção estatal sem a prioridade devida; e a organização e as práticas dos serviços de saúde centradas nos hospitais (assistência médica) e nos centros de saúde (saúde pública), obrigando a população a dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades dissessem respeito à assistência médica ou às práticas de saúde pública (MATTOS, 2006, p. 29).

Para transpor essa dissociação estrutural surgiu, então, uma proposta de se articular práticas assistenciais e de saúde pública, gerando, entre outras consequências:

A transformação das antigas unidades de saúde pública pela superação da fragmentação de suas atividades internas e pela introdução de práticas assistenciais típicas, de atendimento da demanda espontânea; a "horizontalização" dos programas anteriormente verticais - práticas pensadas a partir das necessidades evidenciadas da população (e não mais dos programas do Ministério), apreendidas epidemiologicamente; e tensões entre a demanda espontânea por consultas e a criação, pelos serviços de saúde, de uma demanda programada para responder às necessidades não tão claramente sentidas pelos usuários (MATTOS, 2006, p. 20).

A integralidade, nesse cenário, não é apenas uma atitude, porém um modo de organizar o processo de trabalho de forma a responder mais adequadamente às necessidades de saúde da população, através de diretrizes programáticas para guiar o trabalho dos profissionais desde a recepção da unidade, o agendamento de atividades, o elenco das ações realizadas e o protocolo de realização destas. A integralidade como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde busca, também permanentemente, ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, articulando um diálogo fundamental entre a demanda espontânea e a demanda programada, como exemplifica a situação de um programa responsável por oferecer leite e óleo para crianças com carências nutricionais menores de vinte e quatro meses, o qual organiza os serviços de modo que agentes comunitários captem os menores sob risco nutricional na faixa etária estabelecida, mas que também se encontrem capacitados para identificar crianças desnutridas fora da faixa etária prioritária, de forma a encaminhá-las ao serviço de saúde.

3º conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às políticas especiais.

Este terceiro sentido foi desenhado para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. O movimento feminista no Brasil certamente ajudou a construir esse tipo de uso da noção de integralidade refletido no PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no âmbito do Ministério da Saúde, o qual representou um avanço nas políticas de assistência voltadas à mulher, antes limitadas à noção de grupo materno-infantil - o termo assistência integral procurava indicar uma ampliação do horizonte no qual os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados, combatendo o reducionismo da intervenção focada na perspectiva da maternidade, apenas uma das muitas opções femininas. Ainda assim, a proposta teve seus limites ao se ocupar predominantemente com os problemas de saúde da mulher diretamente vinculados ao útero (gravídico ou não) e às mamas, assim como o planejamento familiar; as

eventuais especificidades do adoecimento feminino ligadas ao contexto cultural deixaram de ser adequadamente abordadas.

Por outro lado, as políticas especiais também muitas vezes não contemplam ações voltadas tanto à prevenção, quanto à assistência, como, por exemplo, um programa de prevenção do câncer de mama que deixe de levar em conta as necessidades de restauração de mamas das mulheres que realizam mastectomias em função da doença; uma resposta coerente com o princípio de integralidade, e com a ética, nesse sentido, deveria viabilizar o acesso às técnicas de diagnóstico precoce, assegurando a todas as mulheres que o fazem, mesmo tardiamente, o acesso às formas de tratamento de que necessitam.

A resposta governamental à AIDS talvez seja a que mais se aproxima do princípio da integralidade no sentido de abarcar as perspectivas tanto preventivas, quanto assistenciais; o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os anti-retrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas, destoando de uma série de recomendações sobre as políticas frente à AIDS emanadas de agências internacionais, como o Banco Mundial, e abarcando um abrangente elenco de estratégias e intervenções, inclusive dos diversos grupos atingidos pelo problema.

Portanto, nos três grandes conjuntos de sentidos do princípio da integralidade analisados, a saber: o dos atributos das práticas dos profissionais de saúde - valores ligados a uma boa prática quer ela se dê no âmbito do SUS, ou não; o dos atributos da organização dos serviços; e o das respostas governamentais aos problemas de saúde, o que se evidencia é uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e, quicá, uma afirmação da abertura para o diálogo.

Assim é que parte desse reducionismo resulta da “incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto” (MATTOS, 2004, p.8). A integralidade talvez só se realize quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, na perspectiva do princípio maior do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

A integralidade do cuidado poderá ser obtida em rede, podendo haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, mediante uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um, porém, numa linha de cuidado pensada de forma plena atravessando inúmeros serviços de saúde.

1.3 O Processo Saúde Doença e a Clínica: O que nos diz George Canquilhaem

Quando o filósofo se interessou pela medicina não esperava praticar uma disciplina científica, mas se aproximar de problemas humanos concretos, daí considerar a cultura médica importante para esclarecer o problema das relações entre as ciências e as técnicas, e entre as normas e o normal, questões que só foram abordadas mais tarde, ao longo de sua obra.

Para o autor “a medicina era mais uma técnica ou arte situada na confluência entre várias ciências, do que uma ciência propriamente dit” e, não obstante a racionalização científica, “a clínica e a terapêutica”, ou seja, uma “técnica de instauração e restauração do normal, não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento” (CANGUILHEM, 2006, p. 6).

Assumindo esta posição para a filosofia, Canguilhaem toma como seu objeto de estudo os conceitos de “normal” e “patológico”, em sua dimensão histórica, desenvolvendo uma teoria de grande importância para a compreensão das atividades no setor saúde.

Sua obra divide-se em duas partes, cada uma direcionada por uma grande pergunta. A primeira pergunta - “Será o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?” (CANGUILHEM, 2006, p. 9). Nesta primeira parte o autor faz trabalho de história da ciência no intuito de analisar criticamente uma concepção acerca das relações entre o normal e o patológico, predominante no século XIX e que tomava o patológico como uma mera variação quantitativa do normal. O filósofo realiza a crítica epistemológica

dos conceitos de “normal” e “patológico” contidos no princípio da patologia, que afirma a identidade dos mesmos ao considerar o estado patológico simplesmente como uma modificação quantitativa de um estado quantitativo tido como normal. Para Serpa Júnior (2003, p. 124):

Esta concepção quantitativa autoriza uma confiança na capacidade de intervenção e resolução do médico, mas, ao estabelecer uma linha de continuidade entre o normal e o patológico para melhor conhecer, com vistas a agir melhor, arrisca a perder qualquer especificidade que o último pudesse ter.

O autor citado analisa o caráter subjetivo como inerente ao humano, sendo difícil deixar de considerá-lo na atenção à saúde das pessoas, sob pena de não se alcançar um resultado satisfatório no atendimento.

Na segunda parte da tese Canguilhem pergunta: “Existem ciências do normal e do patológico?” (CANGUILHEM, 2006, p. 77). Aqui o autor aprofunda o debate acerca do normal e do patológico, na medida em que examina as incoerências e ambigüidades da concepção quantitativa e, também, quando insiste na dimensão qualitativa, ao questionar a possibilidade do conceito de saúde ser efetivamente o de uma realidade objetiva acessível ao conhecimento científico quantitativo. Nesse sentido, é razoável supor que rejeitar a idéia do corpo humano funcionando como uma máquina eficiente torna-se indispensável para ampliar o conceito de saúde, resgatando seu sentido singular e subjetivo. A saúde deixa de ser algo apenas contabilizado e medido por aparelhos e de domínio exclusivo de “especialistas”. Quando as pessoas falam a respeito de saúde fazem sempre referência à dor ou ao prazer e tais dimensões escapam a medições, “ajudando-nos a compreender a saúde como verdade do corpo e a aceitá-la como uma visão não restrita a um valor universal” (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 42).

O conceito de normal ainda está ligado a um sentido valorativo, referente àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade. No entanto, o normal não tem a rigidez de uma determinação válida para todas as espécies, correspondendo, de fato, a

parâmetros ou médias consideradas como normas de adaptação e de equilíbrio com o meio, como analisa Canguilhem (2006). Então, se o normal admite variações, é flexível em relação às condições individuais, fica claro entender que o limite entre o normal e o patológico se apresenta de forma muito imprecisa. A distinção entre eles não se reduz a uma variação quantitativa: existe uma diferença qualitativa importante, incapaz de ser percebida apenas por meio de cálculos, médias ou constantes estatísticas.

Considerando que o homem não vive entre leis abstratas definidas pela ciência, mas sim entre seres e acontecimentos, nada sucedendo ao acaso, mas sim sob a forma de acontecimentos, o autor assinala que “a saúde é uma margem de tolerância com respeito às infidelidades do meio ambiente” e que essa infidelidade “é em rigor seu devenir, sua história”, sendo a “saúde um conjunto de seguranças no presente e assegurementos para o futuro”. Assim, “estar são não é só ser normal em uma situação dada, mas também ser normativo nesta situação e em outras situações eventuais” (CANGUILHEM, 2006, p.36-37).

O conceito de saúde, então, representa muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio, pois saúde implica a capacidade de instruir novas normas em vários tipos de situações.

A vida é, de fato, uma “atividade normativa”, entendendo-se por normativo aquilo que institui normas. Desta forma “um ser vivo é normal em um dado meio ambiente, na medida em que é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências desse meio” (CANGUILHEM, 2006, p. 54). E se a vida constitui uma atividade normativa, “o patológico não é ausência de norma biológica”, porém uma norma diferente.

Em se tratando de uma pesquisa que relaciona saúde com Psicologia e com Psicanálise (base dos estágios supervisionados da UFPA e UNAMA), vale constatar como Canguilhem, embora com restrições à primeira, não furtou sua atenção ao que aconteceu ao se cruzar o campo da Medicina com a Psicanálise:

E, no entanto, a formação dos médicos nas faculdades os prepara muito mal para que admitam que a cura não se determina por intervenções de ordem exclusivamente física ou fisiológica. Não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo autojustificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de se estabelecer entre médicos e doentes. Essa relação era considerada, na idade positivista da Medicina, como um resíduo arcaico de magia ou de fetichismo. A reatualização dessa relação deve ser creditada à Psicanálise, e muitos estudos foram feitos de modo a ser útil retornar a isso (CANGUILHEM, 2005, p. 60).

É preciso salientar este último aspecto, reconhecido por Canguilhem como um desenvolvimento significativo produzido pela Psicanálise na direção contrária do objetivismo científico, a que a Medicina adere. Ou seja, investigando a relação médico-paciente a Psicanálise amplia as possibilidades de instalação da dimensão da integralidade, quando bem utiliza seus recursos teórico-metodológicos, seja na pesquisa, no ensino ou na clínica institucional.

O aprofundamento da obra deste autor contribuiu para a trama dos argumentos que problematizaram o processo saúde-doença sob o prisma do modelo biologicista e sua passagem, que não se dá sem resistência, para a integralidade em saúde na realidade do caso estudado e na direção da produção teórica. Para refletir sobre a saúde como uma experiência subjetiva é que nos valemos desta breve revisão de Canguilhem, no que ele tem de mais significativo para esta pesquisa.

1.4 A Transformação do Hospital em Campo e Espaço de Produção da Integralidade

Sobre o nascimento do hospital moderno.

A constituição das práticas e saberes que fundamentaram a Medicina moderna e a prática hospitalar são frutos de um percurso de lutas - acúmulos e descontinuidades - pela construção de um conhecimento que, a partir do

século XVI, cada vez mais consolida uma nova concepção de apreensão do mundo: o conhecimento científico.

Segundo Oliveira (1997) o renascimento inaugura uma nova visão de mundo que se oporá à lógica teocêntrica hegemônica na Idade Média. Ao contrário da concepção divinizada do homem e da natureza, essa visão fundamenta-se no saber antropocêntrico, no sentido da experiência e no nascimento da razão e da racionalidade científica. O olhar humano torna-se o olhar do homem sobre um mundo que agora é entendido como fruto das experiências humanas concretas, ou seja, todo o processo de humanização e sua conseqüente explicação estarão mediatizadas, a partir daí, pelos “saberes e ignorâncias” historicamente determinados. Para Luz (1988),

a natureza desdivinizada é dissociada ao mesmo tempo do sagrado e do humano, é colocada na objetividade material. Esta natureza é coisificada: torna-se objeto e a razão torna-se sujeito do conhecimento. A razão torna-se, assim, condição fundamental de apropriação do objeto pelo sujeito, de sua sujeição. Mas trata-se aqui de sua sujeição instrumentada pela observação repetida, repertoriada, tecnicada. Uma razão demiúrgica, construtora.

Por outro lado, a construção do conhecimento científico permite circunscrever a verdade ao campo da explicação científica, da experimentação e da observação; as ciências da natureza, para citar, por exemplo, a matemática e a física ocupam um lugar de destaque na construção deste novo olhar. Um olhar que permitirá a apreensão do objeto científico não como uma coisa dada e sim como algo a ser desvelado - um objeto em construção.

O hospital moderno, tal como se conhece atualmente, é fruto das transformações ocorridas no conhecimento científico e sua própria constituição representa um exemplo revelador das mudanças ocorridas nesse contexto.

Instituição de assistência, separação e exclusão dos pobres, antes do século XVIII o hospital se caracterizava por práticas caritativas exercidas por religiosos ou leigos num espaço de controle e coerção dos desvalidos moribundos, com a função de transformação espiritual, tanto do assistido como do pessoal

hospitalar, ausente, portanto, de objetivos terapêuticos. Até então, possuindo um caráter exclusivamente individualista, a prática médica constituía uma atividade independente da prática hospitalar. O gradativo entrelaçamento da medicina com o hospital refletiu as demandas de intervenção na desordem sócio-econômica, da qual o hospital era um dos centros.

Segundo Foucault (1979),

o primeiro fator de transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo (FOUCAULT, 1979, p. 103).

A idéia de que o hospital primeiramente se medicalizou por intermédio da anulação das desordens de que será portador pode ser confirmada pelo fato da primeira grande organização hospitalar na Europa se situar, no século XVII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares. Como espaço livre do controle do fisco, o hospital marítimo, instalado nas regiões portuárias, era propício ao tráfico/contrabando de mercadorias trazidas das colônias; e como local de controle dos soldados, o hospital militar precisava reduzir a grande perda de homens por motivo de doença, epidemia ou deserção, muito comum na época.

Para Foucault (1979) a tecnologia do reordenamento hospitalar fundamentou-se na disciplina, estruturada como nova maneira de gerir os homens no século XVIII, invenção técnica utilizada nas grandes oficinas, no exército, na escola, e que privilegiava a distribuição espacial dos indivíduos, o controle sobre o desenvolvimento da ação e não sobre o resultado, a vigilância perpétua e constante dos indivíduos e o registro contínuo. A introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital possibilita sua medicalização, junto com a transformação do saber e da prática médica, cujo foco é deslocado para

a intervenção não mais na doença, em si, mas no meio que a circunda - o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, na medida em que a doença é agora concebida como um fenômeno natural, obedecendo a leis naturais, conforme o novo modelo de inteligibilidade da doença focado na botânica - a classificação de Lineu.

A função de assistência caritativa e de exclusão é substituída pela função terapêutica, ou seja, a distribuição do doente em espaço individualizado onde passa a ser vigiado, registrado o que acontece, modificado o ar que respira, a temperatura, a água, o regime geral, constitui o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença. É, portanto, no ajuste desses dois processos, o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar, que está a origem do hospital médico.

Para Foucault (1979) entre as principais características do novo hospital, destacam-se: a arquitetura como instrumento de cura, tanto na localização do espaço urbano, como na distribuição do espaço interno; a transformação do sistema de poder no interior do hospital, no momento em que, como instrumento de cura e espaço terapêutico, sua organização tem agora o médico como o principal responsável, cuja presença se afirma e se multiplica em todos os procedimentos; e a organização de um sistema de registro permanente e exaustivo do que acontece - técnicas de identificação do doente: registro de informações sobre a entrada e saída, diagnóstico, receitas, prescrições, além de um confronto periódico de experiências e registros médicos, para ver quais os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso e se doenças epidêmicas são transmitidas de um espaço físico para outro.

O hospital se institui como um local de cura, mas, também, campo documental de registro, acúmulo e formação de saber, cuja fonte tradicional, baseada nos livros e tratados clássicos, cede importância para a experiência cotidiana, ativa e atual que é tal instituição.

Assim, no final do século XVIII o hospital assume, também, o lugar de

formação de médicos. Segundo Foucault (1979) é desse modo que naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital, significando a organização deste como um local de formação e transmissão de saber fundamentado na lida cotidiana, agora, e progressivamente, não mais só do médico, mas igualmente de outras práticas que convergem para a intervenção na busca da cura, caracterizando um trabalho coletivo e de grupo.

Graças, portanto, à tecnologia hospitalar, a medicina apropriada como objeto de observação um imenso domínio: o do indivíduo isolado, observado e controlado no espaço médico disciplinarizado do hospital, como o objeto do saber e da prática médica, e o da população, pela grande quantidade de indivíduos observados no hospital, permitindo por meio do confronto dos registros cotidianos obtidos entre os hospitais e nas diversas regiões, constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população.

Segundo Oliveira (1998, p. 14), desenvolve-se um arsenal científico e tecnológico a partir dos conhecimentos microbiológicos até as práticas da farmacologia e da cirurgia modernas, possibilitando a associação do trabalho médico com o trabalho em saúde baseado na clínica anatomopatológica. A mediação deste modelo com os respectivos saberes da moderna medicina social configura-se como o campo de práticas que se coaduna diretamente com as necessidades da sociedade capitalista moderna.

O hospital como espaço e campo de produção da integralidade.

Atualmente, o trabalho coletivo de convivência e complementação das diferentes profissões da saúde, além do pessoal da enfermagem e outros técnicos e auxiliares, é que pode materializar a construção do hospital como espaço de produção da integralidade. Esta implica em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente capaz de resultar em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

Para Cecílio (2003) o cuidado nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, o que não ocorre sem problemas e diálogos cruzados pela hierarquia do saber médico e seu confronto com os demais saberes.

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde! (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 198).

Desse modo, além de pensar o trabalho em equipe como conjugação de ações específicas de cada profissional, uma linha de montagem do tratamento da doença, cabe, também, planejar arranjos institucionais cuja maneira de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho resulte em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

“A questão micropolítica - ou seja, a questão analítica das formações do desejo no campo social - diz respeito ao modo como se cruza o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de “molar”), com aquele que chamei de “molecular”. Entre esses dois níveis, não há uma oposição distintiva, que dependa de um princípio lógico de contradição. Parece difícil, mas é preciso simplesmente mudar de lógica. Na física quântica, por exemplo, foi necessário que um dia os físicos admitissem que a matéria é corpuscular e ondulatória, ao mesmo tempo. Da mesma forma, as lutas sociais, são, ao mesmo tempo, molares e moleculares [...]” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 127)[...]“toda problemática micropolítica consistiria, exatamente, em tentar agenciar os processos de singularidade do próprio nível de onde eles emergem” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 130).

Portanto, podemos analisar que o tema da integralidade no hospital, a exemplo de em toda a rede de serviços de saúde, deve buscar o esforço pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como espaço de produção

do cuidado e da gestão hospitalar. O HUIBB é estruturado para funcionar por meio dos fluxos internos e externos, ou seja, fluxos de atendimento, mediante a organização em clínicas: médica, cirúrgica e pediátrica, distribuídas nos quatro pavimentos do hospital, o que gera, sem dúvida, a fragmentação do trabalho.

Para Cecílio (2003) a integralidade do cuidado só é capaz de ser obtida em rede, podendo haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, mediante uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um. “Porém, a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde” (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 200).

Nesse raciocínio o hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma abrangente, como espaço de uma clínica ampliada que o indivíduo busca para obter o cuidado integral de que necessita; entendendo-se aqui mais explicitamente a clínica ampliada como: um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; a busca de ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade; e a conscientização sobre os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e sobre as tecnologias por eles empregadas (CUNHA 2004; CAMPOS, 2003; PASSOS 2001).

Breve história do Hospital Universitário João de Barros Barreto - lócus da pesquisa.

Ao lado da evolução da instituição hospitalar, a história própria de cada hospital, em particular, é importante para se compreender o contexto das demandas que deflagraram sua criação e, ao longo do tempo, as transformações ocorridas como reflexo das alterações no meio sócio-político-cultural imediato. Perceber esse quadro, num estudo que tem o hospital como campo de pesquisa, no caso o HUIBB, pode agregar elementos à compreensão das práticas de saúde que se pretende observar.

A história do HUIBB inicia na década de 1930 quando a tuberculose representava o principal problema sanitário em algumas capitais brasileiras, como demonstravam os índices epidemiológicos de alta morbidade e mortalidade, esta atingindo 500 a 600 casos por 100.000 habitantes. Os dispensários dinâmicos eram, então, a forma de enfrentamento, dada a baixa retaguarda na relação leitos/demanda. A idéia da criação de sanatórios decorreu de estudos da situação elaborados pelo professor João de Barros Barreto, mostrando a necessidade de reforços com a construção de grandes e pequenas unidades nas diversas capitais.

O Sanatório de Belém, inaugurado em 1959, destinou-se ao atendimento asilar para tratamento da tuberculose, tendo sido administrado até 1976 pela Campanha Nacional contra a Tuberculose, com serviços ofertados exclusivamente a pacientes (adultos e crianças) portadores desse mal. No período foram criados o Centro de Prática de Cirurgia Torácica e o Centro de Triagem de Drogas, e instalado o Macro-Núcleo de Controle da Tuberculose. Na mesma década, em conseqüência da evolução tecnológica médica na atenção à tuberculose e dos êxitos alcançados nas ações de controle, o hospital absorveu o tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), e teve implantado o ambulatório de tratamento de tuberculose, além da primeira Residência Médica em Pneumologia e DIP (1976/1981), posteriormente reativada em meados de 1989.

A partir daí o hospital se caracterizou como referência regional em Pneumologia e Infectologia e, em seguida, referência nacional no tratamento da AIDS, cujos primeiros casos no Pará ocorreram em 1988. Em 1991 e 1992 a instituição exerceu papel importante no controle da epidemia da Cólera no Estado (1.821 casos notificados), não somente na assistência médica, como também no treinamento de recursos humanos.

Entretanto, o marco importante na trajetória do Hospital João de Barros Barreto ocorreu com sua transformação em Hospital Universitário, em 1991, como conseqüência da política de descentralização do SUS e de uma vocação

definida pelo seu trabalho na área de ensino, tendo sido cedido definitivamente à Universidade Federal do Pará em 2004 e certificado pelo MEC, no mesmo ano, como Hospital de Ensino . Com a administração da UFPA instalaram-se o Estágio Supervisionado de Psicologia Social, a Clínica de Cirurgia Geral, a Clínica Médica, a referência em Endocrinologia e Diabetes, os Serviços de Anatomia Patológica, Patologia Bucal e Urologia.

Em 2004 e 2005 foi referência para o Estado no surto de raiva humana ocorrido nos municípios paraenses de Portel, Viseu e Augusto Corrêa, quando se confirmaram 20 casos.

Hoje o HUIBB tem a pneumonia, a tuberculose e a AIDS como as três principais causas de internação hospitalar, apresentando, porém, o câncer com um registro em contínuo crescimento, o que motivou a criação de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, articulada com o Instituto Nacional do Câncer, com capacidade para atender 1000 casos novos/ano e início de funcionamento previsto para 2010.

Embora o estágio do Curso de Psicologia da UFPA tenha iniciado em 1991 com a gestão da Universidade, somente em 2002 instalou-se o Serviço de Psicologia, utilizado na pesquisa de campo, juntamente com o estágio da UNAMA, dada a importância do seu trabalho no campo da subjetividade dos pacientes ali atendidos.

Capítulo 2

A Formação do Psicólogo para a Sociedade e para o Sistema de Saúde

2.1 Formação em Saúde: Ensino, Prática Profissional e Processo de Trabalho em Saúde.

As características do ensino, as experiências do exercício profissional e as políticas do trabalho em saúde são questões necessárias para análise quando se investiga a formação de recursos humanos na perspectiva da integralidade em saúde, como sinalizam Pinheiro e Ceccim (2005). A abordagem clássica do ensino em saúde se evidencia pela transmissão de informação e treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, com mediação, sobretudo, de meios técnicos. Impõe-se uma prática de ensino centrada nos conteúdos biomédicos e os conhecimentos são organizados de modo compartimentado e fragmentado, em especialidades da clínica.

Na perspectiva destes autores tal abordagem clássica centra a aprendizagem no hospital universitário, adota sistema de avaliação por quantificação cognitiva, ou seja, acumulação de informação técnico-científica padronizada, e incentiva a especialização precoce. Mantendo as estruturas tradicionais de prática, tem por referência o modelo flexneriano, que resiste aos inúmeros apelos das diversas estratégias de educação como a capacitação, a revisão e a atualização dos trabalhadores de saúde. Por outro lado, favorece bastante a reprodução dos referenciais técnico-científicos acumulados pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional, caracterizando-se pela ausência de “estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes” (PINHEIRO; CECCIM, 2005, p. 20).

O chamado modelo flexneriano refere-se ao padrão de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA, 1910), que sugeria que a formação tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso o modelo de prática médica centrado no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal referência o hospital (NOGUEIRA apud FRANCO, 2007, p. 5).

A urgência de transformação desse modelo decorre de elementos como as novas exigências em relação ao perfil dos profissionais, novas modalidades de organização do mundo do trabalho, desafios da transdisciplinaridade na produção do conhecimento e a necessidade da universidade reconstruir seu papel social, considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual. O modelo hegemônico do ensino em saúde passou a ser objeto de reflexão crítica tanto pela baixa capacidade em preparar novas gerações profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde, como pelo incipiente impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde nas coletividades - “adoece-se e morre-se de agravos e doenças para as quais existem prevenção e cura” (PINHEIRO; CECCIM, 2005, p. 21).

Considero extremamente visível que a insatisfação dos usuários com os padrões assistenciais e com a relação profissional-usuário, assim como as práticas iatrogênicas - excesso de solicitação de exames, de encaminhamentos e de indicação de procedimentos invasivos, só vem reforçar a relevância social na formação de profissionais de saúde e a premência de sua transformação.

As iniciativas de mudança na formação se converteram em movimentos sociais que, com o engajamento do Conselho Nacional de Saúde, produziram importante mobilização social a quando da definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação superior, no ambiente da melhor aplicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: “reafirmação da importância de políticas públicas afirmativas para a formação (adequação dos currículos dos cursos, desprecarização do profissional do SUS, participação da sociedade

em todo o processo), na 3ª Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” (CECCIM; PINHEIRO, 2006, p. 21).

No conjunto dessas iniciativas a construção da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (1995), parcela da preocupação específica com os trabalhadores do setor, disciplina a formação de pessoal segundo as novas perspectivas, afirmando: que esta deve envolver o ensino tanto de tecnologias para a atenção individual, como para a saúde coletiva; que as diretrizes curriculares devem contemplar prioridades do perfil epidemiológico e demográfico, política de formação de docentes orientada para o SUS e formação de gestores divergentes dos atuais paradigmas de gestão; e, ainda, que é imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o fundamental, com o SUS e seu projeto tecno-assistencial tal como definido pela Lei Orgânica da Saúde.

Os princípios do SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais e os movimentos pela mudança na educação dos profissionais de saúde apontam como perspectiva a existência de instituições de ensino superior com significância social - escolas capazes de formar para a integralidade, comprometidas com a construção do SUS e a produção de conhecimento relevante para a realidade da saúde em suas diferentes áreas.

Segundo Pinheiro e Ceccim (2005) a integralidade pretendida não deve ser confundida com totalidade - projeto de formação de generalistas “milagreiros” plenamente capacitados para a clínica integral, porém tomada na condição de ideal “regulador- impossível de ser totalmente atingida, embora uma orientação constante. A mudança da formação responsável em potencializar competências para a integralidade passa pela construção da integração ensino-trabalho-cidadania, processo apto a articular o ensino às práticas de atenção (cuidados, clínica), de gestão (planejamento, avaliação, auditoria e controle social) e de cidadania (apoio ao usuário na compreensão do contexto social e cultural, na ampliação de sua autonomia e capacidade de intervenção).

Segundo Franco (2004) o trabalho em saúde objetiva sempre o atendimento

à determinada necessidade da pessoa, ou de um coletivo, num mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, onde cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam resolvê-lo junto aos trabalhadores que ali estão. O momento do trabalho é simultaneamente tempo de encontro entre o trabalhador e o usuário, encontro esse permeado pela dor, pelo sofrimento, pelos saberes da saúde, pelas experiências de vida, pelas práticas assistenciais e pela subjetividade de trabalhadores e usuários, enfim, um mundo complexo a ser pesquisado envolvendo, sobretudo, a produção do cuidado.

Ao executar seu trabalho, ainda segundo Franco (2004), os profissionais de saúde obedecem a uma disposição física, disciplinadamente organizada, com lugares específicos onde certos processos e produtos são realizados em diferentes unidades de produção, como por exemplo, os procedimentos de imunização na sala de vacinas e as consultas médicas, de enfermagem e psicológicas produzidas nos consultórios; assim, cada lugar tem uma missão dentro de um espectro geral de cuidado com os usuários. Tudo isso entra em movimento durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que ali procuram, por algum motivo, resolver as suas demandas de saúde, significando dizer que existe um relacionamento entre os vários profissionais em atuação, como se em funcionamento operasse uma rede de conversação mediada pelo trabalho.

Pressuponho, então, que a melhor forma de compreender o ensino, a prática profissional e o processo de trabalho em saúde na área da Psicologia seja observando como se dá essa integração, ao se propiciar a atenção aos usuários, como observam Pinheiro e Ceccim (2006): tal integração “ensino-trabalho-cidadania instaura o conceito de quadrilátero do ensino da saúde”, isto é, em cada profissão universitária da área da saúde o projeto de formação será o resultado de uma dada conformação tecnológica expressa: na gestão dos processos de ensino e nas práticas pedagógicas (formação); nos serviços de atenção e expressão da clínica ou das práticas cuidadoras (atenção); na lógica de gestão

do sistema de saúde (gestão); e na participação de usuários e movimentos sociais (controle social).

2.2 A Formação do Psicólogo e a Inserção no SUS

Aspectos gerais na formação de profissionais de saúde.

A formação de profissionais de saúde tem sido um tema central na agenda da política governamental. O debate sobre as mudanças no processo de formação e a formulação e efetivação de políticas e estratégias nessa área envolvem as instituições de nível superior convocadas a reformar os desenhos curriculares dos diversos cursos e a se desdobrar na implantação de programas e projetos estratégicos de formação e capacitação de pessoal, com ênfase na área de atenção básica de saúde.

Várias dificuldades são identificadas na construção de um novo modelo de atenção à saúde, sendo a questão de recursos humanos um componente em evidência, sobretudo na demanda de formação e qualificação de força de trabalho. Assim é que:

Os avanços nos processos de gestão do sistema de saúde nos últimos anos vêm redefinindo de forma dinâmica as necessidades de requalificação, impondo exercícios de revisão dos modelos de formação até então adotados e tendo os princípios e pressupostos do SUS como foco alimentador das definições metodológicas e de conteúdos dos programas de formação explicitados na Constituição Federal, artigo 200, incisos III e IV, na Lei Orgânica de Saúde 8.080, artigo 15 (MOTTA; BUSS; NUNES, 2003).

São esforços também articulados a elementos do campo da educação e do trabalho, “onde a Lei de Diretrizes e Bases da Educação assume papel fundamental, quando reconhece a necessidade de construção de novos modelos de ensino e adota a noção de competência como estruturadora da base curricular” (MOTTA; BUSS; NUNES, 2003, p.2).

Nessa perspectiva é que se pode entender o enorme empenho desencadeado em torno da elaboração e implementação das Diretrizes Curriculares para os

cursos da área da saúde, resultado de uma ampla mobilização de docentes e gestores de instituições de ensino superior na área. Tal movimento constitui, hoje, o eixo central no processo de mudança do ensino superior em saúde na maioria das escolas, potencializado especialmente nos campos médico e de enfermagem pela efetivação do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) e, mais recentemente, pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE).

Outro dado significativo quando se questiona a formação de recursos humanos para o atual sistema de saúde é a discussão importante no campo da saúde pública e da saúde coletiva. Nessa configuração a saúde coletiva tem sido definida como um campo de saber e de práticas que toma como pressuposto a compreensão da saúde enquanto fenômeno subjetivo, intersubjetivo, eminentemente social, coletivo, determinado historicamente pelas condições e modos de vida dos distintos grupos da população. A compreensão da saúde enquanto fenômeno coletivo,

busca superar as concepções vigentes no âmbito das ciências da saúde tradicionais que, embora se intitulem da saúde, de fato tratam da doença e de suas condições de ocorrência e distribuição, geralmente descritas e analisadas em sua expressão individual (TEIXEIRA, 2003, p. 4).

O debate teórico atual no campo da saúde coletiva contempla uma conceituação mais avançada da saúde, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, entendida como parte do “complexo saúde-doença-cuidados progressivos [...], que incorpora a historicidade das relações que a determinam, inclusive a relação dos indivíduos, grupos sociais e populações com o sistema de serviços de saúde” (TEIXEIRA, 2003, p. 5).

Tendo como referência essa concepção abrangente a Saúde Coletiva vem se configurando, especialmente no Brasil, como um “campo científico” de produção de conhecimentos e tecnologias, bem como um “âmbito de práticas sociais” (PAIM apud TEIXEIRA, 2003, p. 4) que envolve desde as práticas de saúde propriamente ditas, realizadas no ambiente do sistema de saúde e fora

dele, até as práticas político-ideológicas deflagradas por distintos sujeitos sociais “visando à democratização de saberes e à formulação de propostas políticas, organizativas e operacionais voltadas à criação de condições e modos saudáveis de vida nos diversos espaços de sociabilidade e convivência” (NUNES, apud TEIXEIRA, 2003, p. 22).

A possibilidade de que a saúde seja a produção mesmo da vida que se dá no coletivo não está afastada da própria lei (CF, 1988; LOS 1990), Brasil (1990). Mattos (2006) chama a atenção para o fato de que a disputa pela Reforma Sanitária Brasileira produziu um dos sentidos da integralidade gravado na Constituição Federal: a não aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais descompromissados com as conseqüências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população; portanto, a não aceitação do ordenamento de um sistema descontextualizado das nascentes de sentido, das necessidades e problemas de saúde das pessoas e da população.

A Saúde Coletiva, então, se articula em um conjunto heterogêneo de movimentos ideológicos de reforma do ensino e de organização das práticas de saúde, redefinindo conceitual e politicamente algumas propostas e incorporando outras, a exemplo do que ocorreu com a Medicina Preventiva e Comunitária nos primórdios da reflexão crítica na área, nos anos 1970/80 até, mais recentemente, o diálogo com o Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, bem como o debate sobre as propostas e políticas de promoção da saúde.

À discussão sobre a formação em saúde no bojo do SUS deve estar presente, também, o Curso de Psicologia, frente ao qual, embora com seu específico campo de conhecimento, a própria ABEP recomenda “pensar a saúde como um fenômeno complexo e não restrito àqueles que trabalham diretamente no setor saúde” (BRASIL, 2006).

Uma breve historicidade da formação do psicólogo.

Embora a prática psicológica remonte à década de 1920, a profissão do

psicólogo só foi regulamentada no Brasil na década de 1960, e a criação do Conselho Federal de Psicologia, em 1977; pode-se, pois, afirmar que a profissão do psicólogo começa a se estabelecer em princípios da década de 1970 “apesar de duramente atacada pela corporação médica, que pretendia conservar supostos direitos seus de intervenção em problemas de ajustamento” (CARVALHO; YAMAMOTO, 2002, p.4).

Ao final dos anos 1970, segundo os estudos de Ferreira Neto (2004), um conjunto de acontecimentos políticos, econômicos, sociais e subjetivos que marcaram o início do processo de redemocratização do país colocou em xeque, entre tantas outras coisas, o saber e o fazer do psicólogo. A emergência da problematização do social nos meios “psi” gradativamente deslocou o eixo de compromissos elitistas da psicologia brasileira, até então centrados na clínica de cunho liberal e privado voltada às classes média e alta, a despeito de experiências pontuais com práticas e incursões teóricas preocupadas com questões sociais e políticas. Essa transformação, no entanto, ocorreu de forma lenta.

Segundo Ferreira Neto (2004) a conjuntura histórica do governo militar fortalecedora da cultura psicológica individualizante no Brasil só começou a ser desestabilizada a partir do encerramento do ciclo do “milagre econômico”, desencadeando uma seqüência de situações que progressivamente se concretizaram àquela época, como a recessão econômica, o agravamento das condições de sobrevivência das classes populares, a politização de crescentes segmentos das classes trabalhadoras e da sociedade em geral, a emergência dos movimentos sociais, o avanço do bloco político das oposições.

Entre a série de avanços em diferentes planos da sociedade, teve destaque o desempenho do setor saúde. O Movimento Sanitário produziu propostas baseadas no entendimento da saúde enquanto direito social universal a ser garantido pelo Estado, consagradas em 1986 durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, conformando o projeto de Reforma Sanitária Brasileira o qual, segundo Fleury e Giovanella (1996), teve como eixos: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da deter-

minação social do processo saúde-enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde.

A participação dos psicólogos como atores e trabalhadores sociais nesse movimento deu-se, inicialmente, no âmbito da Saúde Mental. Em meados da década de 1980, convocados pelo seu nexos mais evidente com as atividades desse campo, passaram a ser reconhecidos como profissionais de saúde e a desenvolver um rol mais ampliado no campo das ofertas de seu conhecimento e competências técnicas em cenários diversificados de trabalho, para uma parte da população que estava fora da sua clientela.

Se a psicologia, por natureza, configura-se como um território de dispersão, de diversidade de orientações teóricas e metodologias que levam a distintas conceituações do seu próprio objeto de estudo e intervenção, como analisa Bastos (2009), este movimento de revisão crítica na década de 1980 veio acrescentar outra importante categoria diferenciadora com as transformações sociais que se faziam necessárias no nosso país. Evidente que este importante crivo delimitava campos, diferenciava grupos no interior das próprias áreas, construía identidades positiva e negativamente valorizadas dinamizando as tensões e debates que, fortes naquele período, ainda estão presentes hoje em dia.

Em 1984 o Programa de Estudos e Debates sobre a Formação e a Atuação do Psicólogo surgiu com o intuito de criar uma parceria entre Universidades e Conselhos para a rediscussão da atuação profissional, bem como a elaboração de uma nova proposta para os cursos de psicologia do país (CFP, 1998), revisando um currículo mínimo defasado remanescente dos anos da década de 1960.

Segundo Ferreira Neto (2004) simultaneamente multiplicaram-se os espaços institucionais de atuação do psicólogo, sobretudo no setor público, como hospitais e postos de saúde, além de asilos, creches e comunidades de periferia, construindo-se práticas voltadas para uma diversidade crescente de âmbitos temáticos - comunidade, infância e adolescência, educação, família, gênero, ter-

ceira idade, saúde, drogas, prostituição, trabalho, violência. A transformação do modelo clínico-liberal teve um momento decisivo de inflexão em 2000, com a I Mostra Nacional de Práticas em Psicologia, organizada pelo Conselho Federal de Psicologia, consolidando a presença “psi” em diferentes áreas de atuação, em inserções institucionais diversas, numa grande pluralidade de orientações teóricas, técnicas e metodológicas, com intervenções clínicas heterogêneas dando margem a novas polêmicas sobre os rumos teóricos, técnicos e éticos da prática profissional.

Mesmo assim, como analisa Ferreira Neto (2004), a concepção de subjetividade confinada às estruturas interiores e alheias, portanto, às condições sócio-econômico-culturais da realidade imediata ainda prevalece, refletindo-se numa insuficiente contemporaneidade dos cursos de formação. Reconhece a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP):

Os desajustes existentes, e muitas vezes denunciados, entre as expectativas do sistema de saúde através dos seus gestores e dos demais profissionais, acerca das possibilidades da atuação dos psicólogos e sua efetiva preparação acadêmica, não têm, entretanto, motivado, na intensidade necessária, o debate sobre a urgência das transformações no processo do ensino de graduação (BRASIL, 2006, p. 11).

Segundo Dimenstein (2006) pouco se tem orientado a formação em Psicologia para as políticas públicas. A academia está muito distante de preocupações com essa articulação. Em contrapartida, discussões recentes promovidas pela ABEP apontam a necessidade de contribuir para o processo de mudança na graduação da Psicologia, articulada à implementação da integralidade na atenção à saúde, assegurando a perspectiva de uma formação generalista, perfil que a Psicologia nunca incorporou, como afirma o autor, apresentando-se sempre fragmentada, reducionista, liberal, individualizante e com especialização precoce.

Outro protagonista na articulação entre o SUS e os cursos de Psicologia é o próprio Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde

(FNEPAS), que tem por missão potencializar as reformas na graduação a partir da reflexão coletiva sobre as diretrizes curriculares. O Ministério da Saúde evidencia a importância desse tipo de iniciativa quando afirma que a

“construção de relações de cooperação entre o SUS e as instituições formadoras deve resultar em melhor integração dos serviços, maior produção de conhecimento dirigida às necessidades do sistema e, sobretudo, intensificação dos processos de mudança na formação de graduação dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2006).

E mais especificamente o documento *Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde propõe como metas nas mudanças dos cursos de graduação “desenvolver a orientação ao SUS e a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade sob o conceito de clínica ampliada de saúde, o trabalho em equipe e a integralidade da atenção à saúde” (Campos, 2004).

O conjunto de debates que culminou com a realização da Oficina Nacional da ABEP, no 1º semestre de 2006, teve como objetivo discutir a formação de psicólogos de forma geral e, em especial, a formação de psicólogos para atender as políticas públicas de saúde, apresentando, entre outras, as seguintes temáticas: o desafio de formar recursos humanos para o SUS; a aproximação academia & profissionais de Psicologia; a inserção de conteúdos de Saúde Coletiva nos currículos de Psicologia; a discussão dos conteúdos da Psicologia relevantes para o campo da Saúde Coletiva; e as reestruturações curriculares com ênfase e formação em Saúde Coletiva.

É importante observar o atual esforço por parte da Psicologia em rever a formação de recursos humanos, sobretudo na graduação, que vem sendo apontada como importante fator de estrangulamento no desenvolvimento do SUS, como observa o Fórum Nacional de Psicologia e Saúde (BRASIL, 2006). A avaliação feita durante o Fórum vem estimular ainda mais o interesse em investigar a integralidade em saúde na formação do psicólogo e contribuir para investigar a prática clínica do psicólogo na relação ensino-serviço como espaço

de produção da integralidade em saúde, no interior do Estágio Supervisionado em Psicologia Social das Organizações e Psicologia da Saúde, da UFPA e da UNAMA, respectivamente, no Hospital Universitário João de Barros Barreto, buscando contribuir na formação do Psicólogo para atuar no Sistema Único de Saúde.

Uma experiência focal a ser resgatada.

Segundo a experiência obtida por Cabral (2006) em 1999 a Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP, instituição particular em Mato Grosso do Sul, iniciou experiência sob o método da aprendizagem fundamentado em problemas e o ensino baseado na comunidade, a quando da implantação dos currículos dos cursos de Medicina e Psicologia. A estruturação da primeira fase, com duração de um ano e meio (2000/2001), teve o seguinte perfil: concentração do programa nas oito unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Norte, que não dispunham de equipes de saúde da família suficientes para desenvolver o trabalho pretendido, nem profissional de psicologia presente; locação dos módulos de medicina e psicologia nas mesmas unidades de saúde para facilitar a comunicação entre os atores e a supervisão acadêmica, bem como proporcionar maior densidade à presença acadêmica na comunidade; e utilização dos dois primeiros semestres para a familiarização e reconhecimento dos acadêmicos quanto à estrutura e funcionamento das unidades, sob a preceptoria das gerentes dessas unidades. A experiência focada pode servir de estímulo para ampliar ações dos Estágios Supervisionados de Psicologia da UFPA e da UNAMA, que funcionam no Hospital Universitário João de Barros Barreto, local da pesquisa deste estudo como, por exemplo, a incorporação de estagiários de Psicologia no Programa de Internação Domiciliar para Idosos, funcionando hoje regularmente no hospital.

2.3 O Lugar do Psicólogo na Sociedade e no Sistema de Saúde

A formação individualista do psicólogo.

Para começar um debate sobre o lugar que o psicólogo ocupa na sociedade,

no sistema de saúde e, em especial, no ambiente hospitalar público, urge inicialmente discutir as distintas realidades que separam os psicólogos, oriundos em sua maioria das classes média e alta, daqueles que compõem as chamadas “camadas populares” ou setores excluídos da nossa sociedade, conforme analisam Vilhena, Dimenstein e Zamora (2006), os quais constituem a demanda predominante do sistema público de saúde.

Para as citadas autoras, o individualismo na formação acadêmica no Brasil “baseia-se numa certa idéia e modelo psicológico de indivíduo, aceito como natural aplicável, extensível a todas as organizações e classes sociais”, mas que se defronta com o atendimento de segmentos populacionais provenientes de uma cultura com valores bastante diversos, onde as tradições e costumes encontram-se predominantemente marcados pela reciprocidade e solidariedade, conformando uma outra experiência de vida.

Observa-se, então, que as diferenças de classe e cultura levam a uma diversidade cultural entre os profissionais e as comunidades, resultando de alguma forma em intervenções e estratégias de ações voltadas provavelmente para uma só cultura, sem considerar as demais. Para Vilhena (1988, 1993, 1998) a produção, em termos de discurso e prática, chega a atingir um verdadeiro “apartheid” clínico, que tende a patologizar e ver negativamente faltas essenciais onde provavelmente existem apenas diferenças culturais.

Vários autores discutem o entendimento sobre individualismo. Para Cyrulnick, (apud VILHENA, DIMNESTEIN, ZAMORA, 2006.p.5) ao permanecermos atados ao modelo clássico de ciência onde prevalece a hegemonia da ação e do conhecimento apenas do observador, deixamos de lado os efeitos provocados por este tipo de intervenção:

“na clínica, uma boa descrição do quadro exigiria que cada um dos dois tomasse a palavra. Habitualmente, só o observador tem a palavra: é o cientista, o filósofo, o médico que estabelece o enquadre. Ora, o observado, observando o observador, deveria poder dizer, ele

também: veja o efeito que me causou este cientista quando me tomou como objeto da ciência, o efeito que me provocou este médico quando me examinou, este psicanalista quando me fez falar de mim deitado no divã”.

A concepção marxista considerou o ideário individualista na formação profissional do psicólogo como elemento propiciador à criação de uma ética do capitalismo, com condições jurídico-políticas favoráveis à expropriação dos trabalhadores e à reprodução de uma ordem social bastante injusta, como analisam as autoras Vilhena, Dimenstein, Zamora (2006). Como resultado, a emergência de um campo de saber voltado para o estudo da interioridade psicológica, bem como a intensa difusão das teorias e práticas psicológicas na sociedade contemporânea, construindo demandas e um campo de práticas para o psicólogo, que se torna o perito, nesse contexto. Isto leva a crer que a prática da psicologia comunitária, decorrente principalmente da formação acadêmica, continua marcada por enfoques reducionistas e a-holísticos acerca da dinâmica psicológica dos problemas vividos pela população. O saber e a prática dos psicólogos persistem norteados, por referências teóricas e modelos práticos cuja concepção de homem implícita aponta para um sujeito descontextualizado do seu tempo histórico e do seu espaço cultural, ainda problematizam as autoras.

Quando esta discussão se volta para a saúde mental pública, comunitária ou mesmo para o hospital público, como analisa Freire Costa (apud Vilhena, Dimenstein, Zamora 2006), transita um mito de que a prática do psicólogo fora da esfera do consultório deixa de ter a credibilidade científica ou mesmo a responsabilidade profissional, ou seja, a profissão do psicólogo perderia status ao inserir-se no trabalho a população pobre e menos protegida das políticas públicas.

Vale lembrar que o modelo de formação do psicólogo no Brasil não está fora de uma realidade social concreta e mais ampla, respaldada em uma determinada visão de mundo, de homem e de sociedade, e não simplesmente numa concepção da educação hegemônica. “A formação do psicólogo, tem cumprido muito mais uma função de apaziguamento dos antagonismos e interesses con-

flitantes das classes sociais, do que de desvelamento de tais contradições de problematização dessa realidade naturalizada” (Vilhena, Dimenstein, Zamora, 2006 .p 6).

Definindo os termos prevenção e saúde mental.

Numa extensão do questionamento sobre o lugar do psicólogo caberia trazer à tona a definição sobre prevenção e saúde mental, inserida na realidade considerada das comunidades e das instituições públicas prestadoras de serviços de saúde que atendem a população mais pobre.

Para isso, retomamos o conceito de provisão ambiental, termo empregado por Winnicott que remete ao sentido de prover meios e à idéia de atuação preventiva, como analisa Santos (2008).

A medicina tradicional encara a atuação preventiva por critérios de racionalidade médica como um conjunto de normas de controle sobre o regime de saúde das populações, a partir de padrões de normalidade predeterminados; enquanto isso, a Psicanálise, ao lidar com o desejo inconsciente e os movimentos pulsionais, tende a se afastar das regras, singularizando o sujeito e, como tal, o cuidado individualizado que o mesmo demanda.

Esse cuidado tem como condição preliminar o reconhecimento de sua alteridade, dentro de um contexto histórico-social concreto, e o respeito a sua autonomia, que na verdade é sempre uma autonomia relativa, pela complexidade das relações de interdependência com o ecossistema. Por seu lado, essa complexa teia de relações, no contexto da saúde mental, desconfigura, segundo Winnicott (apud Santos 2008), uma relação determinista ou de causalidade linear na etiologia das psicopatologias, assim como uma dicotomia entre saúde e doença (normal e louco); a sua proposição “a saúde deve suportar a doença” aponta justamente para a saúde mental entendida como um estado complexo, no qual uma diversidade de elementos está implicada em distintos níveis de organização, com caráter de imprevisibilidade, irreduzibilidade e reintegração.

A concepção freudiana, ao falar que as certezas não passam de hipóteses, as histórias não passam de construções e as verdades são apenas estações temporárias, deixa entrever que o sujeito analisado está longe de se ver livre de paixões ou de conflitos, mas poderá dispor da força das pulsões para assegurar as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego, capazes de conter as pressões e os estresses gerados na realidade psíquica interna.

A atenção do sujeito em sua singularidade pelo profissional da Psicanálise deve, ainda, conforme Winicott, apud Santos (2008), privilegiar a “experiência cotidiana comum” como fonte de valorização do cuidado iniciado no colo da mãe, no contexto cultural dos saberes cultivados pela família, em contraponto à ordem artificialmente construída pela razão moderna, sobretudo no que diz respeito aos seus efeitos desumanizantes enquanto produtores de certas tecnologias voltadas para a instrumentalização, fragmentação e para a destruição da natureza humana.

Nesse sentido, como analisa Santos (2008), a Psicanálise deve exercitar a prática da escuta atenta e cuidadosa da singularidade criativa do indivíduo, livre de qualquer preconceito ou pré-concepção, preocupada em prover os meios necessários ao processo analítico, que, no ambiente hospitalar, requer cuidados especiais e redobrados quanto à adaptação do setting, o respeito ao timing, entre outros.

Considerando a Clínica Ampliada com enfoque teórico-psicanalítico.

Uma reflexão sobre a crescente atuação do psicanalista no ambiente institucional hospitalar e, sobretudo, do hospital público como espaço de trabalho recentemente conquistado, tem evidenciado que a tentativa de adaptação do atendimento na clínica privada a esse novo locus de exercício profissional esbarra em diversos obstáculos, conduzindo a uma reestruturação dos elementos organizadores tradicionais do espaço terapêutico.

Parte significativa desse conjunto de dificuldades se delinea pelo próprio referencial de conteúdo formativo dos cursos universitários que ainda se mostram

muito inconsistentes na absorção dos novos paradigmas de inserção do profissional, pouco preocupados com as políticas públicas de atendimento.

O estágio institucional deflagra o início do enfrentamento de uma nova realidade, onde o espaço de convivência é interdisciplinar. No caso do hospital público impacta acima de tudo o onipresente controle de todos os sujeitos, espaços e procedimentos envolvidos no atendimento, manifestados nos diferentes mecanismos de vigilância contínua e de sanção normalizadora, próprios do hospital como instituição caracteristicamente disciplinar.

Esse modelo de organização e funcionamento institucional frente à clínica analítica propiciou uma situação específica: ao mesmo tempo em que foi o responsável pela democratização do acesso ao procedimento terapêutico junto às camadas populares, antes impossibilitadas de freqüentar os consultórios particulares, ao impor os modos próprios de estruturação dos serviços inerentes ao modelo atual de atendimento desestabilizou ícones da terapêutica firmemente estabelecidos, e em pleno uso desde a concepção freudiana, argumenta Vilhena e Pinheiro (2008) - as entrevistas preliminares, o tempo, o dinheiro e o uso do divã. O que obrigou o profissional a exercitar a reconstrução da sua prática nos limites: da visibilidade extrema, pela prejudicada ou, até mesmo, ausente privacidade dos espaços das salas ambulatoriais e enfermarias onde transcorrem os atendimentos analíticos; da transitoriedade, na medida em que o controle sobre o tempo do atendimento é rigidamente normatizado quanto à quantidade e duração das sessões e ao próprio encerramento da terapêutica; e da transferência como campo complexo em atividade, ao considerar a tríade analista/analizando/ambiente em “uma constante e dialética interação”, de tal modo a possibilitar ao paciente mover-se “da dependência total para a autonomia” (VILHENA E PINHEIRO, 2008).

Por outro lado, se o hospital público, pelas características do seu modelo atual de constituição, ao garantir o acesso universal aos serviços de saúde impõe adaptações restritivas aos instrumentos consagrados da clínica analítica, permite, no entanto, simultaneamente, pela estabilidade de um espaço de perma-

nente acolhida do paciente, que este encare o encerramento do atendimento como um processo de separação e não de abandono, necessário, na perspectiva winicottiana, para o desenvolvimento emocional do sujeito, criando condições favoráveis para o seu crescimento (VILHENA E PINHEIRO, 2008).

Ao examinar trabalhos que envolvem experiências dos psicólogos em comunidades com características de população de baixa renda, as autoras Vilhena e Oberg (2006) consideram que a Psicologia Social Comunitária “contribui para a análise das relações entre o mundo subjetivo e o objetivo, sendo, também, um espaço de alargamento dos domínios tradicionais da Psicologia” (VILHENA e OBERG, 2006, p.1). Nessas experiências a clínica ampliada com enfoque teórico-psicanalítico é apresentada como uma proposta que não se esgota nas falas dos sujeitos atendidos na instituição, mas requer a análise das especificidades daquele grupo e seus entrelaçamentos nas questões presentes na sociedade. Segundo as autoras citadas, por meio de um trabalho clínico toma-se como norteador dessa prática o conceito de clínica ampliada. Na discussão sobre a presença do psicólogo ou de outros profissionais nessas situações de comunidades carentes Vilhena (2007) examina as conseqüências psíquicas da intolerância e da negação da alteridade no agenciamento da subjetividade do sujeito contemporâneo. Para a autora, o encontro com o outro não é mais uma possibilidade de novas relações emergirem, mas apresenta uma ameaça em potencial. Tais situações provavelmente são vivenciadas nas enfermarias e corredores de um hospital público, sendo importante trazer a noção de clínica ampliada a qual servirá como uma referência a ser considerada neste estudo, que envolve populações carentes no ambiente hospitalar.

Para Vilhena e Oberg (2001. p 11),

“pensar na clínica é pensar em criar instrumentos, settings, modalidades de intervenção com objetos, com palavras, com silêncios que instiguem o sujeito na sua capacidade de organizar suas práticas psíquicas e sociais de modo mais criativo. Bezerra revela ainda que fazer clínica não significa apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o

envolve, o que implica não apenas essa interioridade, mas todas as formas de estímulos que, no campo da alteridade, apresentam-se para o sujeito”.

A clínica ampliada, a meu ver, propõe ao profissional de saúde desenvolver a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de levar sua vida.

Nas doenças crônicas ou muito graves, como é o perfil do paciente atendido no HUIBB, isto é muito importante porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e esta participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de inventar-se apesar da doença. Como observo, é muito comum nos serviços hospitalares que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como poliqueixosos - com muitas queixas, ou refratários, pois a doença ou o risco torna-se o centro de suas vidas. No entanto, tais formas de enfrentar a vida podem ser frutos da incapacidade de dobrar-se frente ao adoecimento e produzir formas de autogestão do cuidado ampliando sua capacidade e autonomia. Ambos os processos podem ser efetivados se os ambientes e os processos de produção da saúde gerarem lógicas de cuidado mais acolhedoras.

Este desafio de lidar com sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais breve for o tratamento, e quanto maior for a necessidade de participação do sujeito no projeto terapêutico. Portanto, exceto as situações de atenção à emergência e os momentos de procedimentos em que os sujeitos estão sedados, é cada vez mais vital, para qualificar os serviços, dialogar com os sujeitos.

Mas ajudar usuários e trabalhadores a lidar com a complexidade dos sujeitos e com a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a trabalhar em equipe. É na interação entre os diferentes sujeitos da equipe,

justamente valorizando essas diferenças, que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada.

Grupo de Adesão - um dispositivo clínico.

Ainda mais um aspecto se coloca na discussão do lugar do psicólogo no ambiente público, embora não se possa considerar como um conceito da Psicologia, como pude observar, mas como um dispositivo utilizado nas unidades de saúde - trata-se da adesão ao tratamento nas situações e enfrentamentos onde atua o psicólogo como estratégia para melhorar a receptividade do paciente ao acompanhamento multiprofissional diante de uma doença.

Segundo os autores citados acima, para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adesão é o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde: ao tomar remédios, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida. Pode-se perceber que a visão sobre a adesão se tornou mais ampla que simplesmente o grau de obediência que a pessoa mostra ao seguir um determinado tratamento. O conceito da OMS agrega em sua definição o princípio da autonomia, na medida em que exige a concordância do paciente com as recomendações preconizadas, o que implica no desempenho de um papel pró-ativo nos cuidados com a própria saúde. Está implícito que deve haver colaboração e boa interação entre o paciente e o profissional que o assiste.

Outro aspecto que chama a atenção nesse conceito é a idéia da adesão como resultado da conduta adotada pelo paciente, ou seja, suas condutas podem fazer o tratamento fracassar ou triunfar, considerando as omissões ou atos praticados por ele. Isto confere um caráter dinâmico e processual à adesão e traduz sua vulnerabilidade, na medida em que as atitudes de uma pessoa são constantemente influenciadas por diversos fatores. A adesão, pois, pode facilmente variar não apenas de uma pessoa para outra, mas numa mesma pessoa ao longo do tempo, dependendo das modificações no seu contexto de vida. Pode-se destacar que a aceitação, a motivação e a perseverança de cada

um influenciam seu processo de adesão, em conformidade com a subjetividade e os modos de subjetivação envolvidos.

Há pouco mais de uma década havia um único medicamento para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS: o AZT. “A terapia anti-retroviral combinada (TARV), introduzida a partir de 1996, possibilitou a queda da mortalidade e da ocorrência de infecções oportunistas, aumento da sobrevivência e resgate da qualidade de vida dos portadores da infecção” (CARACIOLO, SHIMMA, 2007, p.5), mas ainda existe dificuldade para que os pacientes aceitem a medicação, sem passar por muito sofrimento.

O conhecimento sobre a doença, a credibilidade na própria capacidade para aderir e sua participação na definição do esquema terapêutico também constituem fatores importantes a colaborar para a qualidade da adesão. Segundo Caraciolo e Shimma (2007) numa concepção ampliada a adesão à TARV pode ser entendida como o resultado do processo de decisão compartilhada entre o paciente e os profissionais de saúde que o assistem. É fruto do estímulo à autonomia para o autocuidado e do estabelecimento de uma aliança terapêutica permanente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um no processo, mas as de todos os envolvidos no tratamento, como os familiares, amigos e cuidadores.

A discussão do lugar do psicólogo, especialmente no hospital público, está na busca da ocupação de seu espaço num ambiente público, com o reconhecimento do caráter global da saúde de indivíduos, o chamamento à multidisciplinaridade e a projeção da saúde coletiva como condição de desenvolvimento e como responsabilidade das comunidades.

2.4 A Integralidade e a Produção da Prática do Psicólogo

Produto das lutas e movimentos sociais que levaram à “Nova República”, a redefinição do papel político da saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado, embora signifique um avanço histórico, ainda se debate no confronto

entre o conceito tradicional e a nova perspectiva do conceito ampliado de saúde.

Os sistemas médicos, segundo Santos (2008) ou, de um modo geral, a racionalidade médica, tende a ser normativa, estabelecendo regras de funcionamento ideal para o organismo e a vida humana, e colocando no desvio da anormalidade as manifestações vitais individuais ou coletivas que se afastem dessas regras instituídas por tal racionalidade. Neste caso o ser humano não é considerado livre para determinar o que é a sua saúde, ou mesmo para conduzir o destino do seu corpo: a medicina é a instância social para fazê-lo. Segundo Santos (2008) Foucault descreve a política médica delineada no século XVIII e consolidada como política de saúde no século XIX como instância de controle social através da imposição autoritária de uma ideologia higienista:

A velha noção de regime entendida como regra de vida e como forma de medicina preventiva tende a se alargar e se tornar o regime coletivo de uma população considerada em geral, tendo como tríplice objetivo: o desaparecimento de grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de mortalidade, o aumento da duração média de vida e de supressão de vida para cada idade. Esta higiene, como regime de saúde das populações, implica por parte da medicina um determinado número de intervenções autoritárias e de medidas de controle (SANTOS, apud FOUCAULT, 1979, p. 201).

Na verdade, segundo Elias (2004), isso é reflexo do desligamento entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social - conjunto de políticas sociais destinadas a assegurar a participação ativa da população trabalhadora nas relações sociais capitalistas, embutido nas políticas econômicas historicamente desenvolvidas no país, daí a formação de um setor econômico e um setor social, este subordinado àquele.

Ao entendimento do conceito de saúde como fruto de intervenções médicas, de natureza preventiva ou curativa e a limitação do “setor”saúde como o conjunto de serviços médicos organizados, se contrapõe o conceito de saúde no sentido político, como resultado da expressão coletiva de condições objetivas

de existência em que vive uma população, extrapolando, pois, a perspectiva para um complexo e interligado “setor” social (ABRASCO, 1988).

A mudança dessa perspectiva propugnada pelo Sistema Único de Saúde - SUS implica, entre outras questões, que o custeio ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde como o principal conceito de integralidade seja responsabilidade do Governo. Assim, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 inclui entre suas diretrizes “[...] o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [...]” (BRASIL, 1990).

Outros aspectos importantes a destacar no texto da lei referem que: a política de saúde deve incluir a discussão do lugar político da população, através de todos os seus núcleos organizados, tais como associações, sindicatos, partidos, no planejamento, na avaliação e no controle dos serviços, em todos os níveis em que eles são prestados; a participação popular deve esclarecer questões como a diversidade de conceitos e de representações de saúde e de doença entre os diversos grupos e classes sociais; as políticas de saúde devem incluir necessariamente outros aspectos do “setor” social, podendo-se chamar de determinantes da saúde (nutrição, educação, habitação, meio ambiente), e articulando-se, pois, com os órgãos responsáveis por tais áreas; a essa articulação vincula-se a concepção ampliada de saúde e a compreensão de que ações realizadas por outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva, o que deu origem ao que se chama de promoção da saúde.

Portanto, promover a saúde significa atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação e condicionantes da saúde, no sentido de fortalecer os indivíduos e o entorno onde vivem. Nessa ótica é importante que os serviços se aproximem mais das pessoas, respeitando aquilo que elas conhecem e valorizando sua cultura. A valorização da sabedoria popular no cuidado de alguns problemas, assim como o respeito à crença das pessoas, não banalizando o conforto espiritual e promovendo auto-estima e autoconfiança para que os usuários compareçam com autonomia ao encontro

com profissionais, sistemas de atenção à saúde, ou mesmo a outras terapias não necessariamente vinculadas ao conhecimento científico, são fundamentais.

Segundo Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005) as práticas psicológicas podem ser encaradas como práticas discursivas provocadoras de formas de subjetivação na contemporaneidade, a exemplo da criação de espaços destinados à saúde: SPAs, academias de ginástica, programas de qualidade de vida nos espaços de trabalho, unidades sanitárias (hospitais, centros de saúde), centros de atendimento psicossocial. No campo da subjetividade tais práticas podem ser vistas como:

a) realidades psíquicas, emocionais e cognitivas do ser humano, passíveis de manifestarem-se simultaneamente nos âmbitos individual e coletivo, e comprometidas com a apropriação intelectual dos objetos externos (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005, p. 5);

b) exercícios cotidianos referentes à relação que o ser humano estabelece consigo mesmo e com o mundo a partir de códigos, regras e normas produzidas socialmente. (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005, p. 6).

Considerando a subjetividade como eixo de problematização na Psicologia, o advento do SUS trouxe os conceitos de cidadania, dever e sujeito de direito, produzidos socialmente no movimento da Reforma Sanitária, ao final da década de 1980, para a concepção da saúde como direito universal e dever do Estado; então, ser cidadão e sujeito de direito são forças subjetivadoras, formas de viver e relacionar-se consigo.

A Psicologia entra nessa problematização à medida que a saúde encontra-se relacionada como algo para todos e como produção de vida, ou seja, condições físicas, psicológicas e sociais; e a saúde se enquadra como categoria de análise na Psicologia quando esta se volta para os processos de produção de saúde - formas de conhecimento, tecnologias de cuidado, prevenção e manutenção da saúde.

Os modos de subjetivação ou formas de subjetividade desta análise, ainda segundo Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), estão em Foucault - como nos

tornamos sujeitos de determinadas verdades (verdade, política, saber, poder), e como a saúde, em termos da relação saber/poder, influencia sobre as ações que o indivíduo estabelece consigo e com os outros quanto a cuidados e atenção integral; assim, embora ligada a políticas públicas, a saúde assume formas individuais, únicas, subjetivas, conforme a relação construída por cada sujeito.

A evolução da concepção de saúde como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, em consonância com o desenvolvimento econômico e social e as discussões sobre o meio ambiente, remete a diretrizes de integralidade e interdisciplinaridade que criam a necessidade de articulação entre campos de saber distintos na saúde pública - Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, não se restringindo apenas ao saber médico.

A Psicologia passa, então, a figurar nas conferências de saúde e nos estabelecimentos da rede pública de saúde, reorganizando as práticas psicológicas tanto no sentido acadêmico e curricular, quanto no âmbito da saúde pública e privada, na perspectiva de uma clínica comprometida com a escuta e a transformação do sujeito e do social, sob a égide de pelo menos cinco princípios fundamentais, segundo estudos de Vilhena e Oberg (2009):

- 1) constituição histórica de um sujeito em sua subjetividade, em suas ações sociais, dentro de um contexto histórico e culturalmente determinado, rompendo o dualismo do social e do individual e enfatizando o caráter singular e constituído do sujeito; 2) atribuição ao sujeito de uma capacidade de subjetivação geradora de sentidos e significados em seus diferentes sistemas de relação, capazes de ter um caráter transformador sobre a configuração de seus processos patológicos atuais, embora reconhecendo, simultaneamente, o caráter constitutivo das patologias na história do sujeito e de seus sistemas de relação; 3) crítica ao exercício da terapia a partir de uma posição neutra ou superior do saber do terapeuta e centrada na compreensão da psicoterapia como processo dialógico, no qual os processos de mudança se inscrevem na constituição progressiva do diálogo e no impacto deste nos sujeitos implicados na relação terapêutica; 4) reconhecimento do processo patológico como uma forma de organização dos processos vitais do sujeito, num contexto

determinado que pode ter infinitas formas de organização e mudança; 5) constatação de que cada época histórica implica aspectos ideológicos dos quais derivam elementos de significação e sentido constituintes da gênese da patologia nesses contextos de tipo ideológico, impedindo sua compreensão como estrutura universal.

Não obstante todo o investimento realizado na educação para o setor saúde é comum a constatação, por gestores e trabalhadores da saúde, do fato de que tais investimentos em programas educacionais não têm se convertido em mudança das práticas de cuidado.

A inserção do tratamento psicológico no SUS vai exigir preparação de profissionais com conhecimentos mais aprofundados nas áreas da saúde pública e coletiva, sendo fato já reconhecido pela ABEP e outros segmentos do Sistema de Saúde.

Capítulo 3

Estudo de Caso Sobre a Formação do Psicólogo em Hospital Público na Perspectiva da Integralidade em Saúde

3.1 Considerações Metodológicas

Este trabalho configura um estudo de caso sobre a prática clínica e a relação ensino-serviço como espaços de produção da integralidade em saúde, na formação do psicólogo. Utiliza como método a abordagem qualitativa, cuja escolha decorre da necessidade de escuta dos diversos sujeitos envolvidos com a pesquisa, e do uso freqüente de múltiplas fontes de dados, roteiros para entrevistas semi-estruturadas, em contraposição a números e modelos estatísticos. Ao “ocupar-se mais do significado que da freqüência dos fatos” (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 93) como, por exemplo, “conceitos”, “narrativas” e descrições sobre as práticas em saúde, o lugar do cuidado e também da escuta, a

“metodologia qualitativa é abordada procurando enfocar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum, ou a fala, como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 239).

Segundo Minayo (1992, p. 97) a revisão bibliográfica deve ser “capaz de projetar luz e permitir uma ordenação ainda imprecisa da realidade empírica, suficientemente ampla para traçar a moldura dentro da qual o objeto se situa: a busca de vários pontos de vista, de diferentes ângulos do problema, que permitam estabelecer definições, conexões e mediações, e demonstrar o estado da arte”. Quando procedi a revisão nos Capítulos 1 e 2 a compreensão

obtida implicou numa pesquisa capaz de trabalhar inicialmente as concepções de saúde-doença do segmento social objeto de investigação e o conceito historicamente construído de saúde a ser adotado, incluindo aí as políticas do setor, com ênfase a partir do Movimento Sanitário Brasileiro, na década de 1980, até o SUS.

A pesquisa sobre a formação e o lugar do psicólogo, em sua extensão, me permitiu um conhecimento fundamental para lidar com a problemática emergida ao cruzar os campos da Saúde Coletiva e da Psicologia, revelando avanços e dificuldades de ambas as partes, assim como desmistificando práticas e saberes apreendidos no cotidiano.

Para uma perspectiva histórica escolhi os estudos de Georges Canguilhem na área da Medicina pelo seu enfoque na saúde como experiência subjetiva, além de autores contemporâneos para aprofundar estudos sobre noções e práticas da integralidade em saúde, no universo ensino-trabalho-comunidade. Ao abordar as práticas da integralidade em saúde e sua presença no ensino em Psicologia busquei perceber as articulações presentes na construção das linhas de cuidado da integralidade na atenção, como eixo estruturante no processo de formação do psicólogo. Para Ceccim e Ferla (2005) entende-se a “proposta de linha de cuidado atada a uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras”.

A investigação foi realizada num hospital público de ensino (HUJBB) inserido no SUS onde se desenvolvem o Estágio Supervisionado em Psicologia Social das Organizações I e II, da UFPA e o Estágio Supervisionado da Psicologia da Saúde da UNAMA, de modo a observar como são exercidas as práticas da integralidade em saúde no cenário onde se relacionam o mundo do trabalho (Serviço de Psicologia Clínica e suas interações com os demais serviços do hospital) e o mundo da educação (Estágios Supervisionados da UFPA e da UNAMA).

Compreendo que ao relacionar o mundo do ensino com o mundo do trabalho como uma ferramenta para perceber a integralidade em saúde tem-se, como avalia Franco (2007, p. 10), “a capacidade de treinar o olhar do psicólogo para captar as mensagens e ensinamentos que essa vivência proporciona ao ser tomado pela realidade”, daí concordar com o autor “que é possível à educação operar no mundo das relações de ensino-aprendizagem como dispositivo de mudança, apostando que a ação pedagógica possa disparar processos de subjetivação, associados aos de cognição”. Estudos feitos atualmente por Franco (2007) sugerem que os processos educacionais são capazes de contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos, com capacidade de intervir na realidade a fim de transformá-la.

Ao se inserir o campo da Psicologia na área da Saúde Pública/Coletiva como espaço de ensino-aprendizagem, o sujeito, isto é, discentes e egressos da graduação em Psicologia, poderão obter maior contato com essa realidade tão necessária de ser conhecida, para, então, nela melhor interagir.

3.1.1 Universo da Pesquisa

O HUIBB, hospital universitário e público do SUS, lócus desta pesquisa, tem a finalidade de atender as camadas mais pobres da população do Estado do Pará e da Região Norte, especialmente portadores do elenco das patologias crônico-degenerativas e das doenças emergentes e reemergentes, sendo sua missão proporcionar atenção integral aos pacientes na dimensão bio-psico-social. Segundo Moreira (2007) Freud expressou seu desejo de que a psicanálise pudesse vir a encontrar meios sociais de aliviar o sofrimento neurótico das massas, em pronunciamento numa Conferência sobre Psicanálise, em Budapeste, à época do término da Primeira Guerra Mundial:

Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar de uma considerável massa da população. Por outro lado, é

possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência despertará, e lembrar-se-á que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência analítica quanto tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados profissionais analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (FREUD apud MOREIRA, 2007, p. 2).

É no sentido indicado por Freud que segue este trabalho quando se insere em hospital público com instrumental teórico-metodológico para realizar uma investigação analítico-institucional, tomando o caso dos Estágios de Psicologia para análise de sua capacidade de transmissão, ao mesmo tempo, da dimensão da atenção integral à saúde e da inserção de práticas e saberes psicológicos nesse contexto.

A pesquisa envolveu os Estágios Supervisionados em Psicologia da UFPA e da UNAMA e o Serviço de Psicologia do HUIBB, onde são atendidos usuários adultos e crianças do hospital em regime ambulatorial e nas enfermarias, especialmente na Clínica de Infectologia e AIDS, embora o hospital também tenha referência em Pneumologia, Endocrinologia e Diabetes e se prepare para em breve ser referência em Oncologia. O período destinado à pesquisa de campo compreendeu os meses de outubro de 2008 a abril de 2009.

Destinados a alunos que já concluíram as disciplinas do bacharelado e começaram a formação, os estágios ocorrem a partir do 9º semestre, com a exigência de serem cumpridos em duas áreas diferentes e com um programa que tem entre seus objetivos (UFPA, 2005) os de: capacitar os alunos de formação a aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos em ações

analítico-institucionais em organizações de saúde; desenvolver atividades de psicoterapia, de orientação psicanalítica; e prestar atenção integral ao usuário do SUS. O estágio constitui disciplina regular do Curso de Graduação em Psicologia da UFPA (criado pela Resolução n. 194 / 73 do CONSEP / Conselho Superior de Pesquisa e reconhecido pelo Conselho Federal de Educação em 1979) e, ainda, do Curso de Graduação da UNAMA.

Interessou à pesquisa entender as redes de cuidado supostas na integralidade em saúde e sua presença no ensino da integralidade em Psicologia, numa dimensão em que se busca observar como os sujeitos refletem, vivenciam, re-produzem e criam suas práticas nos processos de trabalho e na formação em saúde.

3.1.2 Sujeitos da Pesquisa e Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Tendo como referência o “conceito de quadrilátero do ensino em saúde”, de Ceccim, Capazzolo e Feuerwerker (2004), cada profissão universitária da área da saúde será o resultado de uma dada conformação tecnológica que expresse formação, atenção, gestão e participação social. Desse modo são identificados os sujeitos da pesquisa (discentes, docentes, gerentes de serviços e usuários), conforme o discriminado no quadro 1. Entrevistas semi-estruturadas, questionários e a observação participante constituíram os procedimentos empregados.

“Ao lado da observação, a entrevista - tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo” (MINAYO, 1992, p. 107).

Combinadas com a técnica da observação, entrevistas coletivas e individuais não-estruturadas com os sujeitos da pesquisa propiciaram “uma possível união da experiência observada com a experiência analisada, tendo na posição do observador a única garantia desta verificação, que o impulsiona a observar certos fenômenos em detrimento de outros” (TOBAR; YALOUR, 2006, p. 95). Ainda segundo Minayo e Sanches (1993, p. 239) “na entrevista o pesquisador

pretende descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo”.

Quadro 1 - Demonstrativo do Trabalho de Campo no HUIBB Sujeitos da Pesquisa.

Identificação	Quant.	Função/Perfil	Procedimento
1. Serviços			
Psicologia	1	Gerência do Serviço	Entrevista e Questionário
	1	SAE / Grupo de adesão "Viver Bem"	Entrevista
	1	Responsável pela internação / DIP	Entrevista
	1	Responsável pela internação / Pneumologia	Entrevista
	1	Responsável pela internação / Cirurgia	Entrevista
Enfermagem	1	Gerência da DIP	Entrevista
Assistencial médico	1	Coordenadora assistencial	Entrevista e Questionário
2. Estágio supervisionado			
UFPA	1	Supervisora	Entrevista e Questionário
	8	Estagiários	Questionários
	3	Egressos	Entrevista e Questionário
UNAMA	1	Supervisora	Entrevista e Questionário
	6	Estagiários	Entrevista
3. Usuários			
Atendimento ambulatorial	2	Usuário SAE/AIDS	Entrevista
Internação	1	Usuário Enfermaria/AIDS	Entrevista
Total	29		

A pesquisa teve acompanhamento por observação no lócus do estágio - as enfermarias da DIP, o ambulatório do SAE e as salas de chefia, além de ambientes do centro de estudos e demais áreas do hospital (sacadas, corredores e áreas externas, onde também ocorrem atividades do serviço de psicologia). Não foram utilizados critérios de idade e escolaridade para a escolha dos sujeitos, optando-se por uma amostra qualitativa através de entrevistas individuais e aplicação de questionários.

As entrevistas ocorreram nas salas de chefia e no centro de estudos durante o horário de expediente e subsequente ao término do expediente, envolvendo questões sobre: o conhecimento acerca do processo saúde-doença e a atenção integral; os objetivos dos estágios; o fluxo de atendimento dos pacientes no

hospital; a formação do psicólogo no contexto do hospital; e a perspectiva da integralidade na formação.

As visitas de observação ocorreram certamente em todos os ambientes assistenciais do hospital: ambulatório, enfermarias, sala de enfermagem, centro de estudos e espaços externos da área construída, mas especialmente no ambulatório de Psicologia, sala de chefia do serviço, Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) e nas enfermarias 306, 308, 310, 312, 314, 316, 318, 320 e 322, da Ala Leste do Serviço de Infectologia, onde se encontravam internados pacientes adultos, dos sexos feminino e masculino, portadores de AIDS, tuberculose e dengue hemorrágica. Embora conhecedora da situação do hospital e atuando vários anos nesse espaço, não deixei de me sensibilizar bastante durante as visitas aos pacientes. Também me mantive extremamente indignada com o sucateamento das instalações físicas e dos equipamentos, embora reconheça o enorme esforço dos gestores do HUIBB na busca pela captação de recursos junto ao Fundo Nacional de Saúde e ao Ministério da Educação, para recuperação da área física e substituição e modernização dos equipamentos. O Núcleo de Planejamento do hospital, órgão assessor do HUIBB, registra que nos últimos 5 anos apenas 2% destinados ao hospital, mostrando o descaso das autoridades quanto à atuação de uma unidade pública de grande importância para atender e formar recursos humanos para o SUS.

Os fluxos de atendimento ou linhas de cuidado, como estuda Merhy, guias da observação, envolveram os *cenários de aprendizagem*, conceito já referido no capítulo 2, a saber: o cotidiano das relações dos docentes, discentes e das necessidades dos serviços e das demandas do usuário; o contato e interseção entre os processos de trabalho e de formação, com atenção aos novos olhares de aprendizagem diversificados; a construção de momentos pedagógicos que permearam a vivência e a reflexão crítica, socialmente comprometidas, dos sujeitos sobre problemas de saúde individuais e coletivos nos seus aspectos psicológicos, epidemiológicos e socioeconômicos (como as reuniões com grupos de discentes e docentes para leitura e discussão teórica e estudo de caso); a

valorização de espaços de ensino-aprendizagem e do cuidado (encontros diários do SAE e grupo de adesão de pacientes e familiares).

As *redes de cuidado*, conceito já referido no capítulo 1, constituíram igualmente objetos de observação, destacando-se: a integralidade como organizadora do trabalho em equipe à guisa de dispositivos da formação na perspectiva de construção de linhas de cuidado; a previsão de atividades em vários níveis de complexidade; e atividades orientadas para problemas dos usuários, pautadas na continuidade e em espaços múltiplos de atenção (por exemplo, o grupo de adesão do SAE e a Associação Amigos do Barros Barreto).

A análise dos dados teve como base o conteúdo das entrevistas e questionários revelado pelos sujeitos da pesquisa, nas visitas e na observação participante em locais de atendimento, buscando encontrar conceitos, organizados nos resultados do trabalho, para a análise do discurso e para a investigação analítico-institucional. Para Minayo (2007) a técnica utilizada através da análise do discurso tem como objetivo básico realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos pelas falas dos sujeitos, visando compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de sentidos evidenciados durante as entrevistas. A análise do discurso trouxe a esta pesquisa uma contribuição fundamental para o tratamento e a compreensão do material qualitativo obtido.

3.1.3 Abordagem do Estudo de Caso

A direção dada a este estudo de caso é fruto da combinação do “mundo do trabalho” com o “mundo do conhecimento”. Entende-se como “mundo do trabalho” o espaço onde ocorre a integralidade do cuidado no hospital HUBB. A atenção integral de um paciente no hospital “seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares” (MERHY, CECÍLIO 2003), com a utilização de todas

as tecnologias de saúde disponíveis e um ambiente de conforto e segurança ao paciente, com vistas a melhorar e prolongar a vida.

Segundo Merhy (2003) outras questões importantes, porém, contribuem para a problematização e o entendimento da integralidade da atenção hospitalar e podem ser vistas sob dois ângulos: a integralidade da atenção olhada no hospital, tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si; e a integralidade da atenção olhada a partir do hospital, tendo como referência a inserção deste no “sistema de saúde”. Neste trabalho utilizamos o primeiro ângulo.

Como “mundo do conhecimento” busca-se descrever e analisar o conceito de saúde na Psicologia via práticas psicológicas na sua relação com o inconsciente.

A Psicologia voltada para o território do desconhecido, da diferença que o sujeito faz de si em relação à razão, conforme Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), emerge da Medicina. Freud e Jung criaram métodos de investigação sobre o inconsciente, onde estaria a essência do humano. O indivíduo, para desenvolver-se como humano, compreender o modo como vive e transformá-lo, necessita de estratégias de autoconhecimento nas quais o diálogo com o outro é fundamental. Surgem, então, as tecnologias da subjetividade mediante a Psicanálise, e a Psicologia começa a voltar-se para a saúde por meio da psicopatologia, ou seja, os adoecimentos psíquicos.

As práticas psicológicas nos primeiros momentos do século XX, conforme as autoras acima citadas, voltavam-se para os indivíduos que podiam dispor da atenção médica, e não para a população em geral. Os instrumentos que os indivíduos historicamente adotam para constituírem a si mesmos são compreendidos como produções culturais, práticas de significação, práticas simbólicas, modos de viver a partir de lutas por imposições de sentidos, conformação de formas existenciais. A noção de sujeito ao mesmo tempo de maneira plural, na sua relação com o meio ambiente, e individual, em sua relação consigo próprio, funda uma interioridade em que se encontram as condições para a produção de saúde ou doença (normalidade/anormalidade). A interioridade

do corpo (“medicina”) e da alma/mente (“psicologia”) torna-os realidades factíveis, com demandas de investimentos públicos.

“A Psicologia, então, promove a noção de que acessar o “eu interior” é um modo de produção de saúde, pois é o “eu interior” que se encontra em um estado de imperfeição, incompletude, incapacidade. Portanto, a psicologia entra na discussão de que o humano é constituído em seu meio, mas que existem realidades independentes, incrementando a necessidade de uma atenção integral à saúde”. (MEDEIROS, BERNARDES; GUARESCHI, 2005, p.10).

Nessa perspectiva foi relatado e analisado todo o material recolhido durante a pesquisa de campo, obtido de 19 entrevistas, 15 questionários aplicados e várias visitas para observação do processo de trabalho e de ensino-aprendizagem nas instalações do hospital.

3.2 Resultados

3.2.1 Sobre o Serviço de Psicologia do HUIBB e o Processo Saúde-Doença

- Gerências do Serviço de Psicologia

i) Depoimentos das Gerentes do Serviço de Psicologia do HUIBB, do Serviço de Apoio Especializado, da DIP, da Pneumologia e da Clínica Cirúrgica.

Segundo as gerentes do Serviço de Psicologia do HUIBB este tem como objetivo assegurar o atendimento psicológico aos usuários do SUS internados no hospital. Para seu funcionamento desenvolve várias atividades: atendimento individual, atendimento familiar, reunião de grupo com usuários e familiares, avaliação diagnóstica, atividade de ensino na área acadêmica, participação em campanhas, entre outras ações.

Como todo hospital público especializado, o HUIBB tem uma demanda referenciada. O atendimento é regulado pela Central de Consultas e pela Central de Leitos da Prefeitura de Belém após um acesso inicial à rede de serviços de saúde, sejam prontos-socorros, postos, centros de saúde ou demais hospitais

da rede pública. Avaliado pelo serviço de triagem do hospital, o paciente é internado ou agendado para o atendimento ambulatorial.

A partir do ingresso do paciente o fluxo do atendimento psicológico pode ocorrer de várias formas, em resposta a: uma demanda feita pela equipe via guias de encaminhamento; uma demanda levantada através da visita psicológica nas diversas clínicas; e uma demanda espontânea, do próprio paciente ou dos familiares - quando necessário, o atendimento se estende a estes, também. Esta demanda originada do paciente e/ou do familiar é propiciada por ocasião das visitas. Em geral, na demanda feita pela equipe evoluiu-se de um encaminhamento anteriormente feito apenas pelo médico (*“porque só eles sabiam a necessidade do paciente- depoente 2, da Clínica de Pneumologia*) para uma situação em que o encaminhamento pode vir de qualquer profissional, quer do médico, após a avaliação do paciente, ou em outras situações, quer do enfermeiro ou técnico de enfermagem, do terapeuta ocupacional, do profissional de serviço social ou do nutricionista. Quanto à adoção do procedimento das visitas psicológicas, resultou de uma iniciativa da equipe de Psicologia facilitada pela chegada dos alunos-estagiários (UNAMA), para levantar uma demanda antes originada apenas no encaminhamento da equipe de saúde ou na solicitação do paciente ou dos familiares, e representou uma mudança na construção de linhas de cuidado no hospital, derivada da preocupação com a perspectiva pedagógica.

O fluxo tem variações segundo as características de cada clínica. Segundo as depoentes o atendimento é feito nas enfermarias, no ambulatório e na unidade de recuperação da Clínica Cirúrgica. No ambulatório cada psicólogo atende uma vez na semana, enquanto nas enfermarias o profissional cumpre uma rotina diária de serviço. Devido a uma pressão muito grande da demanda a média de atendimento de cinco retornos e dois pacientes novos no ambulatório é freqüentemente extrapolada; muitos desses pacientes já receberam atendimento enquanto estiveram internados e ao retornar para um tratamento ambulatorial continuam sendo atendidos em psicoterapia. De outro lado, as

visitas psicológicas possibilitam o estabelecimento de prioridades e, conseqüentemente, uma triagem dos pacientes em razão da grande demanda existente nas enfermarias. Psicólogos e estagiários fazem o mesmo fluxo. As responsáveis pelos serviços são, também, orientadoras de campo - preceptoras. Segundo Franco (2007) ao mencionarmos que é possível a educação operar no mundo das relações de ensino/aprendizagem como dispositivo, sugerimos que a ação pedagógica dispare processos de subjetivação, associados aos de cognição. A aposta que se faz é a de que os processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos entendidos como coletivos, com a capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la.

O atendimento na Clínica Cirúrgica tem um diferencial pelo tempo mais curto de hospitalização - tão logo minimamente estabilizado, o paciente recebe alta ou é encaminhado a outras clínicas para dar continuidade ao tratamento, daí a ênfase na psicoterapia breve focal (“o tempo de hospitalização nem sempre é o nosso tempo e nem sempre é o tempo do paciente- depoente 3, da Clínica Cirúrgica). O foco da atenção é o serviço prestado ao paciente, pré-operatório e pós-operatório; neste último caso, inclusive, dentro da unidade de recuperação, espécie de mini UTI onde os egressos das cirurgias em estado mais debilitado permanecem por algum tempo. A clínica se caracteriza, também, por um grande fluxo de profissionais, de internos, residentes e preceptores, o que dificulta, de certo modo, o contato com a chefia e o próprio atendimento mais adequado do paciente. Este deixa de constituir o sujeito do atendimento e acaba sendo encarado apenas como um caso clínico. A depoente 3 faz um registro desse procedimento ao flagrar uma situação em que um caso clínico é repassado do residente para o preceptor sem o paciente entender o que estavam tratando a seu respeito - “doutor, só uma pergunta: o que é que vão fazer comigo? Que cirurgia é essa que eu vou fazer?”

O funcionamento da DIP nos últimos três anos vem mudando significativamente. O início do trabalho do Programa de Aprimoramento (PROAPS), introduzindo os estagiários, e o trabalho desenvolvido pelos pesquisadores da

UFPA, concorreram para essa mudança. Aspectos positivos como a criação do sistema de visitas psicológicas para levantar a demanda, propiciando situações de melhor cuidado com o paciente, contrastam com certa desorganização pelo acréscimo de demanda de alunos da academia.

O trabalho de equipe, anteriormente mais consistente no sentido de uma maior articulação entre os diversos profissionais envolvidos no atendimento, ficou fragilizado no período considerado. No registro da depoente 1 (Chefia do Serviço),

“antes nós conseguíamos conversar com o enfermeiro, um ou outro médico, o terapeuta ocupacional, o assistente social; nós sentávamos para resolver as dificuldades do paciente; hoje a gente não faz mais isso”.

As reuniões para discussão de casos são muito focadas no conteúdo médico, da doença, fragmentando-se um perfil de atendimento mais integralizado. As reuniões de equipe multiprofissional se reduziram à participação da chefia clínica, do psicólogo e do assistente social, pois os demais médicos e a equipe de enfermagem dificilmente comparecem, o que prejudica a discussão de questões que perpassam pela clínica de um modo geral; na Clínica Cirúrgica nem essas reuniões acontecem.

ii) Sobre o processo saúde-doença.

Conforme a depoente 1,

“Ter saúde significa ter condições físicas e psíquicas para exercer qualquer atividade, porém o que contribui para que as pessoas tenham saúde é o trabalho preventivo em relação à saúde”; este “inclui educação, saneamento básico e questões econômicas”.

A despeito dos “editais de projetos e das campanhas de combate às doenças, que falam de prevenção, na prática o que se observa é uma saúde carente de ações preventivas, mais focada nas ações curativas”. “O estar doente refere algum mal estar que impede o funcionamento regular do estado biopsíquico de um sujeito. O que faz a pessoa adoecer envolve diversos fatores, desde falta de saneamento básico, falta de informação, as unidades de saúde que não fazem um diagnóstico adequado e não atendem a demanda da população, o desvio de verba que impossibilita o investimento na saúde (a corrupção), a falta de condições de vida, como a fome e a miséria, que assola nosso país, no campo ou na cidade”.

Este depoimento reflete o pensamento de Canguilhem (2006), segundo o qual a enfermidade constitui uma redução de margem de tolerância com respeito às infidelidades do meio ambiente e, assim, o próprio da doença consiste em vir a interromper um curso, em ser propriamente crítica, portanto, não se está enfermo só em relação a si mesmo, configurando-se a enfermidade não como uma dimensão da saúde, mas uma nova dimensão de vida. Nesse sentido, para a depoente, a atenção integral em saúde é entendida como “a cobertura integral à saúde, abrangendo: física, bucal e psíquica do ser humano”. A meu ver, embora a entrevistada explicita com clareza os conceitos de saúde, doença e atenção integral, não os comenta como um processo, onde o cuidado nas organizações de saúde em geral, e no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, ou seja, “depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, num somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital” (MERHY, CECÍLIO, 2003, p.11).

- Gerência do Serviço de Apoio Especializado (SAE) / Grupo de Adesão “Viver Bem”

A entrevista com a psicóloga encarregada de coordenar o Grupo de Adesão “Viver Bem”, ligado ao Serviço de Apoio Especializado (SAE) da Clínica de Infectologia / AIDS/HUJBB, relata que era uma preocupação do SAE realizar um trabalho voltado para a adesão do paciente. Nas internações havia uma leitura das dificuldades nessa direção, por reiteradas internações dos pa-

cientes e por mortalidade existente devido ao abandono do tratamento ou à forma incorreta do uso das medicações. A proposta do Serviço de Psicologia foi estreitar o vínculo da equipe e direcionar o foco da adesão, trazer o paciente junto com os profissionais para discutir os entraves e dificuldades e não só a medicação, “mas no que sempre coloco no grupo que é a adesão à vida”(depoente facilitador do Grupo de Adesão).

O Grupo é coordenado por um facilitador/psicólogo e conta com a colaboração de outros profissionais da equipe, reunindo-se sempre às terças feiras, com duração de 1 hora e meia a 2 horas. O primeiro encontro ocorreu em 26 de junho de 2007. Tendo inicialmente como local a sala de aula da DIP, transferiu-se depois para a Briquedoteca, espaço utilizado para ações recreativas das crianças internadas no hospital.

Os primeiros pacientes participantes eram os remanescentes das internações nas enfermarias do hospital, acompanhados pelo ambulatório do Serviço de Atenção Especializado- SAE, agregando-se posteriormente os familiares e amigos.

A dinâmica do grupo inicia-se com a apresentação e acolhimento, seguidos dos relatos, da troca de experiências, questionamentos e esclarecimentos de dúvidas e temas a serem abordados, propostos previamente pelo grupo sempre ao final da reunião anterior.

Além das atividades semanais, o grupo realiza eventos como passeios, com o objetivo de incentivar a qualidade de vida e integração entre os participantes, além de comemorações diversas: evento natalino, páscoa, dia internacional da mulher, festa junina, dia mundial de luta contra a AIDS e aniversários dos participantes.

Segundo a depoente o trabalho realizado busca contribuir para a construção da autonomia do sujeito, a aceitação da própria doença e o uso do medicamento como uma atitude naturalmente incorporada, a exemplo dos demais hábitos diários.

A troca com outras pessoas que estão passando por situações semelhantes faz enxergar no outro não a solidão que o sujeito sente, mas uma corrente que vai colocando a possibilidade de ser acolhido e, dessa forma, grande parte dos usuários retoma a vida, o trabalho (depoente facilitador do grupo).

Em torno de 15 a 20 pessoas participam das sessões. “Quando o filho está internado, a mãe vem para o grupo e o grupo acolhe e dá apoio a essa mãe” (depoente facilitador do grupo). A psicóloga revelou que às vezes leva para as reuniões o “plano A e o plano B” para apoiar o trabalho, mas em algumas situações deixa que a “solução” ou o “encaminhamento” surja no momento do trabalho. “A solução passa a ser então a escuta de todas as experiências. Na visão médica a atitude deles é diferenciada, eles (os médicos) querem a vida a qualquer preço” (depoente facilitador do grupo). Assim é que, como analisa Winnicott:

O médico lida com as doenças e se ele cura o paciente da doença, o trabalho está terminado. O analista, ao contrário, precisa ter um sentimento positivo, algo na sua relação com o paciente que não acaba com a cura da doença. Esta preocupação com a existência do ser humano é a base de qualquer desejo de curar que o analista possa ter (WINNICOTT, 1983, p. 204).

Em minha opinião, a atividade do grupo de adesão vem concorrendo para uma melhor atenção ao usuário do hospital, podendo ser ampliada aos demais serviços que atuam com as doenças infecto-contagiosas e que requerem maior tempo de tratamento.

Chamamos atenção para o fato de não ter sido encontrado, no período da pesquisa, nenhum estagiário de Psicologia nas atividades do grupo de adesão, espaço este importante para a formação de profissionais como unidade de serviço no hospital.

- Gerência do Serviço de Enfermagem da DIP.

Há seis meses na Clínica de Infectologia e já tendo trabalhado durante 16 anos em outros serviços do hospital, quando indagada sobre a relação com o

Serviço de Psicologia e sobre os estagiários, a chefe do Serviço de Enfermagem da DIP revelou inicialmente pouco envolvimento. Aos poucos vai relatando que procura tanto os psicólogos do serviço, como atende os estagiários quando estes pedem informações sobre os pacientes, principalmente na fase inicial em que descobrem estar com o HIV. Quando questionada, a enfermeira não demonstra que percebe o trabalho da Psicologia, mas ao ser “provocada” acaba detalhando o cotidiano da relação de trabalho entre eles.

Parece que aqui se explicita a disputa entre as corporações profissionais, tal como Merhy postula a seguir:

Ocorre que o cuidado num ambiente hospitalar é resultante de uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes de maneira mais ou menos consciente e negociada, através de um processo dialético de complementação, mas também de disputa, haja vista os mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder existentes entre as diversas corporações profissionais atuantes nesse ambiente (MERHY, 2003, p. 4).

A depoente afirma não existirem reuniões multiprofissionais para tratar dos problemas dos pacientes, mas que há cerca de dois anos “era muito bom o encontro entre médicos, enfermeiros e psicólogos, porque se discutia a atuação multiprofissional e o cuidado ao doente internado”. Indagada do motivo de não mais ocorrerem os encontros, não soube avaliar. Segundo ela, os psicólogos têm um trabalho muito atuante no Serviço de Infectologia, embora a atuação da equipe de saúde esteja muito fragmentada.

Sobre o fluxo de atendimento, a enfermagem procura encaminhar o paciente para o ambulatório da Psicologia utilizando impressos padronizados, ou chama os acadêmicos para atenderem um paciente considerado “triste”, “deprimido”, ou que se recusa a tomar os medicamentos.

Na ocasião do depoimento a entrevista foi interrompida por um estagiário de Psicologia que tentava localizar uma paciente transferida da Clínica de Pneumologia para a DIP, em razão do diagnóstico de soro-positividade para HIV; naquele momento o estagiário não conseguia identificar o leito em que

a paciente se encontrava internada. Com a interrupção a enfermeira procurou ajudar a resolver a situação, constatando-se uma evidente prática interdisciplinar e integradora.

- Gerência Médica Assistencial

Conforme o relato da Coordenadora Assistencial o HUIBB mantém estágios supervisionados com duas universidades - a UFPA e a UNAMA. Os estágios se encontram vinculados, através de convênios, à Coordenadoria Acadêmica, mediante a qual as programações são articuladas com as diversas clínicas do hospital e os alunos são distribuídos nos diferentes serviços disponíveis, segundo o período, o dia e o horário.

Concentrando todas as atividades do estágio encontra-se o Serviço de Psicologia, subordinado à Coordenadoria Técnica do hospital. Atuando desde 2002, vem apresentando um bom desempenho e uma participação efetiva junto à equipe de saúde.

No entendimento da depoente ocorrem dois grandes fluxos de trabalho dos estagiários - um fluxo acadêmico e um fluxo assistencial. O fluxo acadêmico é programado junto com os professores e supervisores, comportando toda a fundamentação teórica das atividades a serem posteriormente desenvolvidas, quanto ao fluxo assistencial, que constitui o atendimento hospitalar, há uma integração com a equipe multiprofissional de saúde, especialmente na DIP. O depoimento evidencia que para a chefia médica tais práticas são distintas ou, mesmo, não integradas.

Os estagiários também são encaminhados ao ambulatório do SAE/AIDS para desenvolverem atividades de acordo com as orientações dos preceptores-orientadores de campo e supervisores.

O hospital tem a responsabilidade de periodicamente realizar com os alunos-estagiários um treinamento para utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), programa esse, de resto, estendido a todos os profissionais que atuam na instituição.

Nesta entrevista a depoente não fez referência às dificuldades atuais da equipe da DIP, expressos, por sua vez, em depoimentos anteriormente relatados. Donde se conclui que a experiência da equipe anterior à coleta de dados deixou traços/marcas na memória, no imaginário ou na cultura da instituição, os quais não se apagaram, passados dois anos dessa prática de reuniões multiprofissionais que parecem ter beirado a concepção de atenção integral à saúde aqui preconizada.

- Usuários do Serviço de Psicologia

i) Usuário 1 (Serviço Ambulatorial Especializado - SAE).

B.A.P. participa do grupo de adesão desde 2007. 48 anos, paraense, profissional autônomo, morador de um bairro distante do centro, divorciado, com duas filhas (de 23 e 25 anos), atualmente vive com a irmã, o cunhado e um sobrinho. Descobriu portar o vírus da AIDS em 2003 e fazia atendimento na Unidade de Referência Especializada (URE/DIA) da rede de serviços de saúde do Estado. Desde agosto de 2008 faz tratamento e acompanhamento no Serviço Ambulatorial Especializado da Clínica DIP, sem necessidade de internação. Nesse período teve herpes e hanseníase.

Avaliou positivamente o Serviço de Psicologia do HUIBB por prestar um atendimento mais próximo das pessoas. Faz exames e consultas mensais no hospital, o que facilita muito seu tratamento. Relatou que às vezes não tem vontade de tomar o remédio porque causa muito enjoô e cansaço, mas que “o trabalho da psicologia é muito bom, a troca de experiência durante as sessões do grupo é muito rica”, e o ajudam a enfrentar o tratamento. Mesmo sendo portador do vírus e ter sido acometido por doenças “oportunistas”, não se sente doente. Diz que todos os dias busca forças para viver e que o trabalho da Psicologia do hospital tem ajudado bastante. Citou não ter visto nenhum estagiário de Psicologia durante as sessões do “Grupo de Adesão”.

ii) Usuário 2 (Serviço Ambulatorial Especializado - SAE).

C.P.F., 26 anos, paraense, formado em publicidade desde 2007, não trabalha na profissão, mas faz parte de um grupo musical cênico de uma Universidade que se apresenta em escolas, eventos e formaturas. Portador do vírus da AIDS desde 2007, é paciente assintomático, fazendo somente acompanhamento, exames de carga viral e exames de rotina. Tem consultas mensais e auxílio de psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. Seu atendimento é feito na CASA-DIA, Serviço Público do Estado.

Queixou-se que os profissionais não estão preparados para atender o portador do HIV, principalmente os infectologistas e técnicos de enfermagem; diz que “eles não sabem lidar com os problemas de comportamento, precisariam estar melhor preparados humanisticamente”. Sentiu-se muito bem acolhido pelo “Grupo de Adesão”, o qual vem facilitando bastante a aceitação do tratamento medicamentoso, porém os médicos, segundo ele os profissionais de que mais precisa, “não tratam as pessoas tão bem”.

Mostrou ter uma visão do atendimento realizado pelo Hospital Barros Barreto, criticando a falta de organização que torna muito demorado o tempo de atendimento, em consequência da grande demanda. No “Grupo de Adesão”, segundo o relato, não há participação de aluno de Psicologia e sim de Farmácia, mas observou que “eles olhavam para o chão ou para o teto, e não encaravam a gente” no momento em que participavam do trabalho de grupo.

Demonstrou ter uma liderança importante quando participa do grupo e que aos poucos vem crescendo a adesão ao tratamento, dele e dos demais participantes, com o apoio dos familiares, também integrantes do “Grupo de Adesão”.

iii) Usuário 3 (Internado na enfermaria da DIP).

M.P.S., 28 anos, portador do vírus HIV há 4 anos, mora com a mãe em uma cidade próxima e está internado há cerca de 3 meses, já tendo pas-

sado por seis internações no Barros Barreto e uma no Hospital das Clínicas (unidade de referência para Psiquiatria). Relata que teve um “problema de cabeça”, ocasião em que foi atendido até pelo psiquiatra do hospital. Diz ter acompanhamento psicológico durante todo o atendimento no hospital, tanto no ambulatório, o qual acessa uma vez por mês para consultas, quanto nas enfermarias da Infectologia quando esteve internado. Fala sobre o Serviço de Psicologia: “aqui os psicólogos, como outros doutores, prestam atenção pra gente, tiram as dúvidas e tudo que a gente precisa, mas não aceitam que ninguém traga “nóia”, droga ilegal derivada da cocaína”.

No início do tratamento tinha muita reação aos remédios, principalmente ao que precisava tomar à noite; confessa não conseguir se acostumar com a medicação, acabando por descontinuar de vez em quando o tratamento. Afirmou que o “HJBB é muito bom” e que já é bastante conhecido por todos que trabalham no hospital. Apresentava-se bastante animado, pois naquele dia iria ter alta, mas lamentava “ter sido só depois do carnaval”.

A inclusão dos depoimentos de usuários nesta pesquisa é identificada como um elemento importante de estudo na formação de recursos humanos em saúde, tendo em vista a referência do “conceito de quadrilátero do ensino em saúde”, já citado na metodologia, que valoriza a escuta desses sujeitos como fontes significantes que vão revelar como a atenção à saúde foi prestada pelos profissionais no hospital, além de remeter à questão relacional entre profissionais, discentes e usuários, necessária para que uma atenção integral se efetive.

3.2.2 Sobre os Estágios em Psicologia das Organizações I e II, da UFPA e Psicologia da Saúde, da UNAMA e o Processo Saúde-Doença

- Estágio da UFPA

i) Sobre o Estágio em Psicologia Social das Organizações I e II da UFPA.

Depoimento da supervisora do estágio

O Estágio Supervisionado em Psicologia das Organizações, da UFPA, no Hospital Barros Barreto, segundo a supervisora objetiva: capacitar o aluno para a prática psicológica em organizações, grupos e movimentos sociais; compreender, refletir e participar de políticas públicas de saúde com inserção no Sistema Único de Saúde; capacitar ao trabalho equipes multi e interdisciplinares; desenvolver a capacidade de compreender e intervir na realidade, contribuindo para autonomia do aluno como ser pensante, desejante e capaz; realizar assistência psicológica individual e a grupos; planejar, realizar e avaliar ações em saúde nas áreas de educação, humanização e recursos humanos, entre outras; estimular habilidades e competências relacionadas às práticas preventivas primárias, secundárias e terciárias.

O trabalho de supervisão do estágio inicia pelo preparo do aluno para transpor com sucesso a passagem da academia (sala de aula) para a instituição hospitalar (campo de trabalho). Ao aluno são apresentadas a súmula da disciplina, a estrutura do Serviço de Psicologia, a equipe responsável e o Hospital como um todo, sua história, seu papel como instituição de saúde pública, sua organização e funcionamento. Ao estagiário cabe, progressivamente, integrar a vida cotidiana, assistencial, administrativa e política do hospital, conhecendo sua programação, seu plano de metas, compreendendo as implicações éticas de seu trabalho na instituição, tendo consciência de sua responsabilidade profissional como protagonista do atendimento psicológico aos usuários do SUS.

As dez horas semanais de trabalho durante dois semestres letivos incluem a prática, a supervisão e a formação teórica. Ao concluir a primeira etapa do estágio, o aluno deve ter assimilado os princípios do SUS e a necessidade e os contornos da inserção do psicólogo na rede pública de saúde, como um dos elementos responsáveis por um atendimento humanizado, direito fundamental do usuário do sistema. Seu desempenho é orientado dentro de um Plano de Atividades, a partir de uma contextualização teórico-metodológica capaz de facilitar a compreensão do campo de trabalho, bem como a identificação e reflexão acerca das práticas psicológicas. Na segunda etapa, o estágio propicia

o momento de um plano de intervenção setorial em que o aluno vai identificar o seu perfil de atuação no campo de trabalho, não só em relação à demanda do hospital, mas em relação a sua própria capacidade. O diagnóstico interventivo é uma necessidade que o paciente hospitalizado tem de receber uma avaliação diária de seu estado emocional. Isso exige uma formação específica em técnicas focais breves, interventivas e de compreensão desse indivíduo e do seu familiar, assim como a necessidade de registro e comunicação com a equipe médica sobre o estado subjetivo desse paciente.

A entrada do estagiário no fluxo de atendimento do hospital é realizada buscando-se a integração com o Serviço de Psicologia e demais especialidades e envolve: assistência psicológica em grupo no momento do ingresso do usuário na enfermaria; assistência psicológica em emergências associadas a processo de luto no Laboratório de Estudos do Luto (LAELS); integração com o Projeto de Biblioterapia; desenvolvimento de atividades em conjunto com a Terapia Ocupacional, Enfermagem, Nutrição, entre outros, na Pediatria.

A Supervisão tem interesse em intervir na chegada do usuário, acompanhando-o desde a entrada - mas devido à carga horária do estágio isso nem sempre é possível, assim como disponibilizar estagiários na Recepção do Hospital, buscando a humanização do ambiente físico e a realização de palestras, haja vista o intenso sofrimento na espera daqueles que aguardam consulta - infelizmente nenhum estagiário ainda se interessou por essa atividade, no período considerado. Já houve um trabalho, em turmas passadas, utilizando música nesse ambiente, com resultados significativos para todos os que ali permanecem - pacientes e equipe de saúde.

A Supervisora também já participou da proposta de extensão e de diretrizes dos Recursos Humanos, ministrando vários cursos.

- Sobre o processo saúde-doença

Para a supervisora do estágio o entendimento do que significa ter saúde ou o que contribui para que as pessoas tenham saúde:

“Saúde não é ausência de doença, mas um estado relativamente constante de prazer em viver. Remete à condição de um relativo equilíbrio biopsicossocial e espiritual. É o uso de mecanismos adaptativos de defesa e a capacidade de sublimar pulsões. Capacidade de manter relações interpessoais, de avaliar criticamente a realidade e modificar o meio em benefício do homem. É não estagnar o desenvolvimento celular, órgãos, corpo, idéias, desejos, grupos [...] É aceitar-se por inteiro” (Supervisora do estágio).

Quanto ao o que significa estar doente, ou o que faz com que as pessoas adoçam:

“A doença é uma metáfora que nos fala de algo. Essa tem sempre uma história e marca aquele que a vivencia. É compreendida como uma ruptura no equilíbrio biopsicossocial. Incide no todo do indivíduo, sendo, portanto, somatopsíquica. Traz em si a possibilidade de mudanças e de (re) significar o viver. O que essa úlcera quer dizer? O que o quadro melancólico explicita desse viver? Ela é crise e como crise aponta novos caminhos. Em sua etiologia devemos considerar os fatores biológicos, psíquicos, sociais, econômicos, etc.” (Supervisora do estágio).

Quanto ao entendimento sobre atenção integral em saúde:

“Consideram-se as intervenções primárias, secundárias e terciárias, trabalho multi e interdisciplinar, compreendendo a pessoa em seus aspectos biopsicossocial e espiritual, com ênfase à saúde. Integralidade dos sistemas municipal, estadual e federal”. (Supervisora do estágio)

A compreensão do processo saúde-doença revelado pela supervisora do estágio da UF PA, na perspectiva de eixo constitutivo da integralidade na atenção à saúde, nos leva a pistas que ajudam a compreender e analisar experiências concretas de articulação entre a universidade (UFPA) e serviços de saúde (HUIBB).

ii) Estagiários em Psicologia da UFPA.

Depoimento dos estagiários em Psicologia da UFPA no HUIBB sobre os objetivos do estágio.

Segundo os estagiários os objetivos do estágio podem ser sintetizados nos seguintes eixos:

- inserir o psicólogo em formação no ambiente hospitalar, com prévia preparação teórica (textual, vivencial), com a finalidade de preparar profissionais atuantes e humanizados;

- preparar, prática e teoricamente, os estagiários para atuarem no ambiente hospitalar da melhor forma possível, desenvolvendo atividades como: estudos teóricos, seminários, conhecimento, compreensão e intervenção no campo de trabalho;

- formar profissionais psicólogos capazes de atuar em nível institucional, hospitalar e da saúde, desenvolvendo atividades como: estudos teóricos e seminários sobre psicologia clínica, institucional, hospitalar e da saúde e conhecimento e compreensão do campo de trabalho do psicólogo clínico na instituição hospitalar e da saúde, diagnosticando elementos capazes de fundamentar a elaboração de um trabalho de intervenção que atenda as necessidades do setor compreendido;

- completar a formação, prover oportunidades de aplicação prática da atuação do psicólogo no ambiente hospitalar e conhecer a atuação do psicólogo, desenvolvendo atividades como: estudos teóricos sobre psicologia hospitalar, conhecimento e observação do campo, interação com a equipe de saúde e em especial com a equipe de psicologia, estudos sobre as patologias envolvidas no campo, escuta terapêutica aos pacientes da área escolhida, projeto de inserção e plano de intervenção para atuação do psicólogo em formação;

- contatar com a equipe de saúde do HUIBB, bem como com os pacientes e seus familiares, de modo a conhecer e compreender o trabalho desenvolvido

nas clínicas, realizando atividades como: leituras do material que servirá de base para a atuação dos estagiários no campo de trabalho;

- formação do estudante de psicologia para atuar no contexto hospitalar, juntamente com profissionais da saúde e pacientes;

- promover o aprendizado, aliando a teoria com a prática, de modo a preparar o acadêmico de Psicologia para a sua formação, bem como para uma atuação profissional com ética e responsabilidade social, assegurando a integridade da pessoa que procura atendimento psicológico por meio de atividades como: supervisão dos atendimentos realizados pelos acadêmicos de psicologia, aulas teóricas e estudo de textos referentes aos temas trabalhados na prática;

- os objetivos estão implicados entre teoria e prática, envolvendo ações como: atendimento psicológico individual e familiar, intercâmbio com a equipe de saúde, evoluções no prontuário, orientação de campo, supervisão dos atendimentos e participação em grupos de estudo.

As respostas dos estagiários nos levam a perceber que o preparo dos mesmos para atuar no serviço ocorre por meio do encontro entre alunos, profissionais e usuários, três sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos e imaginário que se entrecruzam no processo de trabalho em saúde, evidenciando o caráter essencialmente relacional desse trabalho, como analisa Merhy (2003), e adicionando a isso o fato da saúde constituir um processo de “afirmação da vida”, o qual, portanto, requer profissionais com um compromisso ético efetivo com os usuários e um modelo de atenção centrado no usuário e suas necessidades.

iii) Egressos do Estágio de Psicologia da UFPA no HUIBB.

Depoimento de três egressos.

A experiência do estágio num hospital público, conforme opinião dos egressos registrada em entrevistas, independente da reconhecida contribuição para o exercício da prática profissional, propicia ao psicólogo em formação

oportunidades de ver, compreender e refletir sobre diferentes aspectos do seu campo de trabalho.

Como área de atuação da clínica psicológica o HUIBB *“ainda é um lugar que está sendo conquistado, ainda não é uma conquista plena”* (depoente 3). Há uma percepção clara de que a unidade hospitalar é *“historicamente um local de outra ciência, de outro saber”* (depoente 3), caracterizado pelo ato médico como conhecimento hegemônico sobre os demais saberes. Implantado em 2002, portanto há apenas sete anos, o Serviço de Psicologia no HUIBB é *“uma conquista diária de um espaço, onde nós vamos afirmando o nosso posicionamento”* (depoente 3). E a mudança gradual na aceitação do psicólogo como mais um componente importante da equipe de saúde passou a ocorrer na medida em que as respostas positivas ao tratamento junto aos pacientes foram sendo claramente demonstradas.

“Acho que a equipe (de saúde) foi vendo que o psicólogo poderia se agregar, fazer parte, entrar no fluxo de atendimento do paciente. Até o final do meu estágio eu percebi que isso mudou um pouco. Até pela forma como os próprios médicos encaminhavam pra gente o paciente, até como eles paravam a gente no corredor, passavam o caso pra gente, dando uma importância maior, reconhecendo um pouco mais o lugar do atendimento da Psicologia dentro da DIP”(depoente 1).

Algumas nuances dessas demandas da equipe de saúde para o psicólogo *“são até pra gente refletir”*, como relata a depoente 3: *“A demanda que a gente recebe geralmente é do (para) o paciente que tá triste. Alguma coisa tá errada com ele e faz com que as pessoas olhem e digam - esse rapaz, essa moça precisam de atendimento psicológico. Às vezes é verdade, a pessoa tá deprimida, o que é natural; não pode estar feliz, internada”* (depoente 3). Mas percebe-se, até pela imagem simbólica do Barros Barreto como um hospital de referência em doenças infecto-contagiosas, em especial a AIDS, que a equipe acaba expressando

“uma espécie de criminalização da tristeza. Uma pessoa tá triste, ela tá triste, ora! Quando a pessoa não pode se autorizar ela fica triste, ela fica mal! Agora, existe um limite pra isso, a partir do momento em que essa tristeza passa a interferir na adesão ao tratamento médico-hospitalar é claro que a gente tem que intervir; mas às vezes a pessoa tá precisando de um (simples) carinho” (depoente 3).

Ao Serviço de Psicologia, de um modo geral, no entanto, demanda-se atuar como uma “sanção normalizadora”, responsável por normalizar um estado de tristeza, de rebeldia, de exaltação. O que denota a necessidade dos demais profissionais de saúde assimilarem melhor o atendimento psicológico como uma parte essencial do cuidado e da atenção que o usuário requer, como condição fundamental e humanizadora para a recuperação da saúde. Atenção e cuidado esses que se refletem, por exemplo, após a saída do paciente acometido de AIDS, *“mais consciente e mais esclarecido em relação à doença, se valorizando e se aceitando como paciente de uma doença crônica”* (depoente 3).

Outra reflexão interessante dos depoentes é sobre o impacto sentido no contato inicial com o ambiente hospitalar, seja pela complexidade da instituição, seja pelo desconhecimento da realidade dos ambientes sanitários e de conteúdos de saúde pública e coletiva - “na UFPA nós não tivemos Saúde Pública, a questão de posto de saúde pública, de hospital público ou de psicologia social pública” (depoente 1). Mesmo considerando que o estagiário só “põe a mão na massa”, ou seja, inicia concretamente o atendimento nas diferentes unidades internas do hospital, após um semestre de preparo teórico e ambientação institucional focados na diversidade do ambiente de trabalho e nas especificidades dos perfis de doenças e doentes a serem trabalhados, ainda assim a carga desse impacto é bastante forte,

“a gente tem um ensinamento acadêmico de como funciona a psique em estado de internamento, o estado psicológico na questão do internamento, e como podemos utilizar nossa técnica nessa questão, nesse ambiente”, mas “quando dizem pega a teoria e vai para o campo”, então “a gente percebe todo o peso que há” (depoente 1-egresso do curso de Psicologia).

O que, sem dúvida, implica na necessidade de organização de currículos orientados para a transformação dos processos de trabalho, onde se discuta a relação dos conteúdos da saúde coletiva com o contexto de consolidação de modelos tecnoassistenciais inovadores em saúde.

Certamente nesse momento de transição o papel mediador da supervisão é fundamental e, especialmente num contexto de difícil enfrentamento da realidade do campo de atuação, o estagiário conta com um profissional capaz de identificar acertos, equívocos e soluções de aperfeiçoamento, reconhecendo-lhe o direito de errar como inerente à situação de iniciante no processo de atendimento, e que simultaneamente avalia os procedimentos, faz as pontuações necessárias, orienta a retomada do fluxo, norteia as discussões de caso e apóia com a terapia individual,

“que eu acho extremamente importante a pessoa fazer, pois às vezes é uma realidade chocante tu lidares com uma pessoa que tá muito mal, muito triste, mexe contigo, é inevitável”, assim, com o tempo “tu aprendes a lidar melhor com essas questões, que são as tuas questões mobilizadas através das questões de outras pessoas”, o que permite “um crescimento absurdo” (depoente 3, egresso do curso de Psicologia).

Um aspecto recorrentemente tratado é o do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, no sentido do seu reconhecimento como estratégia essencial de atendimento e, infelizmente, ainda pouco consistente como rotina institucional. Se o psicólogo já conseguiu avançar na sua aceitação como elemento importante da equipe de saúde, e se já evoluiu na normatização de um fluxo de iniciativa própria no levantamento das demandas, por meio das visitas psicológicas nas enfermarias e demais unidades internas do hospital, falta-lhe ainda consolidar uma prática de articulação com os demais profissionais capaz de assegurar a integralidade como organizadora do trabalho de equipe e da rede de cuidados - *“o que eu acho relevante é que a gente converse com o médico, mas não há, não é rotina esse encontro entre os profissionais”* (depoente 2);

“no estágio realizado no HUIBB pude participar de ações interdisciplinares envolvendo a Psicologia, a Medicina em suas várias especialidades, a Terapia Ocupacional e o Serviço Social; geralmente essas ações se consolidavam com as reuniões interdisciplinares ocorridas às quartas-feiras, onde eram discutidos os casos de alguns pacientes, em especial, e a elaboração de um plano de ação integral para sua melhora; as ações sobre alguns pacientes davam-se de forma a haver a atuação dos profissionais dessas áreas, mas tenho de reconhecer que isto era mais freqüente de forma isolada, com pouca comunicação entre os profissionais, salvo situações extremas; no geral essa atenção integral se realizava devido a solicitações médicas - muitas vezes pela necessidade que estes percebiam que os pacientes criavam para sua atuação; a atenção integral, nesses casos, era algo benéfico, mas não se apresentava como regra geral e sim como solicitação de atuação das outras áreas que não as da Medicina, quando o paciente estava “atrapalhando, perturbando o trabalho curativo”(depoente 1- egresso do curso de Psicologia).

Finalmente, vale destacar nesses depoimentos a percepção que o estagiário vai gradativamente adquirindo da importância em estar atento a todas as demandas, quer dos demais profissionais, quer dos próprios pacientes, dos seus familiares ou acompanhantes e, até, dos próprios funcionários do hospital, aí incluídos colegas da equipe de saúde. Assim, também, o reconhecimento do significativo papel da enfermagem como origem de demandas para os pacientes, na condição dos profissionais que mais têm contato com aqueles, pelo próprio dever do ofício, nem sempre devidamente valorizado:

“Como por exemplo, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, são os que trocam o remédio, são os que aplicam o medicamento, que tão diretamente dando assistência, carregando pra dar banho, muitas vezes. Então muitas vezes eles tem uma percepção por conversar, por segurar, por aprontar o remédio, por colocar na mão, por colocar a água, eles muitas vezes tem uma proximidade maior do que todo o restante da equipe”(depoente 2, egresso do curso de psicologia).

- Estágio em Psicologia da Saúde da Universidade da Amazônia - UNAMA

- i) Supervisão do estágio.

- Sobre o Estágio em Psicologia da Saúde da UNAMA no HUIBB.

Depoimento da supervisora do estágio

Iniciado em 1999, por meio de um convênio entre HUIBB e UNAMA, o estágio, segundo a supervisora, possui boa articulação com a instituição que abriga o ensino. Com o objetivo de inserir os alunos no universo da saúde e, em particular, no hospital, compreende também temáticas referentes às políticas de saúde e mantém o foco na relação ensino-serviço, o que muito contribui para a formação de profissionais comprometidos com o sistema de saúde.

O estágio objetiva capacitar o aluno de Psicologia a atender pacientes internados, por meio da escuta clínica, no sentido de minimizar o sofrimento psíquico decorrente da doença e da hospitalização, possibilitando o alívio de alguns sintomas e a transformação da dor em subjetividade. Envolve basicamente: atendimento individual aos pacientes internados nas enfermarias e no CTI, atendimento e orientação aos familiares e interlocução com a equipe de saúde, de modo a propiciar a prática da interdisciplinaridade.

O fluxo no hospital passa por alguns direcionamentos. O paciente pode ser admitido para internação (via outras instituições ou emergência), ou ainda ter um atendimento ambulatorial e por programa de assistência. Os estagiários entram pela via do Serviço de Psicologia, têm articulações com a equipe de saúde, em geral, e atendem apenas na internação.

O empenho efetivo do Serviço de Psicologia do HUIBB em assegurar apoio e orientação aos estagiários nas enfermarias é importante para o bom aproveitamento destes nas Clínicas de Pneumologia, de Doenças Infecto-parasitárias, Médica e Cirúrgica. Nesta última obteve-se uma evolução no atendimento, pois acontecia de os psicólogos serem requisitados pouco antes do paciente seguir para a cirurgia, diminuindo as possibilidades de ajuda, prática que gradativamente vai sendo modificada pela demanda mais antecipada dos médicos ao serviço no período pré-cirúrgico. Os estagiários, na referida unidade, desenvolvem um trabalho integrado de apoio ao usuário utilizando o tripé usuário-

família-equipe de saúde, por meio do qual o psicólogo procura estabelecer “pontes” de comunicação, informação e interlocução entre os mesmos, obtendo bons resultados, embora limitados pelo curto tempo de internação no CTI, na própria clínica cirúrgica ou, mesmo, no hospital, o que dificulta a realização de um atendimento psicanalítico mais consistente.

Quanto à relação com a equipe multiprofissional de saúde, o Serviço de Psicologia tem uma aproximação maior com os médicos “embora critique o domínio deles”, fisioterapeutas e assistentes sociais, e uma relação mais distante com a enfermagem, não obstante melhor entrosada quando as atividades são realizadas no CTI.

A depoente acredita que o estágio deve proporcionar ações de integralidade na medida em que os alunos são preparados para atuar na realidade hospitalar, no sentido de analisar a dinâmica da instituição e conhecer o modo de procedimento dos profissionais. Admitiu o fato de que os alunos “desconhecem” o fluxo de atendimento ao paciente porque nem sempre participam do acolhimento, atividade de recepção anual dos alunos no hospital, quando esse fluxo é descrito; contudo, mediante uma progressiva integração no estágio conseguem perceber tal percurso.

Por outro lado, observa, também, um predomínio do discurso médico sobre os demais, traduzindo a hegemonia do orgânico sobre o psíquico e, mesmo, sobre o social, o que certamente conduz ao distanciamento da integralidade. Registra, no entanto, um crescente interesse, sobretudo dos médicos residentes, na mudança desse quadro. De sua parte, os estagiários de Psicologia se aproximam da equipe de saúde para trocar informações sobre a situação dos pacientes, propiciando uma atuação mais articulada e interdisciplinar.

Segundo a depoente, o HUIBB embora distante, ainda, de proporcionar uma atenção integral aos pacientes, constitui a melhor instituição pública em que a entrevistada já viveu uma atenção humanizada.

A meu ver, mesmo tendo restrições ao trabalho no HUIBB, a supervisora

acaba constatando que o cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares em que o ato médico global é decomposto em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes, nem sempre harmonicamente integrados, como comenta Merhy e Cecílio:

um paciente com diabetes em quadro de descompensação, por exemplo, é recebido e internado pelo plantonista no pronto-atendimento e passará a receber, também, cuidados de enfermagem, possivelmente do cirurgião vascular, do cardiologista, do endocrinologista, da nutricionista, da assistente social e da psicóloga, além de ser submetido a uma bateria de exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos (MERHY, CECÍLIO, 2003. p.10).

- Sobre o processo saúde-doença

Quando questionada sobre o processo saúde-doença, a supervisora do estágio afirma:

“Ter saúde é estar bem em vários aspectos - orgânico, psíquico e social. A meu ver, saúde tem a ver, também, com uma sensação, um sentimento de desejo de viver, de prazer. Acho que o que contribui para as pessoas terem saúde é que possam ter uma boa qualidade de vida, acesso à saúde (cuidados integrais), um sistema de saúde que vise às necessidades da pessoa nos âmbitos biopsicossociais. Estar doente é a perda da saúde, é o que faz com que a pessoa a priori necessite de ajuda biológica. Porém, essa doença nunca se desenvolve por si só. O ser humano é integral, os aspectos físicos estão diretamente ligados aos psíquicos e sociais e, quando um está alterado, os outros também se prejudicam. As pessoas adoecem por vários motivos, dentre eles a falta de atenção (saúde pública), desemprego, injustiça, rancores, mágoas, fome, violência, enfim, neurose. Porém, penso que se houvesse uma maior promoção (de saúde) e prevenção de doenças por parte de uma política de saúde pública, em que o cidadão fosse visto de forma integral, poder-se-ia minimizar o sofrimento. A meu ver (atenção integral em saúde) é poder trabalhar com a perspectiva de uma visão global das necessidades do ser humano e também da forma de funcionamento das instituições. A integralidade é um conceito ligado aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) como direito e garantia da assistência à comunidade”. (Supervisora 2)

*ii) Estagiários da UNAMA.**Depoimento de seis estagiários.*

Nos depoimentos os estagiários registram que a prática do estágio propriamente dita é precedida por um período de aulas teóricas, discussões e informações sobre o hospital, facilitando ao aluno a ambientação institucional, o trabalho interno e o conhecimento do Serviço de Psicologia. Só então os discentes sobem para as clínicas e são distribuídos em vários setores do hospital.

Segundo o depoente, não há um acompanhamento do paciente desde o seu acesso inicial. Na verdade, a noção da entrada do usuário e do fluxo de encaminhamento a partir desse momento (os procedimentos da triagem, do contato inicial com o médico, o diagnóstico clínico, a prescrição de tratamento), pôde ser percebida ocasionalmente (depoente 1), quando o estagiário foi solicitado a acompanhar um paciente que precisava fazer exames, ou era desconhecida (depoentes 3, 4 e 6), acreditando-se que a função do ambulatório, por exemplo, seria sempre posterior à alta hospitalar e não uma das portas de entrada, havendo, inclusive, quem desconhecesse o próprio conceito de acesso e fluxo de entrada e atendimento (depoente 2), relatando que “*nas disciplinas que a gente tem de saúde, de saúde coletiva, eu não lembro ter ouvido falar nele (fluxo, acesso)*”, e ignorando sequer o responsável pelo preenchimento da ficha de admissão do paciente. O próprio imaginário que se tem sobre o Barros Barreto como um hospital de doentes graves reforça a idéia da internação como forma imediata de ingresso. O acesso do estagiário de Psicologia ao paciente, pois, se dá mediante o prontuário, nas enfermarias.

Segundo levantamento feito durante a pesquisa a entrada do estagiário no fluxo de atendimento ocorre, basicamente, em dois tipos de percurso: por meio de demanda da equipe de saúde (médico, enfermeira, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista) e mediante as visitas psicológicas nas enfermarias e/ou outras unidades internas (CTI, por exemplo), quando o próprio estagiário levanta as necessidades, junto aos pacientes e aos seus

acompanhantes ou familiares. Quanto às várias formas de atuação do Serviço de Psicologia dentro do hospital, são referidos o serviço clínico, o atendimento emergencial, o plantão psicológico e o trabalho nas enfermarias.

Nas enfermarias e no CTI os estagiários têm seus leitos determinados para atendimento. Além das demandas da equipe de saúde, as visitas psicológicas possibilitam não só o levantamento de outras demandas via observação clínica, como também as solicitações dos próprios pacientes e dos seus familiares ou acompanhantes. No caso do CTI, quando o paciente recebe alta da unidade e é encaminhado para uma clínica, o mesmo estagiário o acompanha, pois já foi estabelecido um vínculo durante sua permanência naquele ambiente. O acompanhamento pode se estender ao período posterior à alta, quando se percebe a necessidade de uma continuidade de atendimento, que passa a ocorrer, então, no ambulatório.

O relato sobre o atendimento no espaço hospitalar de uma enfermaria, desprovido das mínimas condições de privacidade, remete ao processo de aprendizagem e discernimento do aluno quanto às peculiaridades da Psicologia, ao definir um setting terapêutico diferente da Psicologia Clínica:

“às vezes, o paciente tem condições de deambular, e assim alguns atendimentos ocorrem em nossas varandas”, mas nem sempre isso é possível, “às vezes, ele está tomando soro, está com aparelho de oxigênio, e aí o atendimento acaba sendo no leito, mesmo; quando os pacientes vão falar sobre alguma coisa mais íntima, eles abaixam o tom de voz; até mesmo a maneira como a gente senta; eu costumo sentar próximo à cama, ou então fico próximo à cabeceira do paciente; então, geralmente não precisa falar tão alto, de modo que todo mundo escute, acaba mesmo ficando uma coisa mais privada, embora num lugar mais aberto” (depoente 2, discente da UNAMA).

O depoimento não refere a ocorrência de situações negativas decorrentes desse tipo de procedimento, tais como “vazamento de informações”, ao contrário, *“esse caráter mais público do atendimento compartilhado na enfermaria às vezes acaba influenciando a demanda de outros pacientes, a solicitação deles”* (depoente 2).

O atendimento também se estende aos familiares dos pacientes, e quanto ao serviço de atendimento de grupo, este é feito apenas para acompanhantes de pacientes da DIP. Apesar de ainda não ter participado desse trabalho o depoente 1 registra, pelos relatos que lhe são feitos, a percepção da clínica quanto à dimensão de enfrentamento dos familiares exposta nos grupos, em situações que envolvem pacientes com HIV, o compartilhamento de dúvidas, os recursos para lidar com as dificuldades, registrando o surgimento, nessas ocasiões, de temas de muito interesse para serem trabalhados.

A vivência do cotidiano do hospital, além do intenso exercício da prática profissional, acaba por sensibilizar no estagiário o enriquecimento humano pelo compartilhamento das diferenciadas experiências de enfrentamento da doença e da própria luta pela vida. No depoimento:

aqui a gente vê coisas que nunca imagina que vão acontecer, não só em relação à situação de doença, mas com relação à história de vida, mesmo; pessoas com histórias de vida tão difíceis, mas ainda com seus recursos internos de enfrentamento, de querer superar (depoente 2, discente da UNAMA).

Essa mobilização influencia a perspectiva inicial de encarar o hospital como um local que “*tem toda essa mística de doença feia, de coisa contagiosa, que mexia comigo no começo*” (depoente 2), transformando-a à medida que o estagiário vai se integrando à rotina interna:

“eu costumo dizer que o Barros Barreto, com todas as doenças feias que ele pode ter, com todas as histórias difíceis que ele nos apresenta, pra mim ele é um convite à vida; essa experiência toda me serviu como um convite a valorizar a vida, a pensar coisas na minha vida” (depoente 2).

A relação de trabalho com os outros profissionais é valorizada, mas não ocorre de forma sistemática e articulada. “*O médico me chamou, pediu que eu fosse acompanhar o paciente dele, [...] com diagnóstico de HIV positivo [...], queria que eu avaliasse para saber se tinha condições [...]; achei muito interessante porque foi uma atitude do médico, de vir comigo [...]*” (depoente

1); inclusive o mesmo médico, para uma alta de outro paciente veio perguntar-lhe sobre o estado do paciente e as condições de liberá-lo. Mas,

“na DIP a gente sempre tá tentando conversar com o terapeuta ocupacional, o enfermeiro, o assistente social, os médicos, também; não tem um dia específico de reunir para conversar sobre isso; depende muito de cada profissional, querer trocar informações”(depoente 1). Em outro depoimento: “Eu não consigo perceber o trabalho interdisciplinar; a gente tem comunicação com outros profissionais, mas é uma coisa mais de solicitação; eu vejo que não é uma comunicação interdisciplinar, por exemplo, dificilmente tem um diagnóstico participativo, construção terapêutica participativa, isso não tem, é cada um fazendo o seu trabalho de forma individual”(depoente 2).

Apenas no CTI há relato da ocorrência de uma reunião semanal da equipe de saúde. Mas o contato com outros profissionais sempre é buscado, sobretudo com os médicos, para se obter um melhor entendimento do diagnóstico e da situação de cada paciente. O trabalho de equipe interdisciplinar, portanto, ainda se caracteriza como informal.

Cada clínica tem seu orientador de campo, psicólogo que trabalha no hospital, o qual, uma vez por semana, acompanha com os estagiários as visitas de forma a repassar as orientações adequadas no sentido da teoria psicológica; acompanha, ainda, os contatos dos estagiários com os médicos e participa das reuniões da equipe de saúde, quando acontecem. A supervisão também é feita semanalmente,

“nos dividimos em grupos pra ter a supervisão; a gente fala nosso caso clínico pra ela, do nosso paciente, as questões psicológicas que esse paciente traz, e ela com seu conhecimento maior acaba expondo coisas que a gente não enxerga durante o atendimento; a partir disso, ela orienta, cria rumos pra que a gente possa investigar”(depoente 4),

propiciando, assim, o “estudo de caso”, como um momento importante do ensino. Nessas reuniões de supervisão “a gente tem a oportunidade de informar o grupo de cada clínica; isso permite que a gente conheça a dinâmica de cada enfermaria”(depoente 6). Com todas as dificuldades, a estrutura do estágio tenta se fortalecer e assegurar um efetivo apoio ao aluno,

“a nossa supervisora nos orientou a não atendermos em clínica que não tivesse orientador de campo, ou que esse orientador já não tivesse uma boa experiência para nos orientar; acho que isso foi de uma responsabilidade incrível dela, porque, apesar de a gente ter a supervisão com ela semanalmente, mas quem está ali no dia-a-dia, resolvendo as broncas cotidianas é o orientador de campo” (depoente 2),

este, pois, um elo fundamental no engajamento do estagiário à prática diária no hospital.

Considerações Finais

Na análise do material levantado foi possível agregar algumas evidências ao problema que se havia constituído nesta pesquisa, ou seja, o diálogo sobre a noção da integralidade em saúde na formação do psicólogo, partindo das questões: a formação do psicólogo no contexto hospitalar está próxima da atenção integral? A prática clínica do psicólogo na relação ensino-serviço é um espaço de produção da integralidade?

Ao tentar responder tais questões busquei obter informação abrangente, sistemática e em profundidade sobre o tema, tendo como procedimentos de coleta de dados a entrevista, o questionário e a observação participante. O conjunto desses dados e informações levantados permite uma análise sob duas perspectivas: a primeira refere-se à apropriação da noção de integralidade em saúde pelos discentes e a segunda, como se configuram as condições no hospital para que ela ocorra, ou seja, como é revelado o fluxo de atendimento do usuário atendido pelo serviço.

Para o fundamento da noção de integralidade utilizada neste trabalho achei importante a visão proposta nos estudos de Canguilhem já discutidos no capítulo 1. O autor propõe uma reflexão filosófica sobre os métodos e técnicas da medicina a fim de conceituá-los para uma melhor e mais clara compreensão dos fenômenos patológicos humanos. Sua análise coloca o homem em um dado meio ambiente, o qual, porém, não é conformado sob as leis definidas pelas ciências, já que estas são abstrações, mas sim constituído por seres e acontecimentos que diversificam estas leis, tendo em vista o caráter dinâmico e polar da vida.

No bojo desta pesquisa, a noção de integralidade, na opinião predominante

dos estagiários a condição de uma vida saudável remete à manutenção da integridade biológica, social, cultural e psicológica, revelando, a princípio, a importância das dimensões político-econômica, sócio-cultural e bio-emocional no processo de saúde. Porém, quando procuram detalhar os determinantes do adoecimento apenas duas dessas opiniões evidenciam o significado de fatores sociais como péssimas condições de habitação, saneamento e controle de vetores causadores de moléstias, dificuldades de trabalho e educação, violência, além da ação do Estado nessa direção - políticas públicas coerentes com as necessidades da comunidade, campanhas educativas, entre outros.

A grande maioria prende-se a idéias conceituais genéricas de equilíbrio das diversas instâncias, ou ao controle dos fatores biológicos e emocionais como uma iniciativa do indivíduo em termos de cuidados com alimentação, exercícios físicos, comunicação interpessoal - o que traduz um privilégio do campo da biologia humana e o dos estilos de vida como principais determinantes do processo, em detrimento do meio ambiente, da subjetividade dos sujeitos, da organização da atenção e das condições sócio-político-econômicas da população.

Quanto ao entendimento sobre atenção integral em saúde, as opiniões convergem para uma intervenção em nível biopsicossocial, com assistência multiprofissional integrada. A partir daí acrescentam, cada um dos depoentes,

“práticas articuladas nos níveis municipal, estadual e federal”,
“nos três níveis: primário, secundário e terciário”, “de forma a promover a humanização na assistência”, “valorizando o cuidado com o paciente, com os cuidadores e com os familiares”, “incluindo políticas públicas que atendam o indivíduo e suas necessidades”.
(vários depoentes)

Percebem-se, portanto, duas compreensões diferenciadas sobre a integralidade - no plano teórico-conceitual uma percepção mais desligada do contexto real em que a atenção integral deve se processar e, ao mesmo tempo, no plano da intervenção propriamente dita um resgate dessa contextualização, quando apontam a responsabilidade da gestão política do Estado e reconhecem a importância do cuidado humanizado na assistência. De qualquer modo, não con-

seguem lograr um resgate mais completo dos condicionantes da prática da integralidade devido aos limites da formação acadêmica e à insegurança e in-experiência, observadas em diversos campos da Psicologia e não apenas no hospital.

Trata-se, na verdade, de uma dificuldade característica da transição da academia para o campo efetivo de trabalho do psicólogo, evidenciado pelo impacto sentido pelo estagiário no contato inicial com o ambiente hospitalar, não só pela complexidade de uma instituição como o HUIBB, mas pelo desconhecimento até então, nos limites do curso acadêmico, da realidade dos ambientes sanitários e, também, pela bagagem teórica desprovida de conhecimentos efetivos em Saúde Pública e Saúde Coletiva. Afinal, estes conteúdos ainda não estão formalmente inseridos na graduação universitária (UFPA e UNAMA), embora se encontrem presentes nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Psicologia. O que, sem dúvida, implica na necessidade da organização de currículos orientados para a transformação dos processos de trabalho, onde se discuta a relação dos conteúdos da saúde como preocupação coletiva de estudo, compreensão e intervenção, com o contexto de consolidação de modelos tecnoassistenciais inovadores em saúde.

Entende-se que os estágios de Psicologia envolvidos no estudo, mesmo com os avanços já aqui expostos, requerem maiores iniciativas propiciadoras da revisão dos conteúdos curriculares para que os alunos tenham acesso aos conhecimentos do funcionamento do SUS, atendendo as linhas de prevenção em instalações sanitárias da rede básica, numa gama de conhecimentos de Saúde Coletiva, a exemplo da experiência da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP), em Mato Grosso do Sul, citada no Capítulo 2 desta dissertação.

Na medida em que a mudança na formação profissional na área da saúde deve ser permanentemente renovada, dada a necessidade de adequação às demandas de um sistema de saúde que envolve sempre alterações, a consolidação desse processo requer, a meu ver, o enfrentamento de alguns desafios além da

implantação das diretrizes curriculares, como: a formação e educação permanente de docentes, a introdução de inovações pedagógicas no processo ensino-aprendizagem, a exemplo da aplicação de metodologias ativas, e a inserção dos docentes e alunos nas práticas próprias da rede de serviços de saúde.

Quanto à perspectiva de como se configuram as condições no hospital para que a integralidade efetivamente se concretize, o rito que serviu de observação das práticas clínicas alvos deste estudo, o chamado fluxo de atendimento aos pacientes constitui o foco principal da análise, conceito este explicitado no capítulo 1 e utilizado durante a pesquisa de campo. Pela minha observação os usuários do SUS chegam ao hospital encaminhados através das duas centrais de marcação de consultas e de internação do gestor municipal da saúde, pois, dado seu nível de complexidade tecnológica, o HUIBB não pode receber demanda não referenciada, ou seja, os pacientes com agravos menos agudos são atendidos na rede básica de saúde. A partir do ingresso do paciente o fluxo do atendimento psicológico pode ocorrer de várias formas - mediante as demandas originadas na equipe, através da visita psicológica nas diversas clínicas, além da procura espontânea do próprio paciente ou dos seus familiares durante as visitas psicológicas nas enfermarias.

Em se tratando das demandas originadas na equipe de saúde, no HUIBB há uma lógica das profissões em que os médicos, os enfermeiros, os assistentes sociais, os psicólogos, os fisioterapeutas e outros profissionais, com atuação direta na assistência ao paciente, conversam, articulam, trocam opiniões e pareceres, buscam apoio entre seus pares, mas dentro de cada segmento, percebendo-se que a equipe se movimenta fragmentadamente, embora possa ocorrer, pela experiência demonstrada, uma integração entre os profissionais de maneira informal na atenção aos pacientes. Pela visão dos discentes o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, no sentido do seu reconhecimento como estratégia essencial de atendimento, é, infelizmente, ainda pouco consistente como rotina institucional.

O predomínio do discurso médico sobre os demais, traduzindo a hegemonia

do orgânico sobre o psíquico e, mesmo, sobre o subjetivo, certamente conduz ao distanciamento da integralidade. Winnicott já considerava os diferentes papéis entre médicos e psicólogos e a própria pesquisa de campo quando realizada junto ao grupo de adesão indicava claramente essa distinção, mas ao longo da investigação já foi possível constatar um crescente interesse, sobretudo dos médicos residentes, na mudança desse quadro.

No hospital os estagiários de Psicologia buscam articular-se com os demais profissionais da equipe de saúde, ao perceberem a essencialidade desse contato como base e requisito de uma intervenção adequada para o êxito do cuidado.

A atuação do psicólogo freqüentemente é requisitada quando o paciente está “atrapalhando, perturbando” o trabalho curativo, sendo vista, portanto, ainda como “uma sanção normalizadora”, responsável por normalizar um estado de tristeza, de rebeldia, de exaltação. O que denota a necessidade dos demais profissionais de saúde assimilarem melhor o atendimento psicológico como uma parte essencial do cuidado e da atenção que o usuário requer como condição fundamental e humanizadora para a recuperação da saúde.

Apesar das múltiplas determinações do modelo hegemônico, centrado no ato médico curativo, o encontro do profissional com o usuário é um espaço aberto para a construção de novas práticas. Concordo com Merhy quando ele destaca esse espaço como lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde. É justamente no fato do trabalho em saúde se realizar numa relação entre pessoas que reside a potencialidade de construção de uma clínica diferenciada, voltada para as necessidades singulares do usuário.

A “clínica ampliada” depende do trabalho de cada profissional, mas significativamente da atuação conjunta dos diversos profissionais, da integração de diferenciadas práticas e saberes, da utilização de meios e ações terapêuticas plurais. No hospital atividades em grupo realizadas com pacientes adultos e crianças nas clínicas DIP e Pneumologia, visitas domiciliares do Programa de Atenção Domiciliar, bem como atividades em outras instituições e redes soci-

ais de apoio, como a atuação da Associação dos Amigos do HUIBB (embora não tenham sido alvo da pesquisa), incorporam esse conceito.

Assim, o fato da “clínica ampliada” depender de uma construção cotidiana do conjunto dos trabalhadores, de um trabalho em equipe e também de um processo de organização e gestão do trabalho que possibilite essa construção, conforme Ceccim, Capazzolo e Feuerwerker, me parece uma assertiva que gradativamente vai tomando corpo nos diferentes espaços do hospital, inclusive naqueles ocupados pela Psicologia, como uma proposta de alargamento da atuação do psicólogo para além da lida com a subjetividade descolada das questões presentes na sociedade, como analisam Vilhena e Oberg.

Quando as demandas têm origem na própria iniciativa do estágio, por meio das visitas psicológicas, a experiência no cotidiano do hospital público, independente da significativa contribuição para o exercício da prática profissional, propicia ao psicólogo em formação a construção autônoma de seu espaço de trabalho com oportunidades de ver, compreender e refletir sobre diferentes aspectos do seu desempenho, configurando uma conquista diária de reconhecimento. A aposta que se faz é que os processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos e capacitados para intervir na realidade com o objetivo de transformá-la, como é afirmado nos estudos recentes feitos por Franco. E a mudança gradual na aceitação do psicólogo como mais um componente importante da equipe de saúde passa a ocorrer na medida em que as respostas ao tratamento junto aos pacientes vão se tornando visíveis.

Por sua vez, ao observar as demandas espontâneas para atendimento aos pacientes oportunizadas pela sistemática das visitas psicológicas nas enfermarias, é possível perceber uma avaliação positiva dos próprios usuários sobre a atuação do Serviço de Psicologia do HUIBB, quando este possibilita um atendimento mais próximo das pessoas, facilitando a execução de exames e consultas mensais no hospital, além de um trabalho relacional importante de escuta e informação junto aos pacientes internados e aos seus familiares ou

acompanhantes, demonstrando um aspecto importante da integralidade na prática clínica, qual seja, a humanização do acesso aos serviços.

Outro elemento importante ligado ao fluxo de atendimento como determinante das condições para que a integralidade efetivamente se concretize no hospital, diz respeito às características predominantes nesse espaço. De acordo com Vilhena e Pinheiro o atendimento psicológico prestado nos limites de uma enfermaria, desprovida das mínimas condições de privacidade, remete ao processo de aprendizagem e discernimento do aluno quanto às peculiaridades da atuação da Psicologia em ambiente público, setting terapêutico diferente da clínica psicológica em ambiente privado.

A dinâmica hospitalar, fundada no modelo de rígida disciplina, hierarquia, controle e manipulação, destitui o paciente de qualquer privacidade. No hospital público onde predominam os ambientes coletivos essa realidade assume contornos ainda mais contundentes. Um ambiente devassado, um atravessamento de atividades profissionais, uma gama enorme de implicações, interferências e pluralidade de situações compromete os pacientes em suas defesas físicas e psíquicas.

Isto requisita uma forma de amadurecimento do psicólogo para atuar em situações adversas, nas quais o estagiário precisa recorrer a estratégias de escuta e intervenção capazes de garantir, quer no leito, quer em outros espaços improvisados, um cuidado na atenção em que o paciente possa se sentir acolhido, a despeito das inadequações estruturais das instalações. Por outro lado, o sucateamento generalizado do prédio hospitalar e de seus equipamentos contribui para agravar essas dificuldades identificadas na assistência como decorrentes das condições físicas do espaço de trabalho.

Essas questões me levam, então, a pensar se não seria um bom momento para se buscar um modelo, a partir da clínica institucional, que permitisse visualizar a especificidade própria de cada espaço de produção da saúde no hospital e destacar, em cada um desses contextos, os elementos visando uma outra organização. Um trabalho com este objetivo penso que seria indispensável

tanto para o serviço de psicologia no HUIBB, quanto para a orientação dos estagiários e profissionais, concebendo o conceito de provisão ambiental, da teoria winnicottiana, que remete para a idéia de uma atuação preventiva como uma solução buscada para a integralidade em saúde.

O imaginário social formado em torno do HUIBB como hospital vinculado ao tratamento de doenças infecto-contagiosas, como a AIDS e a tuberculose, para citar apenas dois dos agravos de maior incidência, reforça a identificação de um espaço em que tanto profissionais como pacientes se defrontam com as dificuldades de um processo de relação marcado por imagens tais como “prognóstico mortal” ou “fluxo para a morte”, que permeiam o cotidiano e, sem dúvida, interferem negativamente no processo terapêutico. Além das reações comuns de preconceito e discriminação que a lida com esses problemas desperta de parte a parte.

Apesar desses condicionantes, do que pude perceber no conjunto de relatos e observações do estudo, a vivência do cotidiano do hospital, além do intenso exercício da prática profissional, acaba por sensibilizar no estagiário o enriquecimento humano pelo compartilhamento das diferenciadas experiências de enfrentamento da doença, e da própria luta pela vida. Essa mobilização influencia a perspectiva de impacto inicial negativo do acadêmico de Psicologia frente ao hospital “de doença feia”, “de coisa contagiosa”, que incomodava no começo, transformando-a à medida que o discente vai se integrando à rotina interna.

A expectativa de aprender, desenvolver habilidades e competências que o aluno já traz deve ser compatibilizada com as demandas próprias do hospital. A supervisão do estágio tem essa missão, de propiciar as condições necessárias à formação pedagógica do aluno, nos limites e no contexto da estrutura e do cotidiano institucional.

É importante que as instituições de saúde, em especial o hospital, possam ser vistas como espaços de produção de tecnologias capazes de contribuir para a autonomia dos sujeitos doentes, e não apenas como espaço de treinamento

das práticas de ensino. Esta assertiva é compreendida como parte do trabalho em ato, que deve pressupor a noção de integralidade como sua essência e não do trabalho morto, reificado exclusivamente na teoria, sem redimensioná-la a partir da prática. A valorização da intersubjetividade como parte do processo de atenção em saúde, especialmente da práxis do psicólogo, pode abrir caminhos para a promoção de condutas mais interdisciplinares e integradoras.

O trabalho de supervisão do estágio inicia pelo preparo do aluno para transpor com sucesso a passagem da academia (mundo da educação) para a instituição hospitalar (mundo de trabalho), evidenciando que a relação ensino-serviço corresponde a espaço de produção de integralidade quando permite desenvolver a capacidade de compreender e intervir na realidade, com simultâneo favorecimento à autonomia do aluno como sujeito, ou seja, pelos modos de subjetivação do conhecimento e da prática. Acredito, portanto, que o estágio proporciona ações de integralidade na medida em que os alunos são preparados para atuar na realidade hospitalar, no sentido de analisar a dinâmica da instituição e conhecer o modo de procedimento dos profissionais.

O empenho efetivo do Serviço de Psicologia do HUIBB em assegurar apoio e orientação aos estagiários nas enfermarias é importante e decisivo na medida em que os profissionais de serviços, ou seja, os psicólogos responsáveis pelas clínicas são, também, preceptores dos alunos, demonstrando uma preocupação de articular a teoria e a prática como espaços constitutivos da integralidade em saúde.

No que concerne à gestão assistencial, também ela constitui um fator importante no estabelecimento de condições para a efetividade da atenção integral, embora encarada como uma competência bastante restrita de resolver os problemas do dia-a-dia da instituição, que não são poucos, como a superlotação de leitos, a falta de médicos em ambulatorios, nas enfermarias e, principalmente, muitas dificuldades com os equipamentos sucateados e a falta de recursos para reposição.

A discussão da integralidade na sua correlação com a gestão hospitalar, como

visto antes com Merhy e Cecílio, deve considerar que a coordenação desse processo não se dá numa linha de montagem do tratamento da doença, com vistas à cura, através da hierarquia e rigidez de papéis codificados, mas que se aperfeiçoa em arranjos institucionais que operam a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho, de forma a resultar em uma atuação mais solidária e concreta de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Porém, concordo com Ceccim, Capazzolo, Feuerwerker, realizar abordagens e intervenções mais amplas requer dos profissionais analisarem e refletirem sobre a racionalidade que orienta suas práticas, percebendo outras dimensões relacionadas ao processo de adoecimento e cura, entre as quais a gestão institucional, pelo seu papel de ordenação e coordenação do processo e do espaço de trabalho, desempenha um protagonismo impossível de ser desconsiderado.

Em minha opinião torna-se, pois, indispensável na discussão da integralidade em sua relação com a gestão hospitalar, entender alguns mecanismos que norteiam as redes de cuidado ao usuário e os resultados da pesquisa concordam com Merhy quando apontam a criação de pontos de contato entre as lógicas da profissão, como médicos, enfermeiros e demais profissionais, como necessários para que o cuidado se realize.

A coordenação “em ato”, contudo, envolvendo duas ou mais práticas ou saberes se caracteriza por uma situação tipo comando-execução, sobretudo na relação médico e enfermeiros/corpo de enfermagem. Tal comando é, em boa medida, modelado e conduzido pelo ato médico central que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica “principal”, estabelecendo uma relação de determinação da prática médica junto às demais práticas profissionais, não obstante a especificidade e um bom grau de autonomia das “profissões” não médicas. Esses pontos de contato ou canais, portanto, nem sempre são “livres”, bem definidos e vistos ou aceitos como regras do jogo institucional e, portanto, constituem fontes permanentes de tensões e disputas, como se observou nos depoimentos de profissionais durante a pesquisa.

Outro mecanismo é o papel quase “silencioso” da prática da enfermagem no

cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado, articulando e encaminhando todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisionando as condições de hotelaria, dialogando com a família, regulando a circulação do paciente entre as áreas, entre outros. Muitas vezes são as enfermeiras ou auxiliares que desempenham uma função de “maternagem”, que neutraliza a frieza e objetividade médicas, no que concordo com Vilhena, ao analisar Winnicott.

A compreensão dessas instâncias de poder no universo hospitalar assegura ao psicólogo condições mínimas indispensáveis ao êxito de qualquer proposta de intervenção na perspectiva da integralidade do cuidado. E se tal preocupação encontra-se centrada no período inicial do estágio, quando ao discente se propiciam conhecimentos sobre a história, o funcionamento e a operacionalização do hospital, não obstante, para a efetivação da assistência integral não é suficiente a apropriação desse conhecimento, senão também a participação do estagiário na construção coletiva de uma nova lógica de processamento do cuidado em saúde pela equipe multiprofissional, o que recomendo como um procedimento entre o Serviço de Psicologia e a estrutura dos estágios.

A própria lógica, em si, da produção do cuidado, e sua micropolítica “transbordam” o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, pois só podem ocorrer de forma transversalizada, percorrendo várias unidades de cuidado do hospital e, além deste, numa rede mais ampla de serviços, na qual o hospital é apenas uma estação - outras estão na rede de referência e contra-referência, não abordada neste estudo.

Ao entender a integralidade como resultante do trabalho multiprofissional é importante destacar a necessidade da introdução de conteúdos de Psicologia e de outras áreas de conhecimento como a Sociologia, a Antropologia, a Educação, a Saúde Coletiva, o Saber Popular, entre outros, na formação das equipes de saúde, de modo a possibilitar o envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade em estabelecer contato e abertura ao usuário, o seu compromisso em ofertar uma atenção integral, em utilizar todo o conhe-

cimento que possui para a produção do cuidado, em se responsabilizar pelo usuário.

Para ampliar a “escuta”, o “olhar” e a percepção dos profissionais é essencial, pois, a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos e, desse modo, são valiosas as contribuições desses diferenciados campos do conhecimento como acréscimos de referenciais e de espaços de análise para entender e lidar com o que acontece no momento do encontro com o usuário, com a dinâmica e com os afetos que aí são produzidos, com a subjetividade e com os aspectos relacionais da prática.

O estudo demonstra, assim, que a produção da integralidade na prática clínica do psicólogo no ambiente hospitalar observado é viável e mesmo desejável tanto pelo psicólogo em formação, como pelos demais profissionais da equipe de saúde, por haver uma consciência razoavelmente disseminada da importância do conjunto desses procedimentos para uma atenção mais humanizada e comprometida com o usuário como sujeito e para os distintos modos de subjetivação psicopatológicos, que constituem a categoria teórico-metodológica para uma eficácia psicoterápica.

Contudo, até pelo próprio caráter recente de introdução dos conteúdos de Saúde Coletiva, em especial a Epidemiologia, nos estágios de Psicologia no HUIBB, trata-se, sem dúvida, de um processo em plena construção. E se a Psicologia quer pelo trabalho dos profissionais atuantes, quer por meio do estágio formativo dos discentes, procura continuamente evoluir na aproximação a essa práxis, aspectos e etapas diversos precisam ainda ser vencidos, num exercício constante de elaboração e reelaboração de práticas coletivas e construção de dispositivos clínicos para dar conta dos modos de subjetivação psicopatológicos encontrados entre os sujeitos envolvidos, as quais não dependem de iniciativas isoladas, mas de apropriações conjuntas de conhecimentos e experiências dos vários profissionais mobilizados no atendimento em saúde.

A abordagem sobre atenção integral à saúde na formação de psicólogos tratada neste trabalho acrescenta aos determinantes sociais que promovem

a saúde o acolhimento e a humanização da atenção, o conceito de cuidado e de provisão ambiental, a subjetividade dos sujeitos e a valorização da sua cultura. Creio que nesse contexto os sujeitos dispõem mais facilmente de meios e mecanismos que lhes possibilitem viver o processo saúde-doença como experiências concretas e enriquecedoras sobre os modos de “levar” a vida, parafraseando Canguilhem.

Apêndice A

Anexo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

II . QUESTIONAMENTOS:

1) O que significa, para você, ter saúde? O que contribui para que as pessoas tenham saúde?

2) O que significa, para você, estar doente? O que faz com que as pessoas adoçam?

3) O que você entende por atenção integral?

4) Você conhece o fluxo de atendimento no hospital? Como estão inseridos a atenção psicologia e o ensino nesse fluxo?

Bibliografia

- BASTOS, Antonio Virgilio Bittencourt. O mundo das organizações e do trabalho: o que significa compromisso social para a psicologia? . In: SOUZA, Maurício Rodrigues de. LEMOS, Flávia Cristina Silveira(Org).Psicologia e compromisso social. Unidade na Diversidade. Escuta . 2009.304p.
- BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BRASIL. Decretos e Leis. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Também disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Leis/L8080.htm> >.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília: CFP, 2006.
- BRASIL. Resolução CNE/CES, nº 08, de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 18 de maio de 2004, Seção 1, p. 16 e 17. Também disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces0804.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2008.
- CABRAL, Paulo Eduardo . Interação ensino-serviço-comunidade: uma ferramenta para a integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATOS, Ruben Araújo (Org.). Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 57-69.
- CARACIOLO, Joselita M.M. SHIMMA, Emi. ADESÃO - Da teoria à Prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. Centro de Treinamento DST/AIDS.2007.289p.
- CARVALHO, Denis Barros de; YAMAMOTO, Oswaldo H. Psicologia e políticas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira.

- Psicología para América Latina: revista electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Psicología. Mexico, n. 0, ago. 2002. Disponível em: < <http://www.psicolatina.org/00/saude.html> >. Acesso em: 24.03.2008.
- CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2003.
- CAMON, Valdemar Augusto Angerami (org). O ressignificado da Prática e suas implicações na Realidade Brasileira. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami, et al. Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Thompson Learning, 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Saúde Pandéia (CAMPOS, G. W.) São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM, Georges. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antonio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de Saúde. Aracaju: SMS, 2005.
- CECCIM.R.B.; CAPAZZOLO.A. FEUERWERKER L.M.A. Educação dos profissionais de saúde: prática clínica como assistência e criação. In: MARINS, J. J. N: LAMPERT, J; Corre, G. A. Transformação da educação médica. São Paulo: Hucitec, 2004.
- CECCIM, R.B.; PINHEIRO, R. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação Universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 72-84.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (org). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ. IMS; ABRASCO, 2003, p.197-210
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. "Saúde como Direito de Cidadania e como Dever do Estado". Cadernos da ABRASCO - Associação Brasileira de

- Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1988.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Quem é o psicólogo brasileiro? São Paulo. EDICON. 1988.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. 2ª. edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO -CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR- Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia file://C:/DOCUME Sandra /CONFIG /temp/triJPGNI.htm.27/6/2006.
- CUNHA, G. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. Tese de Mestrado, Campinas: DMPS-UNICAMP, 2004.
- DELAPORTE, François. A história das ciências segundo G. Canguilhem. In: PORTOCARRERO, Vera (Org.). Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 23-41.
- DE LUCA, Renata. Inclusão: normalização? Colóquio do LEPSI IP/FE-USP: os adultos, seus saberes e infância, [São Paulo], v. 4, out. 2002. Disponível em: < [http : //www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid = MSC0000000032002000400018&script = sci_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032002000400018&script=sci_arttext) >. Acesso em: 15 maio, 2007.
- DIMENSTEIN, Magda. A Prática dos Psicólogos no Sistema de Saúde. In: I FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA. Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília: SUS, 2006.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. Texto. São Paulo: USP / DMP / FM, 2004.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro , Forense Universitária, 1986.
- FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. Interface: comunicação, saúde, educação, [S. l.], artigo 11, 2007. Disponível em: < [http : //www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo11.pdf](http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo11.pdf) >. Acesso em: 15 maio 2007.
- FRANCO, Túlio Batista. O processo de trabalho em saúde. In: CAPAZOLLO, Ângela et al. Unidade do trabalho e relações na produção do cuidado. Curso

- de formação dos facilitadores de educação permanente em saúde, [Brasília], p. 41-53, nov. 2004.
- FLEURY, Sonia, GIOVANELLA Lígia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). Política de saúde, o público e o privado. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1996.
- FREUD, Sigmund. Escritos sobre a Psicologia do inconsciente. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2004.
- GADELHA, C. Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio (cadeia complexa da saúde). Nota Técnica Final. São Paulo; Brasília: Unicamp/IE/NEIT; MDIC; MCT; Finep, 2002.
- GUATTARI, Félix. ROLNIK, Suely. Micropolítica: Cartografias do Desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- LEVY, E. S.; MOREIRA, A. C. G.; LEÃO, A. P. A escuta do sofrimento psíquico no CTI: o caso Milton. In: CONGRESSO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, 2, 2007, Belém. Anais..., Belém, 2007.
- LUZ, M. T.. Natural Racional Social: razão médica e racionalidade científica moderna. Campus, Rio de Janeiro, 1988.
- MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set/out. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf> >. Acesso em: 15 maio 2007.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. Disponível em: < http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf >. Acesso em: 15 mai. 2007.
- MEDEIROS, Patrícia Flores de; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. Psicologia: teoria e pesquisa, Revista da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [Porto Alegre], v. 21, n. 3, p. 263-269, set/dez. 2005.
- MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. Revista Saúde Debate. CEBES, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade?. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set.1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª edição, Brasília-DF, 2008.
- MINISTERIO DA SAÚDE. NOB- Norma Operacional Básica:Brasília/DF 1996.
- MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Clínica da Melancolia. Belém: EdUFPA, 2003.
- MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Projeto de pesquisa: Tratamento psicológico em hospital geral: contribuições da clínica de melancolia e dos estados depressivos. Belém: [s. n.], 2007. Mimeografado.
- MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Projeto de pesquisa : Modo de Constituição da subjetividade na Clínica da Melancolia. Belém: (s.n) , 2007. Mimeografado.
- MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Projeto de pesquisa: Relações de gênero, saúde e produção de subjetividade: Vulnerabilidade e Feminização da Epidemia do HIV/AIDS em Belém e Barcarena: (s. n). 2009. Mimeografado.
- MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. Belém: NUTES/UFRJ- UERJ- ENS/FIOCRUZ, 2003. 7 p. (mimeo).
- NETO, João Leite Ferreira . A formação do psicólogo, Clínica, Social e Mercado.São Paulo: Escuta: Belo Horizonte: Fumec/FCH, 2004.
- OBERG, Lurdes Perez. Do Rio das Vitruvianas a Galeria dos Desconhecidos: Um estudo. Psicologia social comunitária de Muzema, na cidade do Rio de Janeiro. Tese de doutorado. PUC- Rio de Janeiro. 2007. 198p.
- OLIVEIRA, Paulo de Tarso. Sofrimento Psíquico de Trabalhadores em Hospital Público: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP; FIOCRUZ. 1998.
- PASSOS, Eduardo e BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e Biopolítica no Contemporâneo. Revista de Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 16: 71-79. 2001.
- PIANI, Pedro Paulo Freire. A Integralidade na saúde: ordenamento jurídico e desafios de implementação. Paper. NAEA/UFPA, 2009.
- PINHEIRO, Roseni et al. Matriz Analítica das experiências de ensino da integralidade : uma proposição observacional. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM,

- Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2005. p.37-54 .
- PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. *Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade*. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 13-35.
- PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. *Operacionalizando a pesquisa: a trajetória e o fio condutor de construção da pesquisa*. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 55-66.
- PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. *UMA CASA COM PAREDES DE CRISTAL: A clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar*. Tese de doutorado. Orientador:Junia de Vilhena.PUC/RIO. 2003.
- PINHEIRO, Nadja. VILHENA, Junia de. *Nem público, nem privado, muito pelo contrário: sobre clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2008. Disponível em: < http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812008000100011&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 25 mar. 2008.
- SANTOS, Aline de Leo Malaquia. *Na Praia dos Mundos Sem Fim Mães e Crianças Brincam. Criando um espaço terapêutico para mães e bebês*. Tese de Doutorado. PUC/ Rio de janeiro 2005. 206p.
- SÁ, Elisa Vianna. *O papel do Hospital Universitário João de Barros Barreto-HUJBB no contexto amazônico*. Palestra proferida no I Congresso do HUJBB, Belém, 2004 (s. n.) Mimeografado.
- SANTOS, Andreza Mesquita. *A atuação do psicólogo em hospital: relato de experiência em enfermarias de um hospital do Sistema Único de Saúde*. 2007. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.
- SERPA JÚNIOR, Octavio Domont de. *Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de o normal e o patológico de Georges Canguilhem*. *Revista Psicologia Clínica*, revista do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Ensino da Saúde Coletiva na Graduação. Revista da ABEM, 2003.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot. Como fazer teses em Saúde Pública. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. Serviço de Psicologia. Belém, 2005. Word for Windows 7.0.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. Estágio supervisionado em Psicologia Social das organizações I e II. Belém, 2005. Word for Windows 7.0.

VILHENA, Junia de (org.). A clínica na universidade: teoria e prática. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

VILHENA.Junia.ZAMORRA, Maria Helena. O trabalho do psicólogo com comunidades:cultura e formação profissional.In: PSICOLOGIA CLINICA, PUC RIO v12,n1,PP.133-146- 2000.

WINNICOTT, D. O Ambiente e os outros Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.