



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ANDERSON DA SILVEIRA

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE NA FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS

Palhoça

2012

ANDERSON DA SILVEIRA

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE NA FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado ao curso de graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof^ª Ana Maria Pereira Lopes, Dra.

Palhoça

2012

ANDERSON DA SILVEIRA

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE NA FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado ao curso de graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Palhoça, 19 de junho de 2012.

Ana Maria Pereira Lopes, Dr^a.

Paulo Roberto Sandrini, Dr.

Fred Mendes Stapazzoli Jr, Msc.

Dedico este trabalho a Deus, meus pais, minha esposa e minha família.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos aos meus pais, João e Maria Neide, que desde cedo me ensinaram a viver com dignidade e me proporcionaram muitos momentos felizes; e pelo apoio que sempre deram aos meus estudos. Aos meus irmãos, Alexandre e Alex, sou grato pela amizade e companheirismo. Foi em meio destas quatro pessoas maravilhosas que eu aprendi a ser quem sou.

Agradeço à minha orientadora Ana Maria Pereira Lopes, que por meio do seu compromisso com a Psicologia, seja na docência ou nas questões políticas que envolvem a profissão do psicólogo, me proporcionou aprendizagens muito ricas que me vão muito além da experiência de sala de aula.

Aproveito este espaço para citar alguns nomes e lugares que não poderiam ficar de fora destas páginas. Meu muito obrigado aos meus sogros Alcides e Rosí por me acolherem com um filho tão querido [estendo este agradecimento a todos da nossa família, é que a folha é muito pequena, *risos*]; aos colegas da UnisulVirtual, sobretudo ao “amado povo da Tutoria” que foram os meus suportes para que eu tivesse tempo disponível para a realização da pesquisa. Aos meus amigos da Igreja Luterana da Paróquia de Palhoça; ao pessoal dos Terapeutas da Alegria; ao pessoal do Grupo de Jovens Despertai com quem aprendi muitas coisas, sobretudo ao Jefferson e ao Éder; aos meus colegas de curso; ao professor Pedro Santos do Boletim Informativo do Curso de Psicologia; ao Charles e a Elaine por me incentivarem a fazer este curso e especialmente às pessoas que pude atender durante as atividades de estágio.

Também quero agradecer ao Pastor Charles e a Marli, por sua amizade e carinho. Por mais estejamos distantes na estrada, no “coração” sempre estaremos perto.

Por fim [queria deixar o melhor por último], quero agradecer a Thamíris, minha esposa. Agradeço-te por compartilhar seus sonhos e projetos comigo. Talvez você seja a pessoa que entende – de forma mais completa – o quanto este é um momento impar na minha vida. Em breve nosso bebê chegará...

Enfim a todos que contribuíram na minha formação humana e acadêmica o meu muito obrigado.

Nós não vivemos num espaço neutro, plano. Nós não vivemos, morremos ou amamos no retângulo de uma folha de papel. Nós vivemos, morremos e amamos num espaço enquadrado, recortado, matizado, com zonas claras e escuras, diferenças de níveis, degraus de escadas, cheia de corcovas, regiões duras e outras friáveis, penetráveis, porosas.

Michel Foucault

RESUMO

Analisar os diferentes discursos presentes na formação dos psicólogos é uma tarefa que possibilita compreensões dos efeitos desses mesmos discursos nos futuros profissionais. Este estudo ocupou-se justamente disso – e mais especificamente – teve como objetivo analisar os discursos sobre a saúde presentes no currículo de um Curso de Psicologia do Estado de Santa Catarina. Buscou-se compreender como os discursos presentes no currículo conferem uma noção de saúde aos psicólogos, e como se dá a articulação entre a noção de integralidade com as disciplinas do curso. O caminho percorrido para o alcance destes objetivos foi orientado pela perspectiva metodológica desenvolvida por Michel Foucault, a arqueologia do saber e a genealogia do poder. Em relação aos procedimentos metodológicos, este estudo possui um caráter documental, utilizando como fonte de informação planos de ensino das disciplinas que compõem o Eixo Estruturante do curso de Psicologia analisado. De modo diferenciado ao que se tem denominado de pesquisa documental, neste estudo os documentos foram analisados na perspectiva de arquivo, procurando mostrar as racionalidades que acompanham os documentos. A partir da organização dos enunciados dos documentos foram estruturadas séries analíticas ou eixos de concentração dos discursos, que indicavam que a formação de psicólogos era estruturada em: (1) a autoridade médica e método científico, (2) previsão e normalização de comportamento, (3) transgressão aos discursos. Os currículos foram analisados, inicialmente, com a arqueologia, buscando-se conhecer como se formam os discursos que conduzem a uma objetivação do trabalho do psicólogo e depois, com a genealogia visando descobrir como se dá a objetivação dos sujeitos por meio das práticas que se desdobram desses discursos. Como resultados, pode ser constatado que os discursos que conferem uma noção de saúde aos acadêmicos do curso, estão pautados numa lógica importada do modelo biomédico, com forte presença dos métodos e conhecimentos sobre as medidas psicológicas. Tais discursos parecem conferir um misto de autoridade e cientificidade ao trabalho do psicólogo na direção da afirmação do biopoder. Na contramão destes discursos, está o modelo de saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde – SUS, denominado na presente análise como uma transgressão à ordem do discurso. A noção da integralidade parece conferir outros direcionamentos a uma estrutura inicial das disciplinas do curso, em oposição aos discursos da autoridade médica, método científico, previsão e normalização de comportamento. Tal noção se insere em meio às disciplinas do curso, como uma crítica/ruptura a uma noção de um sujeito fragmentado.

Palavras-Chave: Saúde. Formação de Psicólogos. Currículo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 PROBLEMÁTICA	08
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1 A(S) HISTÓRIA(S) DA SAÚDE.....	19
3.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	24
3.2 SOBRE O BIOPODER E A BIOPOLÍTICA	26
3.3 BREVE HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DOS PSICÓLOGOS E DA INSTITUIÇÃO DA PROFISSÃO NO BRASIL.....	31
3.3.1 O processo de regulamentação da profissão do Psicólogo	33
3.3.2 A formação dos psicólogos brasileiros e o diálogo com a saúde	35
3.4 O CURRÍCULO E A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA	37
4 MÉTODO	41
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	41
4.2 FONTES DE INFORMAÇÃO	42
4.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	44
4.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE.....	44
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
4.6 PROCEDIMENTOS.....	46
4.6.1 De seleção das fontes de informação	46
4.6.2 De coleta e registro dos dados.....	46
4.6.3 De organização, tratamento e análise de dados	46
5 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS	49
5.1 SOBRE OS DISCURSOS QUE CONFEREM UM CONCEITO DE SAÚDE AOS PSICOLOGOS	49
5.1.1 Sobre a saúde: a autoridade médica e o método científico	49
5.1.2 Sobre a saúde: a previsão dos comportamentos e a normalização das condutas	54
5.1.3 Sobre a saúde: a transgressão do discurso	57

5.2 SOBRE OS DISCURSOS QUE CORRESPONDEM AO SUJEITO DA INTEGRALIDADE.....	61
5.2.1 Sobre a integralidade: a autoridade médica e o método científico	61
5.2.2 Sobre a integralidade: a previsão de comportamentos e a normalização das condutas.....	64
5.2.3 Sobre a integralidade: a transgressão do discurso	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A – Lista de artigos utilizados na revisão bibliográfica	82

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA

A modernidade, a partir das suas práticas e discursos¹, sobretudo o discurso científico, possibilitou o nascimento do sujeito psicológico (PRADO FILHO; MARTINS, 2007). Tal novidade na história também pode ser associada com o advento da Psicologia como disciplina científica. Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005, p. 264), sintetizam como se deu o processo “cientificação” da Psicologia, como pode ser verificado a seguir:

a Psicologia tornou-se uma disciplina científica por meio das relações que se estabelecem entre Ciências Humanas e práticas sociais no final do século XIX, propondo-se a “descobrir” o que tornava os seres humanos sujeitos da razão. Ou seja, a Psicologia emerge dentro das condições de possibilidade que a *episteme* da modernidade industrial permitiu. Desse modo, a Psicologia volta-se para a consciência e institui um domínio da razão, dos processos conscientes e cognitivos que permitem ao ser humano saber quem é, de que maneira age e por que age de determinadas formas e não de outras para governar a si mesmo e tornar-se humano, sujeito da razão que difere daquilo que foi o solo de comparação: a espécie animal.

Logo, diferente daquilo que a história oficial pretendeu narrar, não é possível afirmar que psicologia moderna teve sua fundação com Wilhelm Wundt em 1879, mas antes disso se estabeleceu como um discurso possível através das práticas disciplinares advindas da necessidade de tecnologias do controle típicos de uma época histórica, onde a psicologia esteve voltada para o desenvolvimento de saberes sobre a individualidade humana. Ou ainda como afirma Rose (2008),

¹ O discurso geralmente designa, na obra de Foucault, um conjunto de enunciados que podem pertencer a campos diferentes, mas que obedecem, apesar de tudo, a regras de funcionamento comuns. Essas regras não são apenas linguísticas ou formais, mas reproduzem uma série de divisões historicamente determinadas (por exemplo a grande divisão razão/desrazão): a “ordem do discurso” própria de um período particular possui, portanto, uma função normativa e reguladora e estabelece mecanismos de organização real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas (REVEL, 2011, p. 41). Para Fisher (2001, p. 198-199) analisar o discurso seria estar atento as “relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas. nos discursos”. É neste sentido que o discurso será abordado neste trabalho, compreendendo que os discursos sobre a saúde, presentes na formação dos psicólogos podem ser localizados historicamente, por meio das práticas preconizadas nos currículos.

A psicologia como uma ciência moderna não foi formada nos corredores tranquilos da academia, nem no empirismo dos aventais brancos do laboratório e do experimento. Na verdade, a psicologia começou a se formar em todos aqueles locais práticos que tomaram forma durante o século XIX, no qual problemas de conduta coletiva e individual humanas eram de responsabilidade das autoridades que procuravam controlá-las – nas fábricas, na prisão, no exército, na sala de aula, no tribunal [...] (ROSE, 2008, p. 156).

A proposta deste estudo é o exercício de uma história da psicologia descentrada dos conteúdos produzidos no interior da ciência psicológica, ou seja, na compreensão da sua constituição/aparecimento como ciência, com efeitos dos seus discursos sobre os sujeitos. Análises que permitem tal compreensão podem ser vistas em Bock (1999), que baseada nos escritos de Antunes (1999) temporaliza a história da psicologia no Brasil da seguinte forma: “do **controle** do período colonial, para a **higienização** do início do século XIX, para a **diferenciação** no século XX” (BOCK, 1999, p. 319). Esta divisão histórica proposta por Bock (1999) demonstra que os saberes científicos estão imbricados com questões que fogem dos domínios das ciências, ampliando assim as possibilidades de uma crítica sobre um projeto de uma ciência neutra. Depreende-se do estudo destas autoras, que a psicologia, como qualquer outro saber, está de alguma forma implicada/tensionada em práticas sociais com finalidades bem definidas, como pode ser visto no processo de criação dos cursos de psicologia no Brasil e no reconhecimento da profissão.

Quando reconhecida como profissão, por meio da Lei n°. 4119/62, a psicologia apresentou para a sociedade brasileira o primeiro currículo de formação aprovado pelo MEC. As disciplinas elencadas nesse documento concentravam-se em três áreas: clínica, organizacional/industrial e educação. De certo modo, estas ainda são as três “grandes áreas” de formação dos psicólogos, que perduram 50 anos depois. A primeira proposta curricular estava centrada num modelo de prática individualista, e revelava um projeto de psicologia inerte às demandas sociais, comprometida com o *status quo*.

O Currículo Mínimo, aprovado no ano de 1962, determinou a formação dos psicólogos por mais de 40 anos, criando uma identidade profissional ligada principalmente ao campo da psicologia clínica, que só muito depois acompanhou as mudanças sociais ocorridas no país. A clínica individual no período do reconhecimento da profissão, sobretudo durante a Ditadura Militar, apareceu como um discurso do ajustamento das pessoas. Lembrando que esta foi uma época marcada pela individualização dos problemas sociais, para que se pudesse

esconder os problemas derivados do estado de terror instalado pelo Regime Ditatorial. Coimbra (1995) demonstrou que durante estes anos

o que predomina é o ‘reino do eu’, um eu sempre insatisfeito, exigente, tirânico e cheio de veleidades. O intimismo está, portanto, fundamentalmente ligado a uma cultura psicológica – onde tudo é reduzido ao psiquismo – e a uma cultura da interioridade – onde tudo é reduzido ao privado (COIMBRA, 1995, p.33).

Ao se fazer uma análise histórica da formação dos psicólogos, é possível compreender, que visando um projeto de modernização da sociedade brasileira, tal formação concentrou-se nos campos da indústria/organização, clínica e escola/educação. Isto permite constatar que mesmo antes de existir um currículo “formal” para os cursos de psicologia, existia uma “ordem do discurso” sobre a *psique* que parecia estabelecer estas áreas de conhecimentos e de práticas. Parece que tal ordem do discurso precedeu [e permaneceu] na seleção dos conteúdos que compuseram o primeiro currículo oficial do curso de psicologia. Uma psicologia constituída/instituída por saberes que podem ser identificados por uma “psicologia da disciplina”. Para Foucault (2010, p. 133) a disciplina é constituída de “[...] métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade [...]”.

Concomitantemente ao percurso da psicologia como ciência e profissão, bem como de questionamentos sobre a “ordem” presente nos discursos sobre a formação de psicólogos, a mudança do ordenamento jurídico posto pela Constituição Federal de 1988 trouxe diversas mudanças nas diretrizes de formação no ensino superior, especificamente àquelas formações ligadas à saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da militância do Movimento da Reforma Sanitária, a política de saúde no Brasil passou a ser norteada pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Estes princípios, sobretudo o da integralidade ampliaram as possibilidades do trabalho no campo da saúde em diversas profissões – inclusive da psicologia. Com o princípio da integralidade, entende-se que “o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990, p. 05).

É importante considerar que no momento histórico de regulamentação da profissão, não havia ainda uma política de saúde no Brasil, que pensasse a saúde de forma coletiva. Aliás, a saúde só foi considerada uma garantia universal 26 anos após a Lei 4119/62,

com a promulgação da Constituição Federal. Conclui-se desse modo que a psicologia foi reconhecida no Brasil num período onde predominava a saúde como um direito privado a poucas pessoas. Nesse novo cenário institucional de saúde, para que a atuação do psicólogo no âmbito da saúde pública fosse possível, era necessário “mexer” na formação. Foi necessária assim uma ruptura com os modelos curriculares propostos até então. Nessa esteira, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia de 2004 (DCN), artigo 4º, item a, destacaram que:

os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética (BRASIL, 2004).

Ao contrário do Currículo Mínimo que se estruturava sobre “[...] um conjunto de rótulos de matérias [...] em torno de conhecimentos/informações a serem transmitidos ao aluno” (BASTOS, 2002, p. 37), com um forte apelo à transmissão de conteúdos, as DCN propuseram um ensino por competências. Em face das DCN apontarem a necessidade do desenvolvimento de competências para a área da saúde, já são muitas as discussões sobre esta temática nos cursos de psicologia. Contudo, faz-se importante analisar como vêm sendo considerados esses conteúdos sobre saúde nos currículos², uma vez que os avanços alcançados no setor têm direcionamentos muito próprios de um período histórico pautado na economia, e para qual “corpos e mentes saudáveis” passam a ser necessários, especificamente no Brasil, em meio ao fim da Ditadura Militar, quando o país adentra em projetos que se articulam em torno do desenvolvimento econômico (MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2005).

Assim, se as mudanças no setor de saúde mostraram avanços qualitativos e quantitativos na oferta de serviços, e por consequência na formação de profissionais para saúde, por outro, faz-se necessário indicar que estes avanços não podem ocorrer desacompanhados de uma ampliação da crítica sobre a oferta destes serviços. As práticas de saúde, e seu alargamento nas últimas décadas, devem ser entendidos [também] como resultados de avanços no controle exercido sobre os corpos dos sujeitos, por meio do que

² Silva (1999) explicita a existência de pelo menos três teorias sobre os currículos: as teorias tradicionais, as teorias críticas e as pós-críticas. Para este autor, as teorias tradicionais “pretendem ser neutras, científicas e desinteressadas” (SILVA, 1999, p. 16), como se o processo de construção de um currículo seguisse apenas um curso tranquilo, sem embates ou interesses políticos, por exemplo. No entanto, as teorias críticas e pós-críticas “argumentam que nenhuma teoria é neutra, científica ou desinteressada, mas que está inevitavelmente, implicada em relações de poder” (SILVA, 1999, p. 16). Neste estudo, a visão sobre o currículo está pautada nestas duas últimas teorias.

Foucault (1988) chamou de biopoder. Numa sociedade do poder disciplinar, os sujeitos [individualmente] têm seus corpos preparados e docilizados para funcionar como máquinas. A esse poder disciplinar, o biopoder tem alcançadas as práticas biopolíticas, ou seja, o exercício de controle (poder) sobre os corpos de coletividades, onde os corpos são tomados em suas dimensões coletivas para práticas que aproximem ou preservem seu funcionamento. Assim, pode-se ter que os novos contextos de saúde como os proferidos pelo Estado brasileiro, inscrevem-se, ao mesmo tempo, em um cenário mais amplo de discursos, e são espaços de constituição de subjetividades, ou seja, delineiam a relação dos sujeitos com os seus corpos. Logo, é necessário investigar como os currículos dos cursos de psicologia, tem se constituído, não apenas para cobrir a lacuna deixada pela formação proposta no currículo mínimo de 1962, mas também enquanto veículo de formação mais ampliada sobre os contextos de saúde e suas influências sobre os sujeitos e seus corpos.

Entende-se que compreensões em tais amplitudes se fazem necessárias, a fim de se problematizar saúde e integralidade. Diante disso, especificamente na formação de psicólogos podem ser problematizados, quais serão os discursos que conferem uma noção de saúde aos estudantes do curso de psicologia? Será que as disciplinas deste curso estão articuladas com a proposta da integralidade? Existe no curso de psicologia alguma discussão sobre a atuação do psicólogo no vários níveis de atenção à saúde? É diante destas questões que se faz necessário perguntar: **Quais discursos sobre a saúde estão presentes no currículo de um curso de psicologia?**

1.2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa teve como objetivo analisar os discursos sobre a saúde na formação dos psicólogos, utilizando como material de estudo do currículo de um Curso de Psicologia de Santa Catarina. Tal análise do discurso foi realizada por meio das contribuições de Michel Foucault, para quem o discurso é composto por “[...] práticas que formam os objetos de que falam” (FOUCAULT, 2012, p.56). Considera-se que esse tipo de abordagem é útil para a compreensão do problema levantado pela pesquisa, uma vez que a formação dos psicólogos e os estudos sobre a saúde são temas complexos, com histórias permeadas por polaridades de forças, nos níveis teórico, político e econômico.

Falar sobre a saúde numa perspectiva foucaultiana é falar de práticas discursivas, aos exercícios cotidianos “[...] que dizem respeito 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. 263). Isto demonstra que os discursos sobre a saúde, por meio controle sobre os corpos, na perspectiva de sua disciplinarização, produzem sujeitos. Em meio a estes sujeitos da saúde estão os psicólogos, que atualmente são formados para serem “profissionais da saúde”, em outras palavras, produtores e operadores da saúde.

Para a compreensão de como a discussão sobre a formação dos psicólogos em relação à saúde vem sendo debatida em outras pesquisas, foram realizadas buscas em bases de dados³ com as seguintes palavras-chaves: Psicologia-Formação, Psicologia-Saúde, Psicologia-SUS e Psicologia-Currículo. Esta pesquisa foi realizada em outubro de 2011. Ao todo foram localizados 16 artigos⁴ com temas em torno da formação dos psicólogos na área da saúde em diálogo com o SUS. Apenas dois artigos debatem diretamente o currículo e a formação do psicólogo no campo da saúde. A seguir, serão apresentadas algumas discussões retiradas dos artigos pesquisados.

Ao fazer uma análise do currículo do curso de psicologia, Calais e Pacheco (2001) mostraram que existe um descompasso na formação deste profissional. Para estas autoras, os cursos de Psicologia têm ofertado uma visão fragmentada de homem, gerada pela falta de integração do próprio projeto do curso, que em grande parte é construído de acordo com os interesses dos docentes. Isto de certo modo é preocupante, uma vez que os projetos dos cursos deveriam ser organizados de acordo com as legislações educacionais vigentes no país e as demandas geradas pelas necessidades sociais. A afirmação de Calais e Pacheco (2001) abre precedente para se pensar que não existe uma neutralidade criação dos projetos de formação dos cursos de psicologia, mas que tensões motivadas por interesses pessoais também são fatores existentes na construção de um curso. Tais tensões estão permeadas pelas relações de poder, que se manifestam na possibilidade de algumas personagens escolherem quais disciplinas que deverão ser inseridas nos currículos.

Os estudos sobre a formação do psicólogo têm demonstrado a produção de uma psicologia descontextualizada com o social o que dificulta uma prática destes profissionais numa proposta de integralidade. Dimenstein (1998) apontou que existe uma lacuna muito

³ As Bases de Dados pesquisadas foram: Biblioteca Virtual de Saúde – BSV-PSI (www.bvs-psi.org.br) e a Scientific Electronic Library Online – Scielo (www.scielo.org).

⁴ A lista contendo os artigos pesquisados pode ser visualizada na seção apêndice desta pesquisa.

grande entre a realidade e as demandas sociais e os conteúdos estudados pelos acadêmicos durante a graduação. A formação acadêmica em psicologia pautou-se durante muitos anos numa visão de homem a-social, a-histórica e a-política (BOING; CREPALDI, 2010), o que contribuiu para que as fronteiras entre o homem idealizado pela psicologia e o “homem real” estivessem distantes. Estes impasses começam a ser notados, na medida em que os psicólogos se inserem nos serviços públicos de saúde.

Outro ponto que marcou a formação em psicologia é o modelo liberal de formação, onde predominou o modelo clínico individual⁵, inspirado nos modelos curativos (COSTA; OLIVO, 2009; FERREIRA NETO, 2010; PORTES, MAXIMO, 2010). Pode-se dizer que esta proposta de formação está relacionada com o projeto do curso de psicologia, proposto no currículo mínimo em 1962, quando a graduação em psicologia foi oficialmente instituída, juntamente com a profissão.

Benevides (2005) fez uma crítica ao modelo liberal de formação, segundo sua análise este modelo permitiu que existisse uma separação entre a clínica e a política. Este hiato entre as duas áreas, fez com que os problemas das pessoas fossem vistas apenas num plano individual, criando reducionismos, que dificultaram a inserção do psicólogo no campo da saúde, numa proposta integral. A individualização dos problemas de saúde também gera uma culpabilização do sujeito, como se ele fosse ao mesmo tempo vítima e causador dos seus problemas, conforme afirma Bock (1999), ao relacionar a figura do Barão de Münchhausen⁶ com a concepção de homem “criado” pela psicologia. Neste sentido, há que se pensar numa formação em psicologia que compreenda o fenômeno da saúde numa forma mais ampliada.

A inserção do psicólogo na saúde pública demonstra que a formação destes profissionais, ainda dista muito do necessário para uma atuação nesta área. Por não ter uma formação adequada às demandas em saúde, os psicólogos tentam adaptar – porém sem sucesso – o modelo de formação dominante aos seus postos de trabalho (COSTA; OLIVO, 2009). Para Dimenstein (1998, s/p) “o contexto atual dos serviços públicos de saúde requer

⁵ Conforme Castro e Bornholdt (2004) a prática individual em psicologia é uma ferramenta muito importante para a profissão. No entanto este tipo de prática não pode ser aplicado em qualquer contexto. Costa e Olivo (2009) chamam a atenção para o fato de que existe uma importação da prática clínica individual para os serviços públicos de saúde, sem a consideração das diferentes demandas exigidas por estes espaços. É neste sentido que é tecida uma crítica ao modelo em questão.

⁶ Bock (1999) utiliza a história do Barão de Münchhausen (1720 - 1797), que foi um personagem histórico da Alemanha, conhecido pelas mentiras que contava. Numa dessas histórias o Barão dizia que havia se afundado num brejo até o pescoço com o seu cavalo, porém ele sozinho conseguiu retirar a si mesmo e o seu cavalo do brejo, puxando-se pelos próprios cabelos. Para esta autora “a ideia de um homem autônomo, capaz de ‘puxar a si próprio pelos cabelos’ sintetiza a visão de homem liberal, presente em nossa ciência positivista (BOCK, 1999, p. 12)”.

novas habilidades dos profissionais e a universidade continua formando profissionais despreparados para atuar nesse campo”. A realidade da população que frequenta os serviços públicos de saúde é muito diferente das pessoas que são atendidas nos consultórios particulares. No entanto, parece que a maior parte das teorias desenvolvidas na psicologia ainda estão voltadas a explicar fenômenos relacionados ao segundo público.

Além dos problemas de adaptação de um modelo que não atende a demanda, o modo como os psicólogos são inseridos no campo da saúde é um tanto embaraçoso. Ceccim, et al. (2008), ao estudar os imaginários da formação em saúde no Brasil, demonstraram que muitos profissionais ingressam na saúde pública, porque veem neste campo uma possibilidade de estabilidade financeira, até que seja possível constituir uma clínica privada, e não por se identificarem com os princípios SUS. Isto fica explícito na fala de um psicólogo sujeito da pesquisa das autoras: “Ao sair da faculdade, quero ir para o público, pois isto é ter uma estabilidade financeira. Todo mundo quer, porque o mercado está mal, mas no privado é onde dá para crescer” (CECCIM et al., 2008, s/p).

Freire e Picheli (2010) demonstraram que existe uma grande dificuldade dos psicólogos que ingressam no campo da saúde pública, em compreenderem as políticas públicas, principalmente o SUS. O estudo destes autores demonstrou que a prática dos psicólogos sujeitos da pesquisa, muitas vezes é norteadada por valores pessoais, ao invés de se pautar nos princípios do SUS. As pesquisas de Ceccim (2008) e Freire e Picheli (2010), apontam para a necessidade de repensar a formação dos psicólogos para o campo da saúde, uma vez que os motivadores para o trabalho neste campo estão distantes das propostas debatidas na saúde pública.

Os déficits na formação em saúde apresentados até o momento tem dificultado que os psicólogos atuem de forma multidisciplinar, pois o modelo predominante de formação está formatado para um atendimento individual. Em contrapartida, a multidisciplinaridade vem sendo entendida como uma ferramenta necessária para a garantia do atendimento integral (FREIRE; PICHELI, 2010; COSTA; OLIVO, 2009). Por isso é importante que durante sua formação, o acadêmico de psicologia tenha a chance de atuar em espaços multiprofissionais. Porém, o que se observa é que os próprios serviços-escola de psicologia⁷ atuam distantes dos serviços-escola dos demais cursos da saúde, centrando-se na prática de atendimento da psicoterapia individual. Nesses serviços há pouca articulação com as políticas sociais

⁷ O Serviço-Escola de Psicologia é o local onde os alunos colocam em prática os conhecimentos apreendidos no decorrer da graduação. Em pesquisa bibliográfica realizada por Lopes e Silveira (2011), observou-se por meio da análise de 38 artigos, que 60% das práticas descritas nas publicações versam sobre triagem, psicoterapia e psicodiagnóstico. Com predomínio em práticas individuais.

presentes na comunidade, entre elas a de saúde (LOPES; SILVEIRA, 2011). Logo, nota-se que a distância entre as áreas da saúde, muitas vezes tem sua gênese dentro das próprias universidades.

Dos artigos listados, destacam-se as produções realizadas por Guareschi et al. (2009; 2010). Ambos, os estudos estão voltados para a análise dos currículos e programas de disciplinas dos cursos de psicologia do estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de compreender de que forma é conduzida a formação dos psicólogos no tocante à saúde. Desse modo, os dois artigos se configuram como motivadores para a presente pesquisa.

Guareschi et al. (2009) concluíram seu estudo indicando a necessidade de reestruturar os currículos de psicologia, de modo que passem a contemplar conteúdos que abordem a temática da saúde, uma vez que com a Portaria MEC-SUS 2118/2005 a psicologia passou a ser considerada como um curso da área da saúde. Já o estudo de Guareschi et al. (2010) apontam para a necessidade de “problematizar a construção do sujeito psicólogo, profissional da saúde que os currículos de Psicologia vêm produzindo, e os efeitos que podem vir a operar no cotidiano dos serviços de saúde (GUARESCHI et al., 2010, p. 01).

Além das problematizações sobre a formação dos psicólogos apresentadas na breve revisão bibliográfica, outros fatores podem ser considerados como justificativa para o presente estudo. O primeiro fator é a grande concentração de cursos de psicologia na região sul do Brasil e no Estado de Santa Catarina. De acordo com Lisboa e Barbosa (2009), a região sul do Brasil, caracteriza-se por ser a segunda região do país com maior concentração de cursos de formação de psicólogos, congregando 21,72 % dos cursos de graduação em Psicologia do país. Santa Catarina é 6ª Unidade Federativa com maior concentração de cursos de graduação, ou seja, 6,57% dos cursos de psicologia são ofertados neste Estado. Nessa direção, há de serem buscadas formações fundamentadas em problematizações, que permitam ao psicólogo elemento de reflexão sobre seu papel no tocante ao atendimento integral das pessoas usuárias dos serviços, mas ao mesmo tempo de interrelações desse serviço a uma política mais ampla.

Um segundo fator é o crescimento considerável de psicólogos que estão ingressando no campo da saúde pública, sobretudo após o declínio da procura de atendimentos psicológicos em consultórios particulares desde a década de 1980. No ano de 2007, o SUS já empregava cerca de quinze mil psicólogos (CAMPOS; GUARIDO, 2007, p. 82), um número ainda pequeno comparado às outras profissões da saúde. Contudo, conforme afirma Spink et al. (2007, p.75) “[...]após mudanças relacionadas às mudanças na organização dos serviços públicos de saúde, a partir da Lei 8.080 de 1990 [...]”, os serviços de saúde,

principalmente os conveniados ao SUS passaram a ser uma opção dos psicólogos para a inserção no mercado de trabalho. Em relação a isto a integralidade, uma vez sendo cumprida como princípio para atenção em saúde, poderá fazer do SUS um grande espaço para atuação de psicólogos, o que reedita a preocupação do setor saúde com a política que o envolve. A esse conjunto de condições acrescenta-se ainda que ao longo dos últimos dez anos, foram editadas diversas normativas do Ministério da Saúde que inclui o psicólogo em serviços de saúde, podendo ser exemplar dentre tais normativas aquela que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), na atenção básica e todo um conjunto de Portarias Ministeriais que insere o psicólogo na atenção especializada como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços DST-AIDS, e de Saúde do Trabalhador, e em atendimento a pessoas internadas domiciliarmente. A mais emblemática dessas resoluções pode ser o recente Decreto Presidencial 7508/2011, que coloca como condição para o financiamento de uma região de saúde, pelo Ministério da Saúde, a existência de uma Rede de Atenção Psicossocial. Diante estes contextos é que se torna relevante estudar os discursos sobre a saúde presentes no currículo de um curso de psicologia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os discursos sobre a saúde presentes no currículo de um Curso de Psicologia de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender como os discursos conferem uma noção de saúde aos psicólogos.
- Compreender como o discurso da integralidade é articulado nas disciplinas dos cursos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A(S) HISTÓRIA(S) DA SAÚDE

Não existe uma definição ou um conceito que consiga abarcar o termo saúde. Estudar este tema é deparar-se com valores culturais, religiosos, políticos, científicos, ou seja, é falar do homem, das condutas humanas e das suas mais diferentes formas de significar a vida e tudo àquilo que é vivido. A história mostra que a relação do homem com a saúde perpassa quase todas as formas de saberes ou teorias do conhecimento: o senso comum, mitológico/religioso, filosófico e científico (SCLIAR, 2005). Logo, pode-se afirmar que:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007, p. 30).

Assim, ao falar de saúde é necessário estabelecer contextos, haja vista a impossibilidade de encontrar uma definição universal sobre o tema, pois “a forma como as pessoas concebem saúde (conceito de saúde) não é algo ocasional, mas é construído historicamente e permeado por determinada ideologia” (KUJAWA; BOTH; BRUTSHER, 2003, p. 6). Ao fazer um pequeno percurso histórico sobre o conceito de saúde, observa-se que as explicações sobre os fenômenos relativos à saúde e doença estão sempre pautadas por diferentes discursos: mitológicos/religiosos, filosóficos, científicos, etc.

De acordo com Scliar (2007), na Antiguidade, a saúde era compreendida sob o olhar mágico, pois privados dos recursos que comprovassem uma relação de causa-efeito das doenças, “os povos primitivos explicavam a doença dentro de uma concepção mágica do mundo: o doente é vítima de demônios e espíritos malignos, mobilizados talvez por um inimigo [...]” (SCLIAR, 2007, p. 14). É interessante que desde os tempos mais remotos, aqueles que cuidavam das práticas de saúde, conhecendo as formas disponíveis de cura, ocupavam lugares distintos no meio social. Nas palavras do mesmo autor, “tratar a doença dá poder” (p. 19).

Desde a Antiguidade, a saúde, por meio das práticas e discursos que a atravessam produziu verdades sobre os sujeitos. Mas como será que um determinado discurso passa a possuir um caráter de verdade? Conforme explicam Nardi et al (2005, p. 1046),

[...] Foucault nos ensina que a verdade é produzida, reafirmando que cada época determina o que pode ser dito e pensado a partir dos “jogos de verdade”. Os jogos de verdade se referem ao conjunto de regras de produção da verdade, ou ainda, aos diferentes procedimentos que conduzem a uma verdade – um “regime de verdades”, que sustenta uma determinada forma de dominação.

Logo, os “regimes de verdades” sobre a forma como as pessoas concebem, o que é ter saúde, pode ser notado em diferentes épocas. Por exemplo, na Idade Média a Igreja Católica detinha o controle social, pautada numa lógica teocêntrica. Assim, a Igreja ditava o que era certo ou errado, calando sob pena de morte quem se dispusesse a enfrentar sua doutrina. O teocentrismo – discurso dominante – estabeleceu nesta época o “conceito saúde como uma benção de Deus” (KUJAWA; BOTH; BRUTSHER, 2003, p. 6). Essa mesma lógica “criou as bruxas”, que eram mulheres que utilizavam formas de curas alternativas àquelas propostas pela Igreja. Scliar (2007) lembra que, neste período, consultar um médico poderia ser considerado uma blasfêmia.

Ainda sobre a reflexão das mudanças ocorridas na noção de saúde, se a história fosse considerada de forma linear, poderia se dizer que a ideia de saúde proposta pela Igreja foi um retrocesso. Na Antiguidade, Hipócrates (460-377 a.C.) já havia sugerido uma explicação empírica para a saúde, que discordava do discurso mitológico, dominante na época. Segundo Hipócrates a saúde baseava-se no equilíbrio de quatro humores: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Este conceito foi considerado um grande avanço, por ter sido a primeira tentativa racional de explicar a saúde. Esta ideia fez surgir a compreensão de que fatores ambientais podem estar associados à doença, o que mais tarde se transformou na teoria de miasmas (SCLIAR, 2007). A teoria dos miasmas prevaleceu durante um longo período da história humana, como uma possibilidade explicar a origem das doenças e estabelecer práticas de saúde.

As variações da teoria do miasma encontram em outra teoria – a teoria do contágio – um elemento antagônico importante. A teoria do contágio foi citada na obra “*De contagione*, onde Girolamo Frascatoro propõe uma teoria lógica da infecção e intui a existência de agentes específicos para cada doença” (SCLIAR, 2005, p. 35). Para a teoria do

contágio a causa das doenças estava nas pessoas, e isto era o que justificava as internações, quarentenas e afastamento dos doentes para o controle da doença. Esta teoria foi reafirmada de forma mais pertinaz com as descobertas de Pasteur, que com o uso do microscópio conseguiu provar a etiologia de várias doenças transmitidas por microorganismos (SCLIAR, 2002). As descobertas de Pasteur produziram uma grande revolução para a saúde pública, mas também produziram alguns retrocessos. A questão era: se a causa das doenças são os microorganismos, então porque investir no meio social? Ora, certamente se encontra no centro da resposta a questão de que não somente a ciência daria conta de lidar com o adoecimento, mas este estava se tornando um problema social e político, em virtude de outro problema social e político: as sociedades se complexificaram e se tornaram produtoras, sendo assim a saúde passou a ser preocupação do Estado.

Foi somente no século XVIII, através das ações mobilizadas pelo que Foucault (1998) chamou de Medicina Social que a saúde passou a se tornar uma preocupação do Estado. Para este autor,

Desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período denominado pelo mercantilismo. O mercantilismo não sendo simplesmente uma teoria econômica, mas, também, uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderá pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros (FOUCAULT, 1998, p. 80).

Essa preocupação moderna dos países, do controle da produção, estabeleceu a necessidade de um controle da população. Isso fez com que os países começassem a registrar dados sobre a saúde das suas populações, tais como, taxa de mortalidade e natalidade, registros dos atendimentos médicos, controle de vacinações, etc. O enfoque sobre a saúde tinha um caráter de controle sobre os corpos, e conforme cita Foucault (1998, p. 80)

o controle da sociedade sobre o indivíduo não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

A compreensão de como a saúde, durante o século XVIII, esteve atrelada ao poder médico por meio de estratégias de controle do corpo social, permite a compreensão, na atualidade, das dificuldades encontradas em se propor uma noção de saúde que ultrapasse as barreiras do saber biomédico.

Durante o século XVII e XVIII, a Europa começa a passar por um êxodo das populações das áreas rurais para as cidades. Logo, começaram a surgir problemas sociais relacionados à falta de alimentação, comida e outras necessidades de caráter básico. Tentando atenuar os problemas de saúde da população, foram criadas algumas medidas de assistência à saúde aos pobres. Têm-se como exemplo a Lei dos Pobres, criada na Inglaterra entre os séculos XVII e XVIII. Mas, estas medidas foram insuficientes, devido a sua lógica compassiva (CAPONI, 1998/1999). De fato, “[...] só após 1845, quando os surtos epidêmicos começaram a atingir também os ricos e as massas desesperadas ameaçavam insurgir-se, providências foram adotadas” (SCLIAR, 2005, p. 82). Logo, somente quando o Estado percebeu que o controle social e a economia estavam ameaçados é que os pobres começaram a ser alvo de preocupação, e a saúde passou a fazer parte da agenda política internacional.

O século XVIII foi marcado por políticas de saúde que tinham por objetivo combater as doenças, guiadas por um modelo de saúde de base higienista. A noção de saúde como ausência de doença é um conceito que perdurou dominante até o final da Segunda Guerra Mundial. Em 1945, com o término da Segunda Grande Guerra, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) com a missão de manter a paz mundial (KAHHALE, 2003). A ONU, por sua vez, criou em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão responsável para propor políticas de saúde na esfera internacional. Um ano após sua criação, a OMS propõe um novo conceito de saúde para os seus países membros. A concepção de saúde estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a saúde é “completo bem-estar biopsicossocial e não apenas ausência de doença” (KAHHALE, 2007, p. 165). Em 1948, a ONU através da Declaração dos Direitos Humanos, assinada por diversos países, incluindo o Brasil, afirmou que a saúde é um direito de todas as pessoas (KUJAWA; BOTH; BRUTSHER, 2003, p. 11).

Apesar de se constituir como um avanço para as políticas de saúde de diversos países, a concepção de saúde da OMS também é alvo de críticas, principalmente pela expressão “completo bem-estar”, que transformou o conceito como algo utópico e estático, conforme a análise de Kahhale (2003). Para esta autora,

a vida humana desenvolve-se numa situação dinâmica e intermediária entre o bem-estar, traumatismos, patologias agudas e/ou crônicas e mal-estar. A saúde é um reflexo das capacidades de tolerância, compensação e adaptação de cada indivíduo, dos grupos e da sociedade em geral frente às condições ambientais, sociais, políticas e culturais nas quais estão inseridos. Dentro desta perspectiva, saúde é uma condição de equilíbrio ativo entre o ser humano, seu ambiente natural, familiar e social (KAHHALE, 2003, p.166).

Scliar (2005), afirma que o conceito proposto pela OMS é pouco operacional, pois a expressão “bem-estar” é muito subjetiva e serve “antes como um ‘alvo horizonte’ do que um alvo concreto” (p. 94). Para o autor, saúde e doença não são entidades separadas, mas que fazem parte de um processo *continuum*. É este *continuum* que possibilita diferentes tipos de intervenção, “[...] desse modo, ao individuo sadio podem ser dirigidas medidas de prevenção primária: promoção de saúde (educação em saúde, saneamento básico, nutrição adequada) e proteção contra doenças (vacinas)” (SCLIAR, 2005, p. 95).

Como não existe uma definição que possa sintetizar o conceito de saúde, a OMS tem promovido Conferências Internacionais para debater e elaborar propostas de políticas e ações sobre o tema. Neste sentido, foram realizadas conferências de Alma Ata/URRS em 1978, Otawa/Canadá em 1986, Adelaide/Austrália em 1988, Sudsvall/Suécia em 1991, Bogotá/Colombia em 1992 e Jakarta/Indonésia em 1997 (KAHHALE, 2003). A partir das transformações colocadas pelo debate internacional em saúde e o conceito da OMS, podem ser identificados campos de tensionamentos importantes, para a ideia de que saúde é relacionada a um campo de disputas políticas do qual faz parte o sujeito.

Como se pode observar, saúde é um termo polissêmico, que só possui sentido dentro de um determinado tempo e espaço. Conforme afirma Lopes (2011, p. 48),

qualquer definição do que seja saúde será o esforço de identificar parâmetros colocados pelas práticas sociais, econômicas e políticas refletidas pelas tensões que aí se fazem presentes. Assim, saúde, e do mesmo modo sua conceituação, são condicionadas pela análise das práticas sociais, a partir da intermediação dessas pelo Estado.

Diante disso, salienta-se que os diferentes discursos sobre a saúde incidem sobre os sujeitos, e a partir da identificação dos sujeitos com estes discursos são produzidas subjetividades (PRADO FILHO; MARTINS, 2007). Neste sentido, é na relação com os discursos sobre a saúde, que o acadêmico do curso de psicologia construirá suas práticas, tornando um sujeito

da saúde. Daí a importância de debates sobre este tema durante a formação. Pois, é na medida em que o sujeito conhece é que ele poderá desenvolver sua autonomia.

3.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto das lutas protagonizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, que garantiram ao cidadão brasileiro a saúde como um direito universal. Conforme versa a Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para um entendimento das propostas políticas preconizadas pelo SUS, será realizada uma pequena trajetória das políticas de saúde pública no Brasil. O ponto de partida será o período da história política do Brasil, conhecido como Primeira República (1889-1930). Foi neste período que surgiram os primeiros serviços e programas de saúde em nível nacional, que possuíam as seguintes características: controle centralizado pelo governo federal, poder tecnocrata, repressivo e com ações médicas individuais, predomínio do pensamento norte-americano (KAHHALE, 2003). Relacionado a essa lógica, no Brasil, a preocupação com a saúde pública só ocorreu quando as epidemias começaram a atrapalhar o sistema econômico (SCLIAR, 2002).

Entre as décadas de 1930 a 1950, o governo brasileiro foi marcado pelo populismo da Era Vargas. Conforme descreve Kahhale (2003, p. 177) “Getulio Vargas criou os institutos de seguridade social, organizados por categorias profissionais”. Estes institutos, também conhecidos por IAP’s – Institutos de Aposentadoria e Pensões subsidiavam os seus próprios serviços de saúde. Deste modo, só tinham direito à saúde aqueles que contribuíam para algum IAP. Para Da Ros (2006) as políticas de saúde do país nessa época transitavam de uma lógica do sanitarismo-campanhista, em um modelo centrado na atenção à doença, vinculado aos IAP’s. Da Ros (2006) lembra que o restante da população ficava desassistida,

“a população pobre dependia dos hospitais de caridade, Santas Casas de Misericórdia, normalmente, sob a responsabilidade da Igreja” (p.50).

Durante o Regime Militar, houve a consolidação no país do modelo médico-industrial. Nesta época, o governo concedeu empréstimos para a construção de hospitais no setor privado, com dinheiro retirado da Previdência. Estes empréstimos tinham prazos para o início do pagamento de até 10 anos, e aos empresários não eram cobrados juros nem correção monetária sobre o valor emprestado (DA ROS, 2006). Além disso, o governo tomou uma série de decisões que fizeram com que a saúde brasileira entrasse em colapso. Dentre elas destaca-se a redução do orçamento do “[...] Ministério da Saúde de 8% para 0,8% permitindo o ressurgimento de epidemias relativamente controladas (DA ROS, 2006, p. 52). A saúde pública brasileira, a exemplo da sua política ditatorial estava em processo de falência. Kujawa, Both, Brutsher (2003, p.18) fazem uma síntese da saúde neste período com a seguinte descrição: “As políticas desenvolvidas pelos militares vão reforçar o modelo de saúde capitalista que priorizou hospitais, os remédios e reforçou o modelo de atendimento somente a quem contribuía com a previdência”.

Para Da Ros (2006), até o ano de 1985, o sistema médico-industrial, defendido no período da ditadura ainda tinha um grande poder sobre as políticas de saúde brasileiras. Após 1985, o processo de redemocratização do país possibilitou o aparecimento de um “equilíbrio de forças” (p. 55). Neste período, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) foi fundamental para o surgimento de uma nova proposta de saúde. O MRS tinha como proposta uma “[...] nova concepção de saúde que atendia aos anseios dos movimentos sociais e da população em geral, de que os brasileiros são cidadãos e, por isso, sujeitos de direito e entre estes está à saúde” (KUJAWA; BOTH; BRUTSHER, 2003, p. 19), e mais recentemente com o Decreto 7501/11.

No ano de 1986, o Movimento da Reforma Sanitária apresentou a proposta do Sistema Único de Saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde. Dois anos após a aprovação na VIII Conferência Nacional de Saúde, as propostas do SUS são asseguradas na Constituição Federal de 1988. Porém, o SUS só seria finalmente regulamentado com as Leis 8080/90 e 8142/90 (SCLIAR, 2002; KUJAWA; BOTH; BRUTSHER, 2003). O SUS tem como princípios: a universalidade, integralidade e a equidade. Estes três princípios (1) garantem a saúde como direito de todos, (2) que todo o ser humano deve ser respeitado na sua diversidade e que (3) todos têm direitos à saúde, de acordo com suas necessidades particulares.

Dentre os princípios fundamentais do SUS, destaca-se a Integralidade. Este princípio preconiza que o ser humano deve ser visto de forma integral, em uma dimensão bio-psico-social. O princípio da integralidade vai além da visão reducionista de saúde, que compreendia esta apenas como a ausência de doença. Neste sentido, o Estado, ao garantir a saúde como um direito de todos, deverá se preocupar em promover, proteger e recuperar a saúde do povo brasileiro. A mudança na concepção de saúde e o conceito de integralidade ampliaram as possibilidades do trabalho no campo da saúde, fazendo com o que o profissional da saúde olhe os sujeitos não somente “[...] com o olhar da sua especialidade, mas sim, que consiga dialogar e olhar o sujeito como um todo” (GUARESCHI et al., 2010, p. 96).

A instalação SUS tem ocorrido no Brasil em meio a conflitos, debates e lutas de toda a ordem, pois o SUS possui como princípios, discursos que estão na contramão daqueles oriundos do sistema capitalista, ao propor a saúde como um direito universal. O alcance tardio de tal direito é resultante do modo como a saúde foi conduzida neste país desde os tempos do seu descobrimento. Porém, isso não foi o suficiente para impedir que o setor privado [herança dos sistemas de saúde anteriores] continuasse a atuar em paralelo com a política proposta pelo SUS, forçando em alguns momentos acordos entre o setor público e privado.

3.2 SOBRE O BIOPODER E A BIOPOLÍTICA

Michel Foucault analisou a sociedade contemporânea por meio das relações de poder. Apesar de ser um analista da sociedade moderna e contemporânea, em seu texto “O sujeito e o poder” (1995, p. 232), afirmou: “não é o poder, mas o sujeito, que constitui o tema geral da minha pesquisa”. No entanto, a partir das suas reflexões sobre o poder, Foucault deixou um campo de possibilidades de novas interpretações sobre como os sujeitos se constituem por meio das práticas e dos discursos sociais.

Para Foucault o poder é um fenômeno que sempre ocorre numa relação, ou seja, “só há poder exercido por ‘uns’ sobre os ‘outros’; o poder só existe em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidade esparso que se apoia sobre estruturas permanentes” (FOUCAULT, 1995, p. 242), sendo que a forma como o poder se exerce é sempre uma “[...] ação sobre a ação” (p. 243). Logo, pode-se dizer que “ao agir sobre a ação”, o poder tem como meta assegurar determinados comportamentos, modificá-los ou até mesmo

extingui-los. Em síntese o poder é estabelecido dentro das possibilidades das relações buscando formas de controle sobre o corpo.

Com a sociedade moderna, caracterizada por Michel Foucault como a passagem da predominância de um poder soberano, dos éditos reais ao poder do Estado, o poder passou a aparecer sob a forma de um biopoder – poder sobre a vida – que se divide em dois polos: um poder individualizante (poder disciplinar) e um globalizante (biopolítica).

O biopoder pode ser considerado como um processo de estatização do biológico (SCILESKI; GUARESCHI, 2010), uma mudança na forma de governar a vida das pessoas ocorrida na sociedade, que passa de um modelo do soberano, no qual o poder estava concentrado na figura do rei, para um poder do Estado, por meio do qual o poder passou a circular, de forma capilar, entre as diversas instituições disciplinares. Esta mudança de governo implica ainda, numa passagem do direito do soberano de matar ou deixar viver, para um novo direito de “fazer viver e de deixar morrer” (FOUCAULT, 1999, p. 287).

A forma como o poder se estabelece sobre os indivíduos foi identificado no pensamento foucaultiano como poder disciplinar ou anátomo-política. A disciplina é um tipo de poder individual que incide sobre os sujeitos, através de “[...] métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade [...]” (FOUCAULT, 2010, p. 133). Foucault (2010) lembrou que os processos disciplinares já ocorriam no interior de algumas instituições – conventos, exércitos, oficinas, etc. No entanto, foi durante os séculos XVII e XVIII que as disciplinas passaram a se transformar em formas de dominação.

No final do século XVIII, houve o surgimento de uma nova técnica de poder, não mais individual, mas que buscou o controle de coletividades. Trata-se da biopolítica. Conforme afirma Foucault (1999, p. 289):

Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez cosoante o modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante, se vocês quiserem, que se fez na direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie.

Com a biopolítica, os métodos de controle não se encontravam mais direcionados para a análise das variáveis tempo e espaço, mas, o controle da população se deu por meio do registro de dados como taxas de natalidade, óbitos, reprodução, etc. Nesta lógica, o governo

da vida, voltou-se para uma necessidade do Estado de preservar a sua própria força, onde “aumenta-se a vida, controlam-se seus acidentes, limitam-se suas formas de deficiências” (SCILESKI, GUARESCHI, 2010, p. 170).

O estabelecimento da biopolítica ocorreu sobremaneira com o advento da normalização do saber médico, por meio daquilo que Foucault (1998) chamou de medicina social. Tal fenômeno, principalmente na Alemanha do começo do século XIX, fez com que surgisse a ideia de uma normalização do ensino médico. É por isso que Foucault (1999, p. 83), diz que “a medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização”. Mas porque ocorreram estes acontecimentos? Por que um controle do corpo? E porque a medicina? Para Foucault (1998) estes eventos se explicam, na medida em que se compreende que,

o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (Foucault 1998, p. 80).

A partir da compreensão do biopoder nas suas dimensões disciplinar e biopolítica, surgiu com o Estado Moderno, uma racionalidade política que Foucault (1999) denominou de poder pastoral. O poder pastoral é uma forma de poder que o “[...] Estado Moderno ocidental integrou, numa nova forma política, uma antiga tecnologia de poder, originada nas instituições cristãs” (FOUCAULT, 1999, p. 236). Esta modalidade de poder “[...] estava focada no desenvolvimento de um saber sobre o homem que em torno de dois polos: um globalizador e quantitativo, concernente à população; outro analítico, concernente ao indivíduo” (FOUCAULT, 1999, p. 237). Assim como o pastor detinha um conhecimento sobre o seu rebanho e suas ovelhas, o Estado passou a estabelecer uma relação similar com os sujeitos, por meio do biopoder.

Uma melhor compreensão da relação entre o a biopolítica (regulamentação) e o poder disciplinar (Anatomopolítica do corpo humano) é apresentada a seguir a Figura 1:

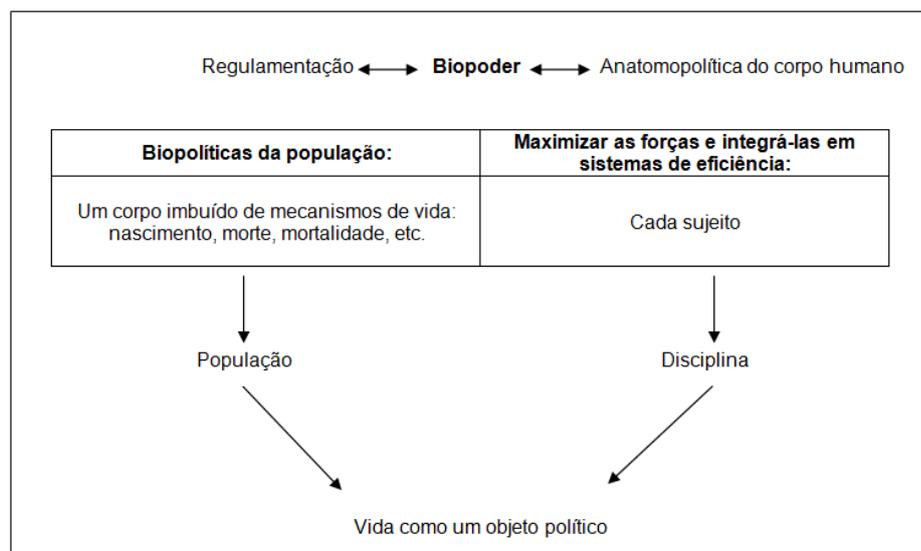


Figura 1 - Diagrama de Nikolas Rose, proposto a partir de uma leitura do capítulo “Do direito de morte e poder sobre a vida” do primeiro volume da História da Sexualidade de Michel Foucault.

Fonte: Scileski e Guareschi, 2010, p. 170.

Na Figura 1, pode-se observar que o sujeito é alvo do biopoder, por meio de leis e ao mesmo tempo enquanto envolto em exercício de anatomopolíticas de controle individualizante sobre seu corpo. Esse processo se dá numa dimensão biopolítica, como um ser social, que torna o sujeito parte de uma população, e que aparece nos anuários e estatísticas do Estado e suas instituições. Do mesmo modo, este biopoder incide de forma individual em cada sujeito, através da disciplina. Com a ação da biopolítica mais a disciplina incidindo sobre o sujeito, tem-se a vida como um objeto político.

Conforme visto, com as ideias de Michel Foucault, têm-se visibilidades da vida como um objeto político, investida de poderes que atuam sobre o sujeito enquanto um ser individual e coletivo. É nesta dinâmica que atua o biopoder. Logo, a saúde pode ser compreendida como uma estratégia da biopolítica, e entendida como um governo da vida realizado pelo Estado, que incide [não mais sobre os territórios] sobre a população (SCISLEKI; GUARESCHI, 2010). Este poder utiliza-se da tecnologia do biopoder, “tecnologia do poder sobre a ‘população’ enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de ‘fazer viver’.” (FOUCAULT, 1999, p. 294).

A incidência do biopoder sobre os sujeitos produz modos de vida, o conduz para uma compreensão de que a saúde é uma produção social, devidamente localizada no tempo e no espaço, regulada num embate de práticas e discursos. Pode-se dizer que a saúde, é ainda nos tempos atuais, marcada pela norma da “saúde ausência de doença”. Foucault (1999, p.

302), afirma que “a norma é o que pode se aplicar tanto a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar”. Na continuidade daquilo que se afirmou anteriormente ser o biopoder, a norma é o elemento que circula entre o poder disciplinar e a biopolítica. Foucault (1999, p. 302) afirma que:

A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante ao jogo duplo das tecnologias da disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra.

Revel (2011), afirma que o surgimento da norma corresponde ao surgimento do biopoder, e aos modelos de governamentalidade, que se deram da passagem do poder jurídico dos séculos XVII e XVIII, ao poder médico, ou o nascimento do que Michel Foucault chamou de Medicina Social. Na medicina social o poder do médico vai muito além da doença e do doente. A partir do que Foucault chamou de biopoder, passou a ser aplicado ao conjunto da sociedade divisões por meio de normas, gestão de comportamentos e modos de vida (REVEL, 2011).

Ao falar das relações de poder, Foucault (1995) também refletiu sobre como os sujeitos podem resistir ao poder. De fato, o autor propõe a resistência “[...] de modo a esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos utilizados” (1995, p. 234). Para Foucault (1995, p. 235), a resistência – que pode ser considerada como uma forma de transgressão ao discurso – atua sobre o poder que:

[...] aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz os indivíduos sujeitos.

Deste modo, ao resistir ao poder, os sujeitos podem buscar novas formas de existência no mundo, diferentes daquelas que estão postas, quando para Foucault (1995, p. 239):

Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos deste ‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder modernos.

Esta transgressão pode ser pensada na área da saúde, quando, por exemplo, são propostos novos olhares sobre os sujeitos, que respeitam a sua integralidade, e que conseqüentemente negam uma naturalização dos fenômenos relativos à saúde destes.

3.3 BREVE HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DOS PSICÓLOGOS E DA INSTITUIÇÃO DA PROFISSÃO NO BRASIL

Os discursos sobre o homem como um sujeito possuidor de uma interioridade/psique surgiram no Brasil durante o período colonial (ANTUNES, 2007). Quando tais discursos ainda não haviam sido formalizados em torno de uma ciência [ou profissão] psicológica. Até o início do século XIX, a psicologia ainda era um conhecimento que estava “no interior de outras áreas do saber” (ANTUNES, 2007), sendo a medicina e a educação as duas principais áreas do seu desenvolvimento.

O século XIX foi assinalado por mudanças significativas no cenário político nacional, com a vinda da família real para o Brasil em 1808, marcado pelo controle da população, que vivia em condições precárias. Para que o poder império se estabelecesse de forma eficaz,

Era necessário buscar o controle, não apenas de problemas e epidemias, mas também da conduta humana. A isso acrescenta-se que a ideologia burguesa colocava no indivíduo o fundamento de uma sociedade baseada na propriedade privada, portanto pessoal e individual; fazia-se necessário, pois, compreender o homem nesta dimensão (ANTUNES, 2007, p.33).

Neste contexto, os discursos sobre o sujeito numa dimensão psicológica, foram utilizados para o controle dos sujeitos numa dimensão individual passaram a ser estabelecidos, visando o progresso econômico e a organização do estado. Os saberes “psi” durante o Período Imperial serviram de base para práticas psiquiátricas de cunho higienistas,

afastando os “loucos” dos centros urbanos por meio da criação de espaços de exclusão, como foi o caso dos hospícios. O projeto higienista consistia em retirar da sociedade todos aqueles que não pudessem contribuir para desenvolvimento do capital, ou seja, os pobres, os negros e demais povos que viviam de forma indigna (ANTUNES, 2007).

Em contrapartida, a massa social que poderia ser produtiva para o Estado, passava por um processo de disciplinamento diferente, onde a medicina saía de cena para a entrada da educação. Na área da educação, “a psicologia” contribuiu no estudo das questões referentes à aprendizagem, quando havia “uma crescente preocupação com os fenômenos psíquicos, especialmente no que diz respeito aos métodos de ensino, pois estes remetem à necessidade de conhecimento sobre o educando” (ANTUNES, 2007, p. 25). Nessa mesma direção, para Foucault (2010) os conhecimentos sobre os fenômenos psíquicos permitiram às instituições de ensino, o exercício de um poder que fabricou indivíduos dóceis. Para o autor (p. 164) “o sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame”.

O final do século XIX e o início do século XX foram marcados pelo processo de institucionalização da psicologia, que aos poucos, passou a se diferenciar da medicina e da educação. Nos hospícios foram surgindo “laboratórios de Psicologia como instâncias auxiliares ao trabalho médico” (ANTUNES, 2007, 105), o que demonstra que as duas áreas estavam se diferenciando. Se por um lado a psiquiatria continuava preocupada com racionalidades psicopatológicas sob a perspectiva orgânica, a psicologia já começava a vislumbrar uma possibilidade da loucura possuir demandas para além do biológico.

Na educação, o processo aconteceu de forma um pouco diferente. O fato da pedagogia não ser uma ciência específica, mas um conhecimento que se serve de outras ciências, possibilitou à psicologia uma maior celeridade no seu processo de diferenciação (ANTUNES, 2007) dos saberes pedagógicos. O conhecimento psicológico desenvolvido no contexto educacional serviu de base para outro campo de intervenção: as organizações e o trabalho. Os conhecimentos sobre as medidas psicológicas, gerados através da psicologia aplicada à educação, foram importantes para os processos de seleção utilizados nas indústrias, onde a palavra de ordem era colocar o “homem certo no lugar certo”.

Aos poucos, a psicologia tomou contornos que a diferenciava dos demais conhecimentos existentes, ganhando autonomia como ciência, através da criação de laboratórios, publicações científicas, cadeiras e cursos de psicologia. Contudo, destaca-se que desenvolvimento da psicologia no Brasil foi acelerado porque ela “trazia teorias e

especialmente um conjunto de técnicas que podiam responder às demandas colocadas por uma nação que se estruturava para ingressar no mundo industrializado” (ANTUNES 2004, p. 134). Estas teorias, que elevaram a psicologia ao patamar de profissão reconhecida pelo Estado, influenciaram a formação dos primeiros psicólogos.

3.3.1 O processo de regulamentação da profissão do Psicólogo

Após se consolidar como área do conhecimento e campo de aplicação, a psicologia foi normatizada, por meio do seu reconhecimento e regulamentação como profissão no Brasil através da Lei nº. 4119 de 27 de agosto de 1962. O artigo décimo desta Lei promulgou que para o exercício da profissão de psicólogo, o profissional deveria realizar uma formação que lhe conferisse um diploma registrado junto ao Ministério da Educação e Cultura. A Lei de 4119/62 que regulamentou a profissão, também apresentou currículo mínimo do curso de Psicologia, lançando as bases para a formação deste profissional. O quadro 1, extraído do texto de Lourenço Filho (1971), apresenta o corpo de disciplinas que compunham o currículo mínimo:

O currículo mínimo do curso de psicologia, para ao bacharelado e a licenciatura, compreende as matérias abaixo indicadas:

1. Fisiologia;
2. Estatística;
3. Psicologia Geral e experimental;
4. Psicologia do desenvolvimento;
5. Psicologia da personalidade;
6. Psicologia social;
7. Psicopatologia geral.

Para obtenção do diploma exigem-se, além das matérias fixadas nos itens de números 1 a 7 deste artigo, mais cinco (5) outras, assim discriminadas:

8. Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológicos;
9. Ética Profissional;
- 10/12. Três dentre as seguintes:
 - a) Psicologia do excepcional;
 - b) Dinâmica de Grupo e relações humanas;
 - c) Pedagogia Terapêutica;
 - d) Psicologia escolar e problemas de aprendizagem;
 - e) Teorias e técnicas psicoterápicas;
 - f) Seleção e orientação profissional;
 - g) Psicologia da indústria.

São ainda obrigatórios:

- a) Para a obtenção do diploma que habilita ao exercício de magistério em cursos de nível médio, as matérias pedagógicas fixadas em resolução especial, de acordo com o Parecer nº 292/62, das quais se exclui a psicologia da educação;
- b) Para obtenção do diploma de psicólogo, um período de treinamento prático sob a forma de estágio supervisionado.

Quadro 1 - Currículo mínimo do curso de Psicologia.

Fonte: Lourenço Filho (1971, p. 149).

Como pode ser verificado, o currículo do Curso de Psicologia foi formatado com ênfase nos campos da clínica, indústria/organização e educação, descartando outras áreas como a comunitária, hospitalar e jurídica, que só vieram a receber atenção depois da década de 1970. A inserção da psicologia e dos saberes “psi” nestas três áreas parece não ter sido por acaso. Para Lourenço Filho (1971, p.144) “o movimento de industrialização fez deslocar grandes grupos da população rural para as cidades, gerando graves problemas de ajustamento”. Esta ideia de ajustamento/desajustamento parece ter sido absorvida pela prática dos psicólogos, que a utilizaram como uma forma de adaptação/adequação do povo brasileiro ao processo de modernização que vinha ocorrendo no país. Daí, a proposta destas três áreas: era necessário um saber que ajustasse as crianças ao processo de ensino, os trabalhadores às necessidades do mercado e os “loucos” à sociedade.

A Lei 4119/62, estabeleceu algumas funções privativas da profissão do psicólogo, a saber: o diagnóstico psicológico, a orientação e seleção profissional, a orientação psicopedagógica e a solução de problemas de ajustamento. Estes dados da Lei, em conjunto

com o currículo mínimo, corroboraram para que a prática profissional nos primeiros anos da sua regulamentação girasse em torno da tríade “clínica-trabalho-educação”. De certo, estas práticas se coadunavam com os interesses do Estado, pois possibilitavam uma normalização da população.

A aprovação da Lei 4.119/62 também foi responsável por momentos de tensão, “precedida de uma dura e longa luta, principalmente diante da oposição de um grupo de médicos, cuja principal reivindicação era o veto ao exercício da psicoterapia por profissionais que não tivessem formação em Medicina” (ANTUNES, 2004, p. 137). A classe médica queria que os psicólogos fossem seus “auxiliares” no âmbito da saúde mental. Recentemente, a mesma ideia ressurgiu através do PL 025/2002, conhecido também como “ato médico”.

Nota-se que do período de regulamentação da psicologia no Brasil, até a década de 1970, o pensamento psicológico refletia a concepção “saúde como ausência de doença” dominante na época. Não havia ainda uma preocupação com a promoção da saúde, ou com a indissociabilidade entre psíquico, o biológico e o social. A psicologia parecia estar centrada num modelo “psicologizante”, voltada para a compreensão dos processos psicopatológicos, refletidos nas práticas de ajustamento.

3.3.2 A formação dos psicólogos brasileiros e o diálogo com a saúde

Conforme visto anteriormente, a formação dos psicólogos brasileiros foi normalizada por meio da Lei 4119/62, num período histórico pré-ditatorial. As possibilidades de construção de um discurso sobre o sujeito psicológico estavam de acordo com as práticas sociais da época. Logo, estas foram as condições para que a formação em psicologia se estabelecesse inicialmente sob a tríade “clínica-trabalho-educação”. Sendo esta a formação assegurada nas disciplinas da proposta curricular regulamentada pelo currículo mínimo.

Dois anos após o reconhecimento da profissão, o país passou um golpe de estado, momento em que foi instalado o Regime Ditatorial. Este regime assegurou práticas de formação conservadoras, que não estabeleceram um diálogo com as necessidades da população. Segundo Coimbra (1995, p. 34) na década de 1970 “há um esvaziamento do político, há uma psicologização do cotidiano e da vida social”. Para Coimbra e Leitão (2003), a formação dos psicólogos passou a se conformar numa lógica conservadora. Em suas palavras,

A concepção de homem hegemônica na psicologia é de um ser ahistórico, abstrato, tendo uma existência em si e que se refere ao homem que pergunta: quem sou eu? Qual é o meu desejo? Por que desejo? Pretende-se, com isso, chegar a uma verdade sobre si, a um essencialismo.

Da mesma forma, a psicologia pergunta: quem é esse homem? Como e qual é o seu mundo interno? E o seu íntimo? Acreditando que tem possibilidade de atingir o âmago do ser – nomeado sujeito -, a psicologia vai produzindo um determinado modo de ser humano. Ironicamente, esse homem também é pensado como o homem do livre arbítrio... (COIMBRA; LEITÃO, 2003, p. 10).

De certo modo, tais heranças desse período – mesmo após a implantação da política de saúde do SUS – afetam as práticas psicológicas atuais, e ainda que de forma silenciosa, habitam no ideário popular sobre quais são as atividades realizadas pelo psicólogo. Nos psicólogos estas “heranças” se materializam na dificuldade encontrada de se estabelecer uma visão sobre homem que respeite a ideia da integralidade, princípio que pode ser considerado como o “coração” da política de saúde do SUS.

Nota-se que a tarefa de formar psicólogos voltados para o diálogo com a saúde é um desafio que está posto para as universidades. Spink (2007) afirma que um dos desafios para a consolidação do SUS é a formação de profissionais que estejam dispostos para trabalhar em consonância com esta política. E, buscando atender a esse cenário de desafios, Guareschi et al (2010, p. 57), mostram que na década de 1990, houve “[...] uma retomada na regulamentação e normatização da formação em psicologia no Brasil, mobilizada pelas entidades e cursos de psicologia”.

Uma proposta recente, que busca consolidar mudanças na formação dos psicólogos brasileiros, se deu através do estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia (DCN). Desde 1962, quando foi instituído o currículo mínimo do curso de Psicologia, não haviam sido realizadas mudanças na estrutura curricular deste curso. A falta de atualização do currículo provocou processos de formação defasados.

A contribuição das DCN para o campo da saúde é apresentada no seu artigo 4º. Neste artigo, o texto das DCN versa que:

Art. 4º - A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades:

a) Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em um nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços

dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética (BRASIL, 2004).

Herter et al. (2006) criticaram os artigos das DCN, pois de acordo com estes autores, a psicologia, ao falar de saúde nas suas Diretrizes Curriculares, não articulou a sua formação com vistas a contemplar o modelo de saúde do SUS, como fora realizada pelos demais cursos da saúde. Mesmo com todas as mudanças na formação, a saúde pública é uma das áreas menos discutida nos cursos de graduação de psicologia e “todo o modelo de ensino aprendizagem ocorre dentro de um modelo hegemônico da abordagem biologicista, medicalizante, hospitalar e centrada em procedimentos (HERTER et al., 2006, p. 439). Tais direcionamentos na formação, apontam para dificuldades do psicólogo em se inserir nos serviços públicos de saúde. A prática profissional tem demonstrado que o simples transporte das métodos individualizantes, comumente ensinados nos currículos da graduação, para o campo da saúde coletiva são ineficazes para atender as necessidades apresentadas pelo complexo contexto da saúde pública.

O diálogo entre a formação em psicologia e a saúde ainda é recente. Cabe às universidades buscarem formas de articularem seus cursos, com as novas demandas de formação para a saúde. Diante desses desafios, a frase de Martin-Baró, ao falar dos problemas enfrentados pelos psicólogos da América Latina, pode ser de grande valia, quando aproximado dos problemas de formação do psicólogo para a saúde pública. Diz o autor, que “não se pode continuar na inércia dos esquemas teóricos já conhecidos ou das formas de atuar habituais; nosso saber psicológico deve ser confrontado com os problemas novos dos povos centro-americanos e com as questões que lhe são apresentadas” (1997, p.23).

3.4 O CURRÍCULO E A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Para ampliar a problematização sobre ordem dos discursos presentes na formação dos psicólogos, é oportuno acrescentar uma perspectiva sobre os currículos. O currículo é o documento que seleciona o que deve ser utilizado ou descartado em qualquer formação acadêmica. Este documento, ao organizar o que deve ser estudado pelos sujeitos “[...] busca

precisamente modificar as pessoas que vão ‘seguir’ aquele currículo” (SILVA, 1999, p. 15), criando assim subjetividades.

De acordo com Silva (1999), ao levantar uma discussão sobre o currículo, pelo menos duas perguntas tornam-se essenciais. A primeira delas é “o que deve ser ensinado?”, que logo dará lugar à segunda indagação “por que ensinar determinado conteúdo?” ou “qual é o sentido/importância/motivo de ensinar determinado conteúdo?”. O estabelecimento do currículo, tal qual é concebido na atualidade, foi introduzido em 1918 pelo americano Bobbitt, em seu livro *The curriculum*. Silva (1999) mostra que o currículo escolar, tornou-se alvo de estudos, justamente num período em que os americanos estavam planejando uma proposta de educação das massas. No modelo educacional proposto por Bobbitt, a escola deveria buscar descobrir quais as habilidades necessárias desenvolver nas crianças, para que quando adultas elas pudessem desenvolver suas ocupações profissionais. Logo, a ideia de currículo refletia a concepção da fábrica.

A teoria de currículo proposta por Bobbitt é classificada por Silva (1999) como uma teoria tradicional de currículo. Este tipo de pensamento se caracteriza pela compreensão de que a teoria (currículo) é um simples reflexo da realidade. Desse modo, as teorias tradicionais pretendem ser neutras, científicas e desinteressadas. O problema para descobrir o que ensinar é simples, basta olhar para as profissões e determinar o que é relevante considerar como conteúdo a ser ensinado. Em outras palavras, esta teoria está preocupada apenas com a primeira pergunta realizada no início deste texto: “o que ensinar?”.

A teoria de Bobbitt sofreu críticas de diversos pensadores, por seu caráter reprodutivo do status quo. É por este motivo que as teorias críticas e pós-críticas do currículo trocam a pergunta “o que ensinar?” para “porque ensinar?”, buscando romper com uma noção asséptica da construção de currículo. Silva (1998) faz uma crítica à noção de currículo como um construto puramente científico ou filosófico. Para o autor,

O processo de fabricação do currículo não é um processo lógico, mas um processo social, no qual convivem lado a lado com fatores lógicos, epistemológicos, intelectuais, determinantes sociais menos “nobres” e menos “formais”, tais como interesses, rituais, conflitos simbólicos e culturais, necessidades de legitimação e controle, propósitos de dominação por fatores ligados à classe, à raça, ao gênero. A fabricação do currículo não é nunca apenas o resultado de propósitos ‘puros’ de conhecimento, se é que se pode utilizar tal expressão depois de Foucault. O currículo não é constituído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados socialmente válidos (SILVA, 1998, p. 8).

As considerações de Silva (1998) desconstruem a tese de que o currículo é escolhido de forma desinteressada. Esta construção é permeada por fenômenos, que vão além do simples interesse sobre o que ensinar.

Outro aspecto importante a ser avaliado na área da educação é o que se denomina de “currículo oculto”. Nas palavras de Silva (1999, p. 78), “o currículo oculto é constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita, para as aprendizagens sociais relevantes”. Ao exemplificar o currículo oculto para a área da educação infantil Silva (1999, p. 79), afirma que “[...] as crianças da classe operária aprendem atitudes próprias do seu papel de subordinação, enquanto as crianças das classes proprietárias aprendem os traços sociais apropriados ao seu processo de dominação”. Pode-se dizer que o currículo oculto é aquilo que fica como um pano de fundo, ou seja, que não aparece no currículo escrito, mas está representado nas relações sociais estabelecidas nas instituições de ensino.

O ponto de intersecção entre as teorias de currículo e a psicologia está na capacidade que este dispositivo possui em formar subjetividades, tal como indica Silva (1999):

No fundo das teorias de currículo está, pois, uma questão de ‘identidade’ ou de ‘subjetividade’. Se quisermos recorrer à etimologia da palavra ‘currículo’, que vem do latim *curriculum*, ‘pista de corrida’, podemos dizer que no curso dessa ‘corrida’ que é o currículo acabamos por nos tornar o que somos. Nas discussões cotidianas, quando pensamos em currículo pensamos apenas em conhecimento, esquecendo-nos de que o conhecimento que constitui o currículo está inextricavelmente, centralmente, vitalmente, envolvido naquilo que somos, naquilo que nos tornamos: na nossa identidade, na nossa subjetividade (SILVA, 1999, p. 15).

Este *insight* tem fundamento nas teorias pós-criticas do currículo que também se ocupam em explicar as relações de poder presentes na formação educacional, uma vez que “selecionar é uma operação de poder” (SILVA, 1999). Com base nesta reflexão, pode-se afirmar que ao se propor um currículo mínimo para a formação de psicólogos em 1962, a “subjetividade” dos psicólogos foi capturada por determinados tipos de conhecimentos. Que, de certa forma, criaram efeitos nestes profissionais.

No campo da formação da saúde nota-se, na formação dos psicólogos, uma forte tendência, ainda que implícita, da busca por espaços de formação que estejam atrelados a uma prática profissional vinculada à clínica. Além disso, por mais que os currículos “pós” SUS e Diretrizes Curriculares Nacionais estejam voltados para a noção de formação de equipes

multiprofissionais em com vistas à interdisciplinaridade, na prática ainda nota-se uma tendência de ação individualizada de cada área (COSTA; OLIVO, 2009; FERREIRA NETO, 2010; PORTES, MAXIMO, 2010).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa se orienta a partir da perspectiva metodológica desenvolvida por Michel Foucault, por meio da arqueologia do saber, que busca a compreensão de como os sujeitos são objetivados pelos discursos, bem como a genealogia do poder, cujas investigações circulam sob a compreensão de como os sujeitos são objetivados por meio das práticas institucionais.

Em relação aos procedimentos metodológicos e técnicos, este estudo possui um caráter documental. As pesquisas documentais são comumente caracterizadas pela análise de documentos produzidos por instituições, mais especificamente documentos que não passaram por nenhum tipo de análise, mas que revelam normas, práticas e diretrizes acerca de determinados espaços. Contudo, de um modo mais ampliado ao que se tem denominado de pesquisa documental, neste estudo os documentos foram analisados na perspectiva de arquivos. Com Foucault, entende-se que a análise de documentos enquanto análise de arquivos, que constitui a busca acerca de como esses documentos em conservam alguns discursos, ao mesmo que silencia outros (LEMOS; CARDOSO JUNIOR, 2009). Ou seja, a perspectiva de análise de documentos enquanto arquivos, organizada por Foucault a partir de seus estudos arqueológicos, condiciona à análise das condições e possibilidades da constituição desses documentos em esferas mais amplas à sua própria produção, na linha de que documentos são práticas sociais mais amplas àquelas das instituições que o produz.

Assim, a ideia deste estudo não é realizar uma avaliação do curso de psicologia analisado, mas, tão somente, analisar como as disciplinas deste curso se inscrevem em uma relação aos discursos psicológicos circulantes na atualidade. Este tipo de análise tem o objetivo de discutir como os currículos de um curso de psicologia formam profissionais, a partir dos discursos que compõem as suas disciplinas, numa dada realidade social. Um estudo motivador para este tipo de pesquisa, foi realizado por Guareschi et al (2010).

Uma vez que os documentos/arquivos analisados nesta pesquisa, foram os planos de ensino do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pode-se dizer que esses documentos foram analisados na perspectiva de que, além de produzirem discursos também os conservam, uma vez que o currículo estabelece aquilo que pode – e em

consequência disso o que não pode – ser ensinado. Deriva-se ainda desta análise que há uma intencionalidade nos discursos produzidos pelos currículos, ou seja, que estes não são documentos neutros, mas que sustentam regimes de verdades que obedecem a uma lógica daquilo que é aceito como verdade em determinadas instituições.

4.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

Neste estudo foram analisados os planos de ensino relativos às disciplinas exclusivamente ofertadas pelo Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, eliminando assim disciplinas ofertadas por outros cursos da mesma universidade, ainda que estas últimas sejam condição para a formação de psicólogo. Tal decisão se deu pela necessidade de um recorte em face da dimensão do trabalho de iniciação científica que constitui o presente Trabalho de Conclusão de Curso, mas acreditando-se também que tal conjunto de disciplinas é indicador daquilo que tem os efeitos do processo de constituição de discursos que garantirão o processo formativo de um psicólogo, até mesmo porque são as disciplinas que o departamento toma a seu cargo.

Os planos de ensino analisados pertencem ao novo currículo do curso, cujo projeto pedagógico foi construído a partir das exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia de 2004, que se encontram disponíveis no *site* da instituição. O conjunto das disciplinas analisadas pertencem ao Núcleo Comum e seus Eixos Estruturantes⁸, podem ser visualizadas no Quadro 2. A organização dos cursos de psicologia em torno dos Eixos Estruturantes e de um Núcleo Comum está prevista nos Artigos 5º e 6º das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Psicologia de 2004.

⁸ O Eixo Estruturante II “Interface com áreas de conhecimento afins” não é apresentado no Quadro 2, pois todas as disciplinas deste eixo são ofertadas por outros departamentos da Universidade. Pelo fato do currículo analisado estar em fase de instalação, algumas disciplinas possuem apenas a ementa publicada no *site* da instituição, não sendo possível a análise dos seus conteúdos. As disciplinas que tiveram apenas a ementa analisada são: Psicologia da Saúde, Teoria e Técnica dos Processos Grupais, Psicologia e Pessoas com Deficiência, Psicologia do Trabalho, Psicologia e Processos Educacionais, Psicologia das Organizações, Orientação Profissional e de Carreira e Estágio VI: prática Clínica e Saúde.

Núcleo Comum		
Eixo Estruturante	Semestre	Nome da Disciplina
I - Fundamentos epistemológicos e históricos da Psicologia e estado atual da profissão	1º	Psicologia Ciência e Profissão
	1º	História da Psicologia
	1º	Prática e Pesquisa Orientada I
	2º	Prática e Pesquisa Orientada II
III - Fundamentos teórico-metodológicos da Psicologia	2º	Psicologia Cognitiva
	3º	Psicanálise
	3º	Psicologia Comportamental
	4º	Psicologia de base Fenomenológica
	4º	Psicologia Histórico-Cultural
	5º	Psicologia e Pensamento Sistêmico
IV - Investigação científica, avaliação psicológica e comunicação científica	3º	Prática e Pesquisa Orientada III: pesquisa em Psicologia
	4º	Psicometria
	4º	Prática e Pesquisa Orientada IV: pesquisa em Psicologia
	5º	Avaliação Psicológica
	5º	Prática e Pesquisa Orientada V: pesquisa em Psicologia
V - Fundamentos científicos do estudo de fenômenos psicológicos em ciclos vitais	2º	Desenvolvimento Humano e Aprendizagem
	2º	Psicofisiologia
	3º	Processos Psicológicos na Infância
	4º	Processos Psicológicos na Adolescência e Juventude
	4º	Psicologia Social I
	5º	Processos psicológicos na Idade Adulta e Velhice
	5º	Psicologia Social II
	5º	Psicopatologia I
	6º	Psicologia da Saúde
	6º	Teoria e Técnica dos Processos Grupais
	6º	Psicologia e Pessoas com Deficiência
	6º	Psicopatologia II
VI - Fundamentos científicos do estudo de fenômenos psicológicos em ciclos vitais	2º	Psicologia e Atenção à Saúde I
	3º	Psicologia e Atenção à Saúde II
	5º	Psicologia do Trabalho
	6º	Psicologia e Processos Educacionais
	6º	Psicologia das Organizações
	6º	Orientação Profissional e de Carreira
	6º	Estágio VI: prática Clínica e Saúde

Quadro 2 – Disciplinas analisadas, que fazem parte do Núcleo Comum e seus respectivos Eixos Estruturantes, do Currículo 2010/1 do Departamento de Psicologia da UFSC.

Fonte: Elaboração do autor (2012).

Não foi possível proceder a análise das disciplinas que constituem o Núcleo Profissionalizante e a Ênfase Curricular, visto que o curso em questão está em processo de transição curricular. Deste modo, as disciplinas que compõem o Núcleo Profissionalizante não possuem ainda um plano de ensino, mas apenas um “projeto-disciplina”. No entanto, entende-se que a análise daquelas disciplinas comuns a qualquer aluno, que compõem os Eixos Estruturantes e o Núcleo Comum, seria suficiente para o debate em torno dos objetivos propostos neste estudo. Deste modo, foram analisados 34 planos de ensino, conforme descrito no Quadro 2.

4.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes materiais:

- computador com o software Excel® instalado para a realização das tabulações dos conteúdos extraídos dos documentos;
- folhas de papel A4;
- impressora;
- protocolo de registro

4.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Todos os documentos utilizados neste estudo foram coletados no site da instituição pesquisada. O Departamento do Curso publica em sua página documentos relativos ao Projeto Pedagógico do Curso, e os Planos de Ensino das disciplinas, o que contribuiu para o acesso às informações.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para que fosse possível realizar uma análise dos discursos presentes nos planos de ensino foi elaborado um roteiro de leituras no sentido de organizar os dados coletados em torno das séries analíticas: (1) autoridade médica e o método científico, (2) previsão dos comportamentos e normalização das condutas e (3) transgressão ao discurso. Tais séries foram organizadas concomitantes à leitura dos documentos, e revisão bibliográfica sobre formação de psicólogos, produção de saúde e currículo, e em estudos afins à abordagem foucaultiana (GUARESHI et al., 2010; SILVA, 1995; COIMBRA, 1995). Conforme propõe Lopes (2012), as séries analíticas possibilitam uma leitura transversal dos documentos, sendo estas organizadas através da regularidade de discursos, e como ferramentas que permitem a visibilidade dos objetos analisados, o que no presente estudo fora feito com base no que fora encontrado na revisão bibliográfica do estudo e ao mesmo tempo nas ementas e nos conteúdos das disciplinas.

A seguir é apresentado o roteiro de leituras, utilizado para a coleta de dados para cada plano de ensino.

Dados extraídos dos planos de ensino da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)				
Identificação do documento	Nome da Disciplina			
	Fase em que é cursada			
	Séries analíticas	Ementa	Conteúdo	Pré-análise
<i>Análise arqueológica: a objetivação dos sujeitos através dos discursos. Análise Genealógica: a objetivação dos sujeitos por meio das práticas</i>	A autoridade médica e o método científico			
	Previsão dos comportamentos e Normalização das condutas			
	Transgressão ao discurso			

Quadro 5 – Roteiro de Leituras

Fonte: Elaboração do autor (2012).

4.6 PROCEDIMENTOS

4.6.1 De seleção das fontes de informação

Para a realização desta pesquisa, o currículo de um curso de psicologia foi escolhido como fonte de informação, uma vez que este documento organiza e normatiza os discursos acerca da formação do psicólogo. Ou seja, o currículo por meio das suas disciplinas e práticas contribui para a formação do “sujeito psicólogo”.

A escolha de uma Universidade para a realização deste estudo foi motivada pelo fato desta ter revisado o seu currículo recentemente, com a oferta do novo currículo no ano de 2010. Tal instituição, desde o início da década de 1990, vem discutindo propostas para uma revisão do seu currículo de formação. Também há que se destacar o fato desta ser esta a primeira universidade que estruturou um curso de psicologia no Estado de Santa Catarina e a única instituição pública com cursos de psicologia no Estado.

4.6.2 De coleta e registro dos dados

A coleta dos dados ocorreu após uma leitura sistemática de todos os planos de ensino das disciplinas ofertadas pelo Departamento de Psicologia da instituição. Os planos de ensino foram lidos, obedecendo à ordem de oferta das disciplinas, ou seja, iniciando com as disciplinas do 1º semestre passando-se às disciplinas das fases subsequentes. Após esta leitura, os dados coletados foram registrados no roteiro de leituras (Quadro 5, item 4.5), e distribuídos de acordo com as séries analíticas.

4.6.3 De organização, tratamento e análise de dados.

Após a organização de todos os documentos por meio do roteiro de leituras, as séries analíticas que estruturaram tal roteiro possibilitaram uma leitura dos discursos por meio

da análise arqueológica e genealógica. Tais séries analíticas, ou regularidades discursivas presentes nos documentos são: a autoridade médica e o método científico (1), a previsão dos comportamentos e a normalização das condutas (2) e a transgressão do discurso (3).

Tais documentos foram analisados primeiramente sob uma perspectiva da arqueologia. Para Revel (2011, p. 10),

uma arqueologia não é uma ‘história’, na medida em que, em se tratando antes de reconstituir um campo histórico, Foucault, na verdade trabalha diferentes dimensões (filosófica, econômica, científica, política, etc) com o propósito de obter as condições de emergência dos discursos e do saber em geral de uma dada época. Ao invés de estudar a história das ideias em sua evolução, ele se concentra, por conseguinte, em recortes históricos precisos – particularmente a Idade Clássica e o início do século XIX -, a fim de descrever não só de maneira pela qual os diferentes saberes locais se determinam a partir da construção de novos objetos que surgiram num determinado momento, mas também como eles se correspondem entre si e descrevem de maneira horizontal uma configuração epistêmica coerente.

Este olhar arqueológico ao currículo analisado pretendeu especificamente conhecer como suas ementas e os conteúdos indicados nos planos de ensino, conduzem a uma objetivação do trabalho do psicólogo para uma prática nos contextos de saúde.

Além disso, do mesmo modo, focando-se nas ementas e conteúdos, e ainda visando descobrir como se dá a objetivação dos sujeitos por meio das práticas que se desdobram desses discursos, também foi realizada a análise genealógica. Para Revel (2011, p. 70)

o método genealógico é uma tentativa de desassujeitar os saberes históricos, isto é, de torna-los capazes de se opor e de lutar contra a ‘ordem do discurso’; isso significa que a genealogia não busca somente no passado a marca de acontecimentos singulares, mas que ela se questiona a respeito da possibilidade dos acontecimentos nos dias de hoje[...].”

Por meio da genealogia buscou-se identificar como as práticas prescritas nos planos de ensino podem objetivar os sujeitos [acadêmicos do curso] para uma futura atuação no campo da saúde.

Esse processo de objetivação por meio dos discursos e das práticas foi analisado a partir dos dados acerca de enunciados relativos a:

1 – como aparecem os discursos que conferem uma noção de saúde aos psicólogos;

2 – como a integralidade é relacionada a esse trabalho;

5 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

A análise dos documentos relativos às ementas e os conteúdos indicados nos planos de ensino foi feita buscando-se problematizar como tais planos de ensino conduzem a uma objetivação do trabalho do psicólogo e para uma prática nos contextos de saúde. Especificamente essa atuação será analisada por meio de dados acerca de como aparecem os discursos que conferem um conceito de saúde aos psicólogos, e como a integralidade é aí relacionada.

A análise que corresponde a esses conteúdos ocorrerá por meio das séries analíticas organizadas como regularidades discursivas, quais sejam: a autoridade médica e o método científico (1), a previsão dos comportamentos e normalização das condutas (2) e a transgressão ao discurso (3).

5.1 SOBRE OS DISCURSOS QUE CONFEREM UM CONCEITO DE SAÚDE AOS PSICÓLOGOS

5.1.1 Sobre a saúde: a autoridade médica e o método científico

Durante a análise dos conteúdos oriundos dos currículos, observou-se que o discurso da saúde presente na formação dos psicólogos possui uma ampla fundamentação na autoridade médica e no método científico. Nessa série foram buscadas as visibilidades daqueles enunciados que conferem ao conceito de saúde um enfoque voltado para os aspectos do sujeito enquanto um ser biológico, que deve buscar a manutenção de um estado de normalidade.

A análise dos planos de ensino demonstra que desde a primeira fase, os alunos acessam conteúdos que podem ser considerados dentro de uma lógica da autoridade médica. Por exemplo, na disciplina de História da Psicologia, são estudados conteúdos que versam

sobre *matrizes biológicas na formação do pensamento psicológico*⁹. Na segunda fase do curso, na disciplina de Psicofisiologia são ministrados conteúdos sobre o *estudo das bases neuro-fisiológicas da motivação, fatores psicofisiológicos que interferem na saúde do corpo e uma análise instrumental da doença mental*. Salienta-se que estas disciplinas são ministradas pelo próprio departamento do Curso de Psicologia, contudo não aparecem em seus conteúdos debates mais amplos sobre o que pode ser considerado como saúde. Esta fica limitada apenas ao corpo dos sujeitos, desconsideram-se assim aspectos relacionados à dimensão social e cultural destes. Desse modo, não são abertas possibilidades do uso destes conhecimentos na prática profissional do psicólogo em espaços que perspectivam a saúde para além do campo clínico tradicional, uma vez que ao considerar a saúde numa dimensão orgânica, o sujeito fica em segundo plano, sendo a doença a protagonista, ou aquela sobre a qual o especialista irá se ocupar, a fim de suprimi-la. O especialista, por sua vez, será considerado aquele que detém uma forma específica para lidar com o problema da doença, sendo sua prática validada pelo método científico.

Relacionado a isto, ao estudar a História da Psicologia, por exemplo, poderiam ser apresentados assuntos sobre saúde pública no contexto social brasileiro, no entanto a ênfase sobre estes conteúdos são outras. Ou seja, parece que a saúde ainda não faz parte da história da psicologia, sendo que esta última está mais preocupada em demonstrar os processos de como os saberes psicológicos se alcançaram o título de ciência. Isto pode ser mais bem visualizado ainda nos conteúdos desta História da Psicologia, onde são abordados os seguintes temas: *Psicologia e Senso Comum. A organização científica da psicologia: áreas do conhecimento e métodos de investigação. Caracterização dos fenômenos e processos estudados na psicologia*. As abordagens teóricas e metodológicas no curso, bem como as teorias psicológicas, parecem ser ensinadas aos alunos como “continuidades”; como coisas que evoluem com o tempo e como se o tempo fosse a variável determinante da “evolução” científica. Desconsidera-se assim que a ciência é feita por homens, e submetida às suas vontades e de que tais ideias só foram possíveis por conta da necessidade de discursos que pudessem explicar o sujeito a partir da sua interioridade (PRADO FILHO; MARTINS, 2007, p. 14).

Apesar das ementas e dos conteúdos das disciplinas analisadas não apontarem diretamente para os espaços onde acontecem as práticas do psicólogo (escola, clínica, hospital, unidade básica, empresas, instituições públicas, etc.), parecem indicar de forma

⁹ Para dar maior destaque aos conteúdos analisados e facilitar a compreensão do leitor, as expressões extraídas dos planos de ensino (ementas e conteúdos) serão escritas em itálico.

implícita alguns espaços de atuação. Por exemplo, na disciplina de Psicologia Cognitiva, são apresentados os seguintes temas: *Teoria da Inteligência. Teoria de Piaget. Processos Perceptivos. Memória de Trabalho. Memória de longo prazo. Estratégias de memória e metacognição. Imaginação*. Estes conteúdos parecem indicar a escola como um local de atuação do psicólogo, numa lógica da autoridade médica e do método científico. Isto porque, os conteúdos apresentados, versam sobre conhecimentos que os alunos aprenderão sobre o ser humano que será capaz de capacitá-los para uma compreensão de fenômenos que são de interesse da escola, enquanto uma instituição que precisa disciplinar pessoas.

Algumas disciplinas, como é o caso da Psicofisiologia, não realizam um enfoque dos seus conteúdos para as práticas cotidianas do psicólogo, mas o estudo dos seus conteúdos é transmitido de forma que os diferentes fenômenos psicológicos são vistos como entidades divididas, o que não contribui para uma visão integral do sujeito (GUARESCHI et al., 2010). Os conteúdos advindos de um discurso sobre a autoridade médica e o método científico produzem disjunções no campo da saúde, pois seu enfoque está nas antíteses saúde-doença e normal-patológico. A introdução de disciplinas, que fazem uma relação direta entre o psiquismo e o biológico [como é o caso da Psicofisiologia] demonstram, mais uma vez, o quanto o saber psicológico se instituiu a partir dos conhecimentos médicos, derivando-se desta relação uma noção de saúde como algo que pode ser dimensionada a partir da justaposição destas duas variáveis [biológico e psíquico]. Assim, há uma transposição das categorias de diagnóstico das doenças do corpo para as doenças da mente. Ainda sobre esta mesma questão, é comum perceber que desde o primeiro currículo de graduação em psicologia instituído no Brasil, pode-se notar uma aproximação da psicologia com os saberes que direcionavam a formação do psicólogo aos conhecimentos voltados para autoridade médica: Fisiologia, Pedagogia Terapêutica e Psicopatologia geral (LOURENÇO FILHO, 1975).

Guareschi et al. (2010) mostram que a presença da autoridade médica no interior da produção do saber psicológico é algo que se explica a partir do momento em que a psicologia foi se validando enquanto um saber científico, por meio da apropriação dos saberes da biologia, e das práticas médicas. Para as autoras, a medicina se constituiu como um campo da saúde que possui o poder de dizer o que é saúde e o que é doença, conhecimento legitimado ao longo do século XIX e que estabeleceu os saberes e os serviços de saúde pública (GUARESCHI et al., 2010). Deve-se considerar ainda que, para que a psicologia se tornasse ciência, foi necessário que os saberes psicológicos fossem normalizados por meio da ordem do discurso vigente, tal qual houve a normalização do saber médico. Foucault (1998, p.

83), mostra o “médico foi o primeiro indivíduo normalizado [...]”. Assim a normalização da psicologia e sua constituição como ciência se realizou por meio da apropriação do método científico e da autoridade médica, sobretudo de uma capacidade herdada do saber médico, que é o olhar clínico.

Também em relação à série autoridade médica e método científico, verificou-se que as disciplinas de Psicopatologia I e II transmitem aos estudantes de psicologia uma noção de saúde que passa a ser reduzida à norma, à ausência de doença. A psicopatologia aparece como um discurso que pode classificar se a pessoa é ou não normal. E, ainda que nas ementas destas disciplinas sejam apresentadas discussões acerca do *Normal e Patológico*, que sabidamente configuram uma crítica à dissociação do sujeito na situação de doença¹⁰, há uma presentificação de conteúdos sobre os *Transtornos Neuróticos, Psicopatologia Infantil, Psicopatologia infantil e da adolescência e Toxicomanias*. Os conteúdos dessas disciplinas apresentam ainda debates sobre *ansiedade, fobia específica e social, transtornos obsessivos e compulsivos, transtornos de humor, depressão, transtornos de personalidade, visão psiquiátrica (e outras): esquizofrenia, autismo, transtorno bipolar, psicopatia, medicamentos antipsicóticos, substâncias psicoativas ilícitas e loucura*. Mais uma vez, nota-se que o foco do discurso prioriza a doença, e os estudos sobre a patologia, e numa psicopatologia da norma.

Especificamente na ementa de Psicopatologia II, o currículo do curso aponta para uma discussão sobre *o papel do psicólogo na equipe interdisciplinar em Hospital Psiquiátrico*. Tal conteúdo traz o risco de uma formação que produza um conceito e de assistência em saúde mental em uma abordagem medicalizante, uma vez que existem outros espaços que foram pensados para conferir a substitutividade ao hospital psiquiátrico, como é o caso do CAPS e que não tem sua lógica citada nos conteúdos relativos à disciplina. Guareschi et al (2010), ao analisarem as disciplinas de psicopatologia de seis cursos de psicologia do Rio Grande do Sul, também concluem que,

os conteúdos, pouco ou nada se propõe para uma reflexão sobre o processo de saúde/doença ou a maneira que isso está relacionado aos modos de vida da contemporaneidade, preocupando-se somente com aquilo que é considerado normal ou patológico (GUARESCHI *et al.*, 2010, p. 71).

¹⁰ Lopes (2012) ao fazer um comentário sobre a obra de Georges Canguilhem “O normal e o patológico”, afirma que “a discussão feita por Canguilhem é uma crítica à transposição da normalidade de bases biológicas para a vida dos sujeitos. Para Canguilhem (2002), o uso dos termos normal e anormal é fonte de mal-entendidos, haja vista que normal é usado como descrição, mas é muito mais usado como um valor, por se referir também à média” (p. 81).

Este modo de considerar a saúde, desconsidera o fato de que a saúde possui uma dimensão biopsicossocial, e acaba por formar psicólogos para o atendimento e a supressão de sintomas psicopatológicos envoltos na noção de saúde enquanto ausência de doença, ao invés de formar sujeitos produtores de saúde.

Os discursos sobre a psicopatologia também estão presentes na disciplina Processos Psicológicos na Adolescência e Juventude. Nesta disciplina aparecem conteúdos sobre a *psicopatologia, puberdade e as mudanças físicas da adolescência e psicopatologia e adolescência*. Estes discursos parecem apontar para uma naturalização da adolescência, criando um estereótipo do “adolescente problema”. Discursos estes que são criticados por Bock (2007), quando afirmou que não há como conceber a adolescência ou qualquer outro período do desenvolvimento humano como uma entidade natural, visto que estes são arranjos, classificações e datações criados por meio de movimentos históricos.

Problematiza-se aqui a possibilidade de que os discursos que conferem um conceito de saúde aos psicólogos produzem sujeitos [psicólogos] sustentados em uma visão fragmentada sobre o ser humano, que se divide entre normalidade e a anormalidade. Tal noção de saúde distancia-se da noção de saúde preconizada pelo SUS,

[...] que ampliou o conceito de saúde que deixou de ser reduzida apenas como ausência de doença. O processo de saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social compreendida por múltiplos fatores (BRASIL, 2009, p. 06).

Na direção daquilo que afirma Guareschi *et al.* (2010) a série autoridade médica e método científico, parece demonstrar que “a psicologia, através dos testes e da avaliação psicológica e da entrada para a área da saúde, se estrutura fortemente em um modelo biologicista [...]”(p. 47). Tal modelo serviu de apoio para a identificação, classificação e tratamento das doenças mentais, concedendo aos psicólogos uma autoridade semelhante ao do médico, de estabelecer uma norma sobre os sujeitos. Deste modo, há que se considerar que uma formação voltada para este tipo de conteúdos,

[...] evita o encontro com o inusitado, pois prediz, identifica e modifica comportamentos a partir de padrões previamente determinados. Esse determinismo

evidenciado por uma cadeia de conteúdos – sintomatologia, tipo de tratamento, resultado – corrobora, assim, para a manutenção do *status* da Psicologia dentro de uma perspectiva de ciência de ordem e certeza, característicos da Modernidade (GUARESCHI et al., 2010, p. 80).

Na análise realizada neste estudo, observou-se que na formação dos psicólogos existe uma série de conteúdos que abordam a saúde dentro de uma lógica da normalização. Para que isso fosse possível, houve a necessidade de instalar uma norma, uma medida sobre a subjetividade realizada por meio dos testes psicológicos, como será visto na próxima série.

5.1.2 Sobre a saúde: a previsão dos comportamentos e a normalização das condutas

Nesta série foi possível analisar como os planos de ensino evidenciam a presença de um discurso sobre a saúde, a partir de uma normalização e previsão de condutas dos sujeitos. A saúde aqui fica circunscrita a uma noção da existência de uma normalidade. Para facilitar a compreensão desta série, as disciplinas que a compõem foram divididas em dois eixos: o primeiro se dirige às disciplinas que apontam para uma normalização e previsão das condutas dos sujeitos num plano individual e o segundo corresponde àquelas disciplinas que indicam a presença de um discurso que se dirigem a uma normalização e previsão das condutas dos sujeitos enquanto partes de uma coletividade. Em relação ao primeiro eixo, tais discursos parecem estar mais presentes nas disciplinas *Psicometria e Avaliação Psicológica*, e direcionam os psicólogos para uma atuação focada numa disciplina sobre o sujeito. Já relacionadamente à normalização e a previsão com vistas às coletividades, estes discursos aparecem de forma mais explícita nas disciplinas *Psicofisiologia, Processos psicológicos na Infância, Psicologia Social I, Psicopatologia I e Psicopatologia II*.

O fato de a avaliação psicológica ser uma prática privativa do psicólogo parece conduzir o acadêmico a uma valorização destes conteúdos, visto que seu domínio parece reforçar sua identidade profissional. Por isso, no curso de psicologia, as disciplinas de *Psicometria e Avaliação Psicológica*, podem ser cursadas apenas pelos acadêmicos do próprio curso, sendo vetada a matrícula de alunos de outras graduações, devido caráter privativo destas disciplinas às práticas dos psicólogos. A seguir são apresentadas as ementas das disciplinas *Psicometria e Avaliação Psicológica*:

- *Psicometria: Características e uso de instrumentos de medida no exercício profissional dos psicólogos. Saber identificar as principais características que definem uma medida de fenômenos psicológicos, com base nos conhecimentos produzidos pela Psicometria.*
- *Avaliação Psicológica: Descrever as principais etapas para a realização de um processo de avaliação psicológica. Identificar e aplicar os principais aspectos técnicos para a escolha de técnicas / testes psicológicos. Analisar os resultados dos testes e elaborar síntese dos resultados obtidos. Integrar informações provenientes de diferentes fontes em um processo de avaliação psicológica. Desenvolver atitudes e procedimentos éticos quando da utilização de testes psicológicos.*

Apesar de, nos últimos anos, o ensino destas disciplinas ter se ocupado de amplos debates sobre os aspectos éticos e científicos na construção dos testes e nos processos de avaliação psicológica, não há como negar que estes conhecimentos caminham – ou pelo menos herdaram – muitos aspectos de um saber voltado para as práticas de disciplinarização dos sujeitos. Isto porque são saberes que estão voltados para a construção de tecnologias de medidas e parâmetros sobre a mente humana, a fim de identificar quem é o mais competente, o que tem melhor memória, maior inteligência, mais ou menos atenção, etc. De fato, as disciplinas de Psicometria e Avaliação Psicológica parecem desempenhar este papel, visto que a medição dos fenômenos psicológicos “tornaram a subjetividade humana passível de estudo científico” (SPINK; MATTA, 2007, p. 34). No início do seu uso, os testes psicológicos eram utilizados como se fossem uma espécie de “Raio X” da mente humana. Conferindo ao psicólogo a possibilidade de analisar quem tem ou quem não tem saúde mental, a partir dos seus resultados. Uma saúde abalizada a partir da norma. Mas que tipo de norma? Será que era uma norma sugerida a partir daqueles que estavam mais normalizados pela sociedade? Talvez por conta de exageros realizados no passado, surgiram nos últimos anos várias publicações sobre a ética na avaliação psicológica, uma vez que o mau uso destas práticas podem causar danos à vida das pessoas, que vão desde a perda de um emprego até uma decisão judicial em relação à prisão (HUTZ, 2009).

Numa continuidade ao modelo médico, a normalização dos sujeitos na disciplina Psicopatologia I pode ser verificada nos estudos sobre as *Estruturas*. As classificações dos sujeitos em estruturas parecem pretender antecipar comportamentos destes de acordo com o

seu “tipo psicológico”. Na disciplina Psicopatologia II, como já foi citado na série anterior, a normalização das condutas se dá por meio da identificação das doenças psicológicas, que através das descrições das patologias, que mapeia os limites e as possibilidades do comportamento dos sujeitos, descrevendo comportamentos que podem ser considerados saudáveis ou não. Estes limites e estas possibilidades podem ter decorrências na prática, e um controle de regulamentação dos sujeitos.

A disciplina Psicologia Social I parece apresentar um modelo de psicologia voltado para a compreensão de fenômenos psicológicos, a partir daquilo que Rose (2008) denominou como “tecnologias do controle social”, que ocorreu principalmente por meio dos estudos sobre as teorias das atitudes. O plano de ensino desta disciplina aborda os seguintes conteúdos: *Pensamento social e teoria das representações sociais. Conceitos, modelos teóricos e medidas de atitude. Influência social e bases de poder. Grupo social e processos grupais. Relações intergrupais, conflitos e estereótipos sociais. Atitudes. Conceito e medida de atitudes. Estrutura, funções e mudança de atitude. Representações sociais. Percepção social, julgamento social e formação de impressão. Natureza dos processos de explicação e teorias de atribuição de causalidade. Conformidade e persuasão. Grupo social. Relações intergrupais.*

Os conceitos apresentados na disciplina Psicologia Social I são relativos ao projeto de psicologia social norte-americano, que se utilizou de estudos, como por exemplo, no campo das atitudes, para explicar o comportamento dos grupos sociais, tal qual foi realizado com os indivíduos por meio dos testes psicológicos. Apesar dos objetos serem diferentes – indivíduo e grupos – a “mecânica” que dá a base para estas práticas são muito semelhantes, pois ambas estão assentadas sobre a possibilidade de existência de uma norma sobre os sujeitos. Para Guareschi *et al.* (2010), na Psicologia Social:

Até o final dos anos 70, utilizavam-se, em especial, os aportes teóricos de base positivista, e as pesquisas acadêmicas faziam uso, principalmente de métodos experimentais, visando a adaptação dos indivíduos à sociedade. No entanto, essa perspectiva positivista e de influência norte-americana passou a ser criticada por reproduzir interesses hegemônicos da sociedade e por possuir uma visão universal e ahistórica de ser humano (GUARESCHI *et al.*, 2010, p. 05).

Nota-se que, por meio dos conteúdos presentes na formação generalista desses alunos, os discursos que conferem uma noção de saúde aos psicólogos estão atravessados por

conteúdos de normalização e de previsão dos comportamentos. Normalização esta que passa do controle sobre as coletividades e das individualidades, formando sujeitos dóceis para uma melhor governamentalidade¹¹. De certo modo, esta série parece demonstrar que a psicologia cumpre sua função social como uma ciência da vigilância, deste modo, tal qual a imagem que Foucault (1998) faz do *panopticon*¹², a psicologia relacionada à previsão e normalização de condutas, um tipo de conhecimento que confere aos estudantes de psicologia, a capacidade de enxergar, mensurar e quantificar os fenômenos psicológicos dos sujeitos, sem que estes possam perceber. Isto, muitas vezes, tem construído no imaginário popular, a visão do psicólogo que corresponde a um ser que consegue adivinhar o que as pessoas pensam ou sentem (BOCK, FURTADO, TEIXEIRA, 2008).

5.1.3 Sobre a saúde: a transgressão do discurso

Conforme visto nas duas séries anteriores, os discursos sobre a saúde no curso psicologia geralmente são capturados por enunciados que tentam explicar o psiquismo por meio de uma compreensão biológica, do normal e patológico, da psicometria, enfim, de um projeto de ciência que pretende não somente descobrir as verdades sobre o sujeito, mas de mensurar estas verdades a fim de poder normatizá-los. No entanto, existem outros discursos que tentam transgredir esta lógica, problematizando a saúde dos sujeitos de forma ampliada.

Na contramão do que o poder biomédico oferece como modelo de atuação para os psicólogos, a disciplina de Processos Psicológicos na Idade Adulta apresentam como conteúdos as seguintes propostas: *Saúde, qualidade de vida e envelhecimento. Políticas públicas e a Pessoa Idosa no Brasil. Intervenção do psicólogo junto à pessoa idosa, sua família e comunidade. Demografia, Epidemiologia e Políticas de Saúde da Pessoa Idosa. Identidade, formas de subjetivação e a pessoa Idosa. Envelhecimento e qualidade de vida.*

¹¹ Scisleski e Guareschi (2010) afirmam que a governamentalidade ocorre através de direcionamentos específicos de uma prática de governo “quando, por exemplo, se governam as famílias, as crianças, os alunos, os trabalhadores, os doentes mentais, os jovens, entre outros. Isto é, há uma multiplicidade de governos que se dão internamente ao Estado e a sociedade (p. 173).

¹² Foucault (2010) ao usar a imagem do *Panótipo* de Jeremy Bentham, afirma que este consiste em uma construção feita em anel e que possui no seu centro uma torre. Nesta torre é necessária apenas a presença de um vigia para perceber o que se passa nos compartimentos da construção. Para o autor o *panóptico* “é em suma, o princípio da masmorra invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder – só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha” (FOUCAULT, 2010, p. 190).

Nota-se nestes conteúdos uma preocupação com o idoso enquanto um sujeito integral, não reduzindo este a qualquer tipo de sintoma ou patologia. O idoso aparece aqui não como um sujeito abstrato, mas como alguém que é constituído em meio ao seu território, sua família e comunidade, o que poderá resultar em práticas diferenciadas por parte dos psicólogos formados. Isto pode encaminhar um debate não somente sobre a doença, mas sobre as tensões presentes na consideração do que seja saúde, em especial a do idoso, além é claro, da preocupação com a saúde numa dimensão política. Deste modo, abre-se a possibilidade de se fazer uma saúde coletiva, “que tem como *objeto* a relação dos indivíduos no território, sendo seu *sujeito* um indivíduo inserido, em relação, nesta coletividade que habita um território” (CAMPOS; GUARIDO, 2007, p. 91, grifo do autor). Este tipo de conteúdo transmite ao psicólogo uma noção de saúde que contempla a vida em toda a sua complexidade, que passa a operar através de uma clínica ampliada, onde o sujeito deve ser cuidado a partir de todo o seu entorno, das suas relações, ou seja, do seu contexto social (CAMPOS; GUARIDO, 2007).

Na disciplina Psicologia Social II, os conteúdos são vistos de modo mais ampliado do que na sua primeira edição. Versam sobre as *Categorias analíticas da psicologia social latino americana: consciência, sujeito, subjetividade, identidade, afetividade. Contemporaneidade e constituição do sujeito. Identidades, identificações em curso, modos de subjetivação, constituição do sujeito. Psicologia política. Psicologia social e saúde. Psicologia social e trabalho. Psicologia social e arte. Psicologia social e práticas educativas. Diversidade. Violência*. Estes conteúdos permitem pensar os sujeitos a partir dos seus espaços, considerando que cada sujeito é o somatório entre a relação com a sua cultura, mais os aspectos ambientais, psicológicos e biológicos. Tais discursos também podem ser considerados “transgressores”, pois rompem com um modelo “colonialista” que transmitiu aos brasileiros uma importação – sem nenhum tipo de adaptação – de práticas psicológicas oriundas dos modelos americanos e europeus. A partir destes conteúdos, podem ser criadas novas práticas psicológicas que estejam mais preocupadas com a realidade local, com os problemas sociais e com os modos de vida do povo latino-americano, que são muito diferentes dos países considerados “primeiro mundo”.

Na esteira daquilo que pode ser considerado o oposto do modelo biomédico da saúde, encontram-se também as disciplinas Psicologia e Atenção a Saúde I e II os seguintes conteúdos:

- *Psicologia e atenção a Saúde I: Movimento Sanitário no Brasil. Saúde Pública e Coletiva. O Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF). A psicologia no campo da saúde. Aspectos éticos. Instituições de saúde e psicologia. Origem e desenvolvimento do Movimento Sanitário no Brasil e sua importância para a construção do SUS. História das políticas públicas de saúde no Brasil. As bases teórico-epistemológicas da saúde coletiva. As conferências de saúde e sua importância na construção do SUS. A construção do SUS: leis 8080 e 0142. SUS e PSF. Possibilidade de atuação do psicólogo em diferentes instituições de saúde. Questões éticas envolvendo o trabalho em saúde.*

- *Psicologia e atenção a Saúde II: O SUS e a luta anti-manicomial. A Reforma Psiquiátrica. Atenção Psicossocial e a rede CAPS. A saúde mental na atenção básica. Os diferentes níveis de atenção em saúde. O lugar da psicologia no sistema de saúde brasileiro. Matriciamento e NASF. Instituições de saúde e psicologia. Interdisciplinaridade. Aspectos éticos.*

A presença dessas disciplinas entre os conteúdos do Eixo Estruturante do Currículo permite destacar que a formação generalista proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de Psicólogos de 2004, tem aqui envolvido a formação de um profissional competente para o trânsito na saúde. Nestas duas disciplinas, o modelo de atenção à saúde do SUS é debatido, possibilitando aos acadêmicos a oportunidade de pensarem a saúde como uma construção política e um direito universal. Por outro lado, é importante enfatizar que estas disciplinas possuem uma carga horário de apenas 2 créditos, ou seja, a duração cada uma delas é de 36 horas/aula. Isto corresponde à metade do tempo dedicado a outras disciplinas do curso, como Psicopatologia I, por exemplo. Tal dado aponta para as dificuldades de se debater estes conteúdos no interior de uma formação que esteve, durante tantos anos, condicionada a um modelo de formação voltado às práticas individuais/privatistas. Assim, os discursos sobre a saúde parecem carecer de grande empreendimento na gestão da formação a fim de possibilitar a crítica e alcançar a designação que aqui fora possível de serem “transgressoras do discurso” em face daqueles normalizadores e de autoridade médico-científica.

Desse modo, se a presença discursos “transgressores” é importante para direcionar a formação dos psicólogos para um caminho crítico, logo, é oportuno lembrar que há de se ter grande potência em seu modo de encaminhamento, para que se estabeleçam discursos e

práticas na contramão da preponderância do modelo médico e economicista que encaminha o setor saúde nos últimos anos no país (LOPES, 2012). É esse debate dessa monta que pode levar ao que indicou Foucault:

talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos deste ‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder moderno (1995, p. 239).

Enfim, a transgressão do discurso “dominante” na saúde permite aos psicólogos a criação de novos espaços de compreensão e prática sobre o que é a saúde. Estes espaços vão além das práticas individuais, e buscam integrar os sujeitos aos seus contextos sociais, produzindo assim novos modos de se estabelecer o contato com a subjetividade humana. Neste sentido, como já enfatizava Martin-Baró (1997, p. 23),

não se pode continuar na inércia dos esquemas teóricos já conhecidos ou das formas de atuar habituais; nosso saber psicológico deve ser confrontado com os problemas novos dos povos centro-americanos e com as questões que lhe são apresentadas.

Coimbra e Leitão (2003) fazem considerações que podem servir de pistas para o que seja a potência de encaminhamento desses discursos aqui considerados transgressores. As autoras afirmam que o entendimento sobre a subjetividade humana deve ir além dos “essencialismos” e dos “especialismos”. As autoras, ao apontarem algumas linhas de fuga à ordem do discurso psicológico, mostram a necessidade de “pensar o homem e a sociedade, a psicologia e a política não como territórios excludentes, mas como campos conectados que se atravessam e se constituem” (COIMBRA; LEITÃO, 2003, p. 06). Estes discursos diferentes, contra-discursos ou discursos transgressores tentam edificar saúde sobre uma noção da integralidade, quando o sujeito passa a ser visto como um todo – como um ser biopsicossocial, o que será analisado no subcapítulo seguinte, quando se analisará como tais discursos se fazem presentes no curso analisado.

5.2 SOBRE OS DISCURSOS QUE CORRESPONDEM AO SUJEITO DA INTEGRALIDADE

5.2.1 Sobre a integralidade: a autoridade médica e o método científico

Discursos sobre a noção de integralidade, a rigor, conduzem a um distanciamento daquilo que se considerou neste trabalho como autoridade médica e método científico. Isto porque, os discursos sobre a integralidade surgiram no Brasil, como combustível para o Movimento da Reforma Sanitária, sendo alimentado por um discurso de contraposição ao modelo de atenção vigente no país, sobretudo o modelo Flexneriano¹³ que se instalou no Brasil durante o Regime Militar. Na época havia uma desarticulação entre os serviços de saúde, que eram uma consequência da forma em que a saúde era concebida, a saber, apenas como ausência de doença, com modelos de atenção focados apenas numa lógica hospitalocêntrica e curativista (DA ROS, 2006). Não havia uma atenção num sentido mais amplo, que abarcasse modos de promoção de saúde, ou que fizesse referências às condições sociais e psicológicas da população. O homem era perspectivado pela saúde apenas na dimensão do corpo/biológica. Assim, busca-se na exposição dessa série considerar como a ideia de integralidade, mesmo sendo capitaneada por um discurso de resistência, se coloca em tensões ou coexiste com o modelo médico e científico no curso de psicologia analisado. Haja vista que essa é uma realidade no setor saúde – a convivência de paradigmas como o da epidemiologia e o de modelo de atenção integral.

Em oposição àquilo que é considerado neste trabalho como autoridade médica, a disciplina Psicologia e Saúde é vista a apresentar, em sua ementa, as seguintes propostas: *A psicologia nos programas e serviços de saúde e em equipes de saúde. Integralidade, intersectorialidade e controle social*. Estas propostas transgridem ao discurso da autoridade médica, uma vez propõe analisar a saúde *in totum* seja pela integralidade, ou na gestão dos serviços por meio da intersectorialidade. Tal abordagem problematiza a ideia de que o poder precisa circular entre os diferentes profissionais, abrindo espaço para novas práticas, uma vez que a integralidade está além da consideração do que seja biológico. Destaca-se ainda o

¹³ O modelo Flexneriano, foi um modelo de formação utilizado em alguns cursos da área da saúde, sobretudo nos cursos de medicina, que teve sua inserção no cenário brasileiro com a Reforma Universitária de 1968. Este modelo recebeu fortes críticas, pois sua proposta de formação está baseada em um modelo biologicista, hospitalocêntrico, com uma visão de homem fragmentada (DA ROS, 2006).

protagonismo social e a proposta de um controle por parte da população sobre os serviços de saúde ofertados.

No entanto, por mais que existam propostas de formação que tentem ir além de uma noção de saúde focada no biológico, observa-se que a integralidade aí relacionada se dá envolta à ideia de que esses espaços e a formação para o trabalho neles ainda se encontram em construção e em meio ao seguinte paradoxo: de um lado um forte apelo para uma formação que contemple as novas modalidades de atenção propostas pelo SUS, mas que tal formação encontra-se simultaneamente imbricada com um modelo econômico que ostensivamente tem transformado a saúde como uma mercadoria. Nota-se com isso que a saúde é uma ação no tempo que está condicionada a muitos fatores, e conforme descreve Medeiros, Bernardes, Guareschi (2005, p. 264),

Operamos com a ideia de que saúde não é um objeto que encontramos através dos tempos, independentemente da relação que se tem com ele e do modo como é acessado. Estamos falando de algo que está perenemente sendo forjado: as regras, as ações. Lida-se com algo em movimento, que também produz determinados movimentos.

É em meio aos jogos de verdades, produzidos por discursos sobre a saúde num plano fragmentado, medicalizante, com fortes apelos da indústria farmacêutica, a privatização da saúde e os discursos propostos pela integralidade [SUS], que a subjetividade dos psicólogos está sendo formada e por consequência a consideração do sujeito que venha a fazer uso desses serviços.

No currículo analisado a disciplina Psicologia da Saúde, já apresenta um debate sobre: *Psicologia nos três níveis de atenção (SUS): atuação do psicólogo. A psicologia em unidades de saúde, hospitais, centros de reabilitação e comunidade. Temas em psicologia da saúde. Pesquisa e intervenção, ética e interdisciplinaridade. Questões contemporâneas*. Esta disciplina, juntamente com disciplina Psicologia e Saúde I e II, parece estabelecer novas propostas de saúde para a formação dos psicólogos, articuladas com perspectivas de saúde vinculadas ao SUS.

Contudo, estes conteúdos ainda podem ser considerados como uma novidade na formação dos psicólogos, visto que a sua entrada no currículo dos cursos de psicologia só foi possível por meio das exigências levantadas pelas Diretrizes Curriculares de 2004, aliadas as discussões levantadas com o advento do SUS. A abordagem *in totum* do que pode ser a

articulação de diferentes instituições e a interdisciplinaridade como modo de consideração de um sujeito que seja integral traz um nível de complexidade que por vezes pode não ser alcançado, tendo-se a recorrência à lógica médica, conhecida, como caminho para a consideração desses novos espaços. Relacionado a isto, a formação do psicólogo já tradicionalmente direcionada para práticas de saúde especializadas, com grande enfoque na clínica herdada do modelo médico, certamente trará grande dificuldade para o ensino da complexidade que envolve a organização do sistema de saúde, que tem a integralidade dos sujeitos atendidos como princípio.

Sobre tal complexidade vale lembrar que em relação à integralidade enquanto uma prática [integralidade vertical]¹⁴, a política de saúde vigente no Brasil prevê uma hierarquização dos níveis de atenção primário, secundário e terciário. De acordo com Kahhale (2003), no nível primário estão as ações voltadas para a promoção e manutenção da saúde, realizadas através de projetos nas comunidades. No nível secundário de atenção encontram-se nas ações de prevenção (doença ou problema) e diagnóstico (doença ou problema ou transtorno), e tem nos postos e centros de saúde os seus locais de referência. E por fim, a atenção terciária/quaternária está incumbida de realizar ações de restabelecimento da saúde e enfrentamento da doença, tendo o *locus* da sua ação os hospitais gerais e especializados.

Nesses níveis de atenção, contemplar as subjetividades envolvidas, seja nos serviços, seja na gestão, faz parte do desafio aludido. Kahhale (2003, p. 182), observa que “a rede básica de saúde permite o atendimento de até 90% das necessidades da população [...]”, devendo encaminhar para os outros níveis de atenção apenas os casos que forem necessários. Contudo, o que se observa é que tanto na formação, quanto na prática dos profissionais de saúde, o nível primário ainda é considerado como um espaço de menor importância na rede de atenção, o que por outro lado é o que carrega maior complexidade. Ou seja, tal nível de atenção, que vem sendo preconizado como o mais importante de ser alcançado, pode não alcançar sua potencialização pela preponderância do que seja a lógica médica, a mais conhecida.

¹⁴ A integralidade é uma forma de olhar para o homem como um “um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990, p. 05). O SUS concebe a integralidade como vertical e horizontal. A integralidade vertical implica em considerar o ser humano “[...] como um todo não fragmentado, integrado a uma comunidade e vivendo num contexto específico” (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003, p. 24). A integralidade vertical pode ser sintetizada como uma forma de olhar para o homem. Já a integralidade horizontal é uma maneira de conceber a atenção à saúde, onde os serviços de “prevenção, recuperação e a reabilitação precisam estar articulados” (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003, p. 24). Na integralidade horizontal, a fim de considerar a integralidade, tal sistema de saúde teria uma condução do sujeito nele.

Talvez, o que deve ser considerado neste subcapítulo, é que os espaços de atenção, e lógicas diferenciadas vêm sendo organizadas nos currículos, mas seus conteúdos parecem envolver ainda largas discussões, por ainda se constituírem uma novidade na articulação do pensamento psicológico, envolto em uma lógica da autoridade médica e método científico. Desse modo tais novidades, quase sempre serão alimentadas por discursos que versam sobre a possibilidade de conhecer a subjetividade humana a partir de conhecimentos sobre o biológico, o empírico, o testável e o comparável. Tais discursos-novidade poderão diante das dificuldades em conceberem os sujeitos como integrais, envolver-se com novos discursos e possivelmente práticas “desintegradas”.

Nessa mesma direção dos discursos da autoridade médica, podem ser percebidos outros discursos que tentam implantar no curso de psicologia uma noção de saúde mais ampliada e voltada para as questões da integralidade, o que será visto nas demais séries desse subcapítulo.

5.2.2 Sobre a integralidade: a previsão dos comportamentos e a normalização das condutas

A busca acerca de como a integralidade é considerada na formação dos psicólogos, a partir do currículo analisado, faz com que a série previsão dos comportamentos e normalização das condutas apareça de modo diminuído neste subcapítulo, ou que sejam encontrados conteúdos muito mais que exercitam uma passagem para uma consideração do sujeito diferente daquela normalizadora. Isto porque ao olhar para o sujeito de forma integral, há um compromisso ético de respeitá-lo enquanto um sujeito que deve ter sua autonomia preservada, independente da sua condição social, cultural, econômica, etc.

A integralidade, seja no modo de olhar para o ser humano ou na forma de organizar o sistema de saúde, parece estar sempre em oposição aos discursos sobre a saúde que historicamente foram disseminados na sociedade brasileira, onde a saúde era um direito apenas daqueles que tinham condições financeiras. Logo, para que a noção de integralidade alcance a sociedade, é necessária uma nova postura cultural e social frente às questões da saúde. Para Narvai (2005), esta noção de saúde [integralidade] vai além dos “serviços de saúde” para formar um “sistema de saúde”. Neste sistema de saúde todos participam. Não há

uma concentração do poder apenas nas mãos daqueles que detêm o conhecimento científico, mas os conhecimentos circulam para que todos possam ter sua saúde promovida.

Diferentemente de uma abordagem que busque disciplinar os sujeitos por meio de um saber científico, algumas disciplinas analisadas nesta série indicam caminhos alternativos. Por exemplo, na disciplina de Psicologia e Processos Educacionais é possível visualizar na ementa as seguintes discussões: *As Relações Interpessoais em Contextos de Ensinar e Aprender. Algumas Temáticas. Características do Universo Educacional e Atuação do Psicólogo: Diferentes Focos e Possibilidades*. Ora, tal abordagem permite uma discussão diferente frente aos problemas de aprendizagem, que passa de um controle, disciplina, ou ainda explicações de nível neuropsicológico, para uma atenção às demandas de um contexto das relações entre o aluno e o professor. Desta forma, o modo mais abrangente da consideração do espaço escolar na disciplina aludida mostra a possibilidade de consideração do sujeito [aluno], também mais ampliada, o que pode dar espaço para a integralidade.

A proposta de saúde do SUS, ao invés de atuar apenas como uma forma de controlar os sujeitos por meio dos serviços de saúde – lógica da medicina social – pretende fazer surgir a noção de usuário dos serviços de saúde, em contraposição à figura do paciente, tão difundida nos serviços de saúde. Neste sentido se fazem importantes os conteúdos apresentados na ementa da disciplina de Psicologia da Saúde, quando apresenta as seguintes propostas de estudo: *A relação entre comportamento e Saúde. Integralidade, intersectorialidade e controle social*. Nesta mesma direção, a disciplina de Psicologia e pessoas com deficiência aborda em sua ementa conteúdos sobre *Políticas Públicas e pessoas com deficiência. Intervenção do psicólogo junto a pessoas com deficiência, suas famílias e comunidade*. Nota-se que a psicologia aqui é apresentada num diálogo com as políticas públicas, abrindo espaço para intervenções que na família e na comunidade do usuário. De igual modo, a disciplina Psicologia do Trabalho, apresenta como conteúdos, o *trabalho como um fenômeno psicológico e social. Significado e sentidos do trabalho na vida das pessoas. Psicologia do trabalho: objeto, objetivos e tendências históricas*.

Os conteúdos destas disciplinas parecem ir contra aquilo que Bernardes (2010, p. 214) apontou como “a fragmentação do ‘eu’ privado [...] por meio da proliferação de teorias que o objetivam”. Tais disciplinas parecem problematizar os sujeitos inseridos nos contextos de vida [trabalho, escola, família, etc.], espaços os quais se pode lembrar, são normalizadores, enquanto espaços ocupados pelas biopolíticas. Contudo, tais conteúdos já deixa entrever um sujeito em relação a essa norma. Tal presença do sujeito parece que vem fragilizar uma normalização a partir de saberes apríorísticos ou massificantes.

Os conteúdos analisados nesta série parecem fazer uma passagem à integralidade, ou uma revisão dos conteúdos marcadamente oriundos do modelo médico presentes nos currículos da psicologia, apresentando modalidades diferentes de diálogos, agora relativos às práticas sociais diferenciadas. Tais conteúdos apontam para a integralidade enquanto possibilidade de livrar os sujeitos de práticas que estejam vinculadas a naturalizações de teorias que são ensinadas e que conduzem para práticas tidas como legítimas ou verdadeiras (GUARESCHI et al, 2010). Isto porque a desnaturalização da subjetividade impossibilita que quantificações, mensurações e normalizações da *psique* dos sujeitos sejam realizadas.

5.2.3 Sobre a integralidade: a transgressão do discurso

Conforme visto no capítulo anterior, a formação dos psicólogos – a exemplo de outras formações no campo da saúde – ainda está voltada para uma lógica onde predominam discursos sobre uma “biocentralidade” (Guareschi, 2010). Porém, existem outros discursos que vêm de modo mais direto contrapor esta lógica.

Nos planos de ensino analisados, pode-se notar a “presença” de uma noção bem direta da integralidade nas seguintes disciplinas: *Desenvolvimento Humano e Aprendizagem*, *Psicologia Histórico-Cultural*, *Processos psicológicos na Idade Adulta e Velhice*, *Psicologia e Atenção a Saúde I* e *Psicologia e Atenção a Saúde II*. Nestas disciplinas a integralidade pode ser identificada na sua dimensão vertical e horizontal, que correspondem, respectivamente, a uma forma de olhar para o homem na sua dimensão biopsicossocial e nos modos de organizar os serviços de saúde, de forma que os níveis de atenção estejam articulados [não fragmentados].

Sobre a integralidade vertical, tem-se na disciplina *Desenvolvimento Humano e Aprendizagem*, os seguintes conteúdos: *Dimensões biológicas, históricos, sociais e culturais do desenvolvimento psicológico*. Por sua vez a disciplina *Psicologia Histórico-Cultural*, apresenta as seguintes propostas na sua ementa: *A constituição do Sujeito. Imaginação, Processos criativos e constituição do sujeito. Contemporaneidade e subjetivação*. Estes modos de olhar o homem, buscando uma compreensão da sua subjetividade a partir de uma diversidade de contextos, não são exercícios efêmeros. A partir destes discursos é que serão constituídas as práticas sobre os sujeitos. Deste modo, se na disciplina *Desenvolvimento Humano e Aprendizagem*, existe uma preocupação com as dimensões “biológicas, históricas,

sociais e culturais do desenvolvimento psicológico”, significa dizer que as práticas que irão derivar destes discursos exercitarão a consideração destas variáveis.

A disciplina Processos psicológicos na Idade Adulta e Velhice, permite aqui uma compreensão da integralidade enquanto um cuidado com os sujeitos, que vai além dos serviços de saúde. Nesta disciplina, a ementa contempla as seguintes abordagens: *O idoso no contexto familiar: o papel do cuidador. Trabalho, aposentadoria e envelhecimento. Conjugalidade, sexualidade na vida adulta e no envelhecimento. Sexualidade. Gênero, classe, etnia no envelhecimento. Aspectos sociais, culturais e psicológicos da vida adulta na contemporaneidade. O estatuto do idoso. Gênero, classe, etnia e suas transversalidades na compreensão da velhice no Brasil.* Pode-se observar uma preocupação integral com a pessoa do idoso, que perpassa as questões familiares, de trabalho, sexualidade, gênero, enfim que versam sobre o idoso enquanto cidadão, inserido no seu contexto social. Tais abordagens demonstram que para além de uma medicalização do idoso ou das práticas asilares, muito comuns em nosso país, o idoso é visto como alguém que possui direitos de viver, de ter sua saúde preservada por meio de serviços que respeitem a sua condição de vida.

A mudança de discurso sobre os sujeitos não pode ser realizada sem uma modificação das práticas. Desse modo, nota-se que discursos que apresentam uma transgressão ao modelo biomédico produzem rupturas com as práticas assistencialistas de saúde, propondo novas formas de atenção. Neste sentido, sobre as disciplinas que apresentam uma noção de integralidade horizontal, é possível notar um apelo para novas práticas de atenção à saúde. Na disciplina Psicologia e Atenção a Saúde I são apresentados os seguintes conteúdos: *Saúde Pública e Coletiva. O Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF). Movimento Sanitário no Brasil. Possibilidade de atuação do psicólogo em diferentes instituições de saúde.* Nota-se nestes conteúdos – principalmente a partir do SUS, da ESF e da possibilidade de atuação do psicólogo em diferentes instituições – uma proposta de formação aos psicólogos voltada para um trabalho que vai além das paredes dos consultórios de psicologia, nesse sentido o sujeito para a ser considerado em outros espaços.

Na disciplina Psicologia e Atenção II, têm-se como conteúdos as seguintes propostas: *Movimentos sociais, Estado, sociedade civil. / O SUS como processo político-social - SUS como política pública de saúde./ A saúde mental no SUS: o papel da Psicologia e da interdisciplinaridade (reforma psiquiátrica, modelo médico-centrado, etc.). A consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil. / O modelo de atenção em saúde mental nos diferentes níveis: atenção primária, média complexidade e atenção hospitalar. / Instituições de saúde e o fazer psicológico. / Interdisciplinaridade / Considerações éticas.* A partir destes

conteúdos, a saúde é apresentada aos alunos uma dimensão política, o que pode ter decorrências para uma correspondente consideração dos sujeitos, envolvidos no trabalho do psicólogo em suas relações política.

Este novo olhar sobre a saúde traz novas demandas para atividade profissional do psicólogo. Se antes, havia uma formação que separava a clínica da política (BENEVIDES, 2009), agora há uma necessidade de entender a saúde [e conseqüentemente os sujeitos] de forma mais ampliada. As palavras de Da Ros (2006), parecem sintetizar quais são as propostas de uma formação baseada na integralidade:

Esse novo/velho eixo – Integralidade – tem, entre seus sentidos, o de promover saúde, prevenir e atender doenças, simultaneamente e, também, comporta o entendimento de que o corpo não é um somatório de fragmentos anatómicos. Igualmente, permite perceber que: saúde é, ao mesmo tempo, social, biológica e psicológica; que as necessidades da população vão além, do que chamamos de necessidades epidemiológicas; que só podemos produzi-la pensando interdisciplinarmente (isso não se dá como uma profissão “comandando” as ações de outra) e intersetorialmente, se estivermos abertos para a pluralidade – reconhecer que o “outro” tem verdades diferentes das nossas (DA ROS, 2006, p. 65-66).

Entre as disciplinas que fazem um debate sobre a atuação do psicólogo no contexto da clínica encontram-se a Psicanálise, Psicologia e Pensamento Sistêmico, Psicologia Cognitiva, Psicologia Comportamental e Psicologia de base Fenomenológica. Cada uma destas teorias estudam os fenômenos psicológicos através de diferentes abordagens e objetos. Estas constituem um capítulo à parte nos cursos de graduação de psicólogos, pois geralmente, são estas as disciplinas que dão um embasamento ao acadêmico do curso de psicologia, para o desenvolvimento da aprendizagem das teorias, técnicas e práticas de psicoterapia durante a formação (GUARESCHI et al., 2010, p. 71). E aqui também assim são consideradas também à parte, no sentido de serem analisadas acerca de suas possibilidades de conferirem aos alunos alguma noção de integralidade.

A fim de verificar se as disciplinas que fazem uma relação com as teorias e técnicas psicológicas utilizadas na clínica, conferem alguma noção de integralidade aos alunos, será realizada a seguir uma análise das ementas de duas dessas disciplinas consideradas como abordagens teóricas: as disciplinas de *Psicanálise* e *Psicologia Comportamental*.

- **Psicanálise:** *Introdução aos fundamentos da psicanálise, no que se refere aos conceitos de inconsciente, sexualidade e transferência. Histórico da Psicanálise. Conhecer alguns aspectos históricos do movimento psicanalítico. Situar a psicanálise em relação à ciência psicológica. Identificar o método e o objeto da psicanálise.*

- **Psicologia Comportamental:** *O comportamento como fenômeno de estudo. Contribuições recentes dos estudos do comportamento, estudos básicos e de laboratório, estudo de campo e aplicados. Precursores dos estudos do comportamento. Comportamento como interação com o ambiente, classe de fenômenos que constituem a relação, cadeias comportamentais. Aprendizagem e condicionamento de comportamento simples e complexos, discriminação e generalização, comportamentos complexos e inacessíveis à observação direta. Análise comportamental de fenômenos complexos e sua decorrência para o ensino, a aprendizagem, o planejamento de ambientes sociais e para a correção de comportamentos problema.*

Na ementa da disciplina de Psicanálise, nota-se a intenção de fazer uma problematização do sujeito enquanto um ser que possui sua verdade no inconsciente. Neste sentido, para que a verdade do sujeito possa emergir, foi necessário o desenvolvimento de um conjunto de técnicas que permitisse “a criação de uma arte de escutar e falar de si, a arte da confissão contemporânea, pois é o Outro que terá a chave do que o próprio sujeito desconhece” (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005, p. 266). Para estas autoras, a Psicanálise permitiu à Psicologia uma entrada ao mundo da saúde por meio do estudo da psicopatologia. E apesar da psicanálise se considerar um campo distinto da ciência, ela surge com em meio ao discurso da medicina.

De certo modo, a psicanálise, ao se voltar originalmente para a complexidade dos aspectos relativos ao inconsciente dos sujeitos, pode não alcançar o compromisso de fazer [dentro da graduação] um debate mais sobre a dimensão acerca de como, na prática, demandas que podem afetar a saúde destes. E, ainda, por esta disciplina estar mais focada nos aspectos gerais da teoria, não há uma discussão que aponte para a integralidade. Relacionado a isto está o que afirma Guareschi et al (2010, p. 73), “os currículos dos cursos estão organizados de forma que primeiro sejam estudadas todas as disciplinas teóricas e, somente depois, na inserção dos alunos em estágios profissionais, seja vivenciada essa interação”.

Geralmente nos cursos de psicologia, os estágios profissionalizantes são realizados entre o 7º e o 10º semestre, o que causa um distanciamento entre a teoria e a prática durante a formação, sendo tais abordagens teóricas vivenciadas de modo descontextualizado ao que seja a prática profissional, e por outro lado, mantendo a promessa de serem o subsídio para a formação.

Em relação ao segundo exemplo das disciplinas compreendidas como abordagens teóricas, na Psicologia Comportamental, o que se percebe são discursos de uma psicologia que se pretende ser científica, por meio do controle das inúmeras variáveis que envolvem o comportamento humano. Algo que salta à vista nesta análise é a presença do conteúdo: *Análise comportamental de fenômenos complexos e sua decorrência para o ensino, a aprendizagem, o planejamento de ambientes sociais e para a correção de comportamentos problema*. Neste extrato, pode-se perceber que, esta disciplina pode transmitir ao estudante de psicologia a ideia de ser possível operar apenas sobre aquilo que está “com problema”, sobre o disfuncional, o patológico, reforçando essa compreensão e trazendo certo retorno ao que fora analisado na série autoridade médica e método científico. Para Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005, p. 268),

a psicologia como ciência do comportamento, abre e cria um espaço para o controle das condutas e dos comportamentos que possam causar prejuízos à saúde da população e desorganizar os espaços urbanos, contribuindo para conformar o conceito de saúde em relação aos corpos e comportamentos dos indivíduos.

O que se pode notar nas disciplinas das abordagens teóricas, é que estas surgiram num momento histórico em que o poder médico estava no seu auge. Assim, mesmo que algumas delas tivessem em seu cerne projetos de se estabelecerem na contramão a um modelo médico ou cientificista, na prática, podem, ao mesmo tempo, afirmar uma perspectiva de intervenção que considere o sujeito em meio à suas inter-relações, e ao mesmo tempo, desenvolver diálogo parco com a psicologia e com o sujeito que enfim é aquele para o qual deve ser destinada uma atenção integral.

Relacionado a isto é que, a fim de se voltarem à ideia de integralidade, as abordagens teóricas presentes no currículo analisado têm o desafio de alcançarem a transposição do modelo da clínica individual. De acordo com Kahhale (2003, p. 184),

O método clínico surge em 1896, para resolver os problemas do indivíduo; o profissional objetivava a compreensão e tratamento das doenças ditas mentais. A

clínica psicológica tradicional ou clássica fazia psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal. Era exercida em consultórios particulares, atendendo à clientela de segmentos sociais altos. Era uma atividade autônoma, não inserida no contexto dos serviços de saúde. O enfoque era intra-individual, centrado num indivíduo abstrato, natural, livre e a-histórico. Seguiu o modelo médico, que era considerado com autoridade máxima na área.

O que se pode observar, é que a consideração da integralidade, especialmente nas chamadas abordagens teóricas, exige uma revisão sobre modos como estas mesmas linhas teóricas passaram a ocupar espaços centrais da formação em detrimento de outras visibilidades necessárias ao psicólogo. Sobre isto, Coimbra (1995, p. 67) indica que no início do processo de formação de psicólogos no país, as “abordagens” era o modo possível de abordagem inter profissional tendo em vista a censura para outros diálogos que envolvessem a política. De acordo com a autora,

Num contexto político onde grassa a censura, o terror nos mais variados espaços, o medo e o "desbunde", em que os projetos de ascensão social tomam-se prioritários, no qual o intimismo predomina em detrimento do público e o familiarismo é a tônica, esta forma de pensar uma prática clínica é hegemônica, mas uma clínica que nada tem a ver com o mundo, mas com uma assepsia fastigiosa, com uma total desvinculação de qualquer tipo de implicação, de transversalidade.

Relacionado a isto é que parece que a ideia de integralidade impõe às abordagens teóricas em psicologia outras possibilidades de considerar o sujeito além daquelas que foram impostas historicamente por modelos políticos, e de saúde, unidirecionais. Deste modo é que se considera a integralidade como uma transgressão aos discursos de saúde. Infelizmente esta transgressão parece estar mais presente no campo dos debates, do que precisamente nas práticas dos profissionais. Contudo, é importante que a formação dos psicólogos “fale” sobre a integralidade aos alunos, pois do contrário não há como os acadêmicos se afetarem por este discurso. Pois, como afirma Kahhale (2003),

Existem obstáculos à implantação e construção desta proposta de saúde coletiva, decorrentes da fragmentação do conhecimento próprio do sistema capitalista, que se expressam em diferentes níveis: nas disciplinas científicas e profissões correspondentes, que se consideram auto-suficientes e presas as suas especialidades, dificultando um diálogo; na organização das instituições, onde cada disciplina e correspondente área profissional está num campo administrativo isolado; nas relações psicossociológicas, que transformam cada especialidade numa fortaleza isolada; e nas expressões culturais, que utilizam uma linguagem acessível somente aos

iniciados no próprio campo ou disciplina, o que inviabiliza um diálogo entre as disciplinas e profissionais bem como a população atendida (KAHHALE, p. 185).

Os obstáculos estão postos e alguns puderam ser identificados. Logo, é necessário pensar uma formação que possibilite aos acadêmicos a criação de estratégias que possibilite ultrapassá-los. Para que isso ocorra, há que se mexer na formação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou traçar um percurso que permitisse uma compreensão de como os discursos sobre a saúde são abordados na formação dos psicólogos. É importante destacar que em nenhum momento houve a pretensão de avaliar o curso ou indicar adequação de conteúdos, mas tão somente problematizá-los à luz dos debates mais recentes sobre saúde e formação de psicólogos. Antes disso, o objetivo aqui foi o de tentar dar visibilidade para os conteúdos que formam [e que formaram] os psicólogos, e que de certo modo os constituem como sujeitos.

Como resultado deste estudo, se pode perceber uma forte presença de discursos que conferem uma noção de saúde aos acadêmicos, pautados numa lógica importada do modelo biomédico, com forte presença dos métodos e conhecimentos sobre as medidas psicológicas. Tais discursos parecem conferir um misto de autoridade e cientificidade ao trabalho do psicólogo. A presença destes discursos pode ser visualizada com maior frequência nas disciplinas Psicopatologia I e II, Avaliação Psicológica e Psicometria. Estas disciplinas possuem um forte apelo para práticas classificatórias sobre indivíduos, sustentadas por uma noção do biopoder. Considera-se que a produção destes saberes sobre os sujeitos conferem aos estudantes de psicologia a formação de subjetividades atreladas às práticas onde o psiquismo é naturalizado.

Foi possível compreender que os discursos sobre a noção da integralidade são pouco disseminados nas disciplinas que compõem o Eixo Estruturante do curso. Este dado pode ser visualizado de forma muito clara no número de créditos (horas/aula) das disciplinas que fazem algum debate com a saúde, que geralmente corresponde a metade das demais disciplinas. Por estes motivos, a integralidade pode ser identificada neste estudo, como relativa aos conteúdos que conferem uma noção de transgressão ou oposição aos discursos da autoridade médica, método científico, previsão e normalização de comportamento. A noção da integralidade parece conferir outros direcionamentos a uma estrutura inicial das disciplinas do curso. Uma concepção sobre o ser humano que permite a proposição de novos espaços para a atuação dos psicólogos, produzindo atendimentos menos fragmentados, respeitando a dimensão bio-psico-social dos sujeitos.

Enfim, ao que parece, os psicólogos no atual momento são formados em meio à discursos paradoxais. De um lado têm-se uma proposta de formação conservadora, calcada em conhecimentos sobre o biológico, a patologia, a classificação dos sujeitos, etc. Do outro,

existe uma proposta de olhar para o sujeito como um ser integral, único, participante de um momento histórico, pertencente à determinada cultura, etc. A formação dos psicólogos tem produzidos “sujeitos de saúde” atravessados por estas duas propostas de formação.

É importante salientar ainda que esta pesquisa analisou apenas as disciplinas de um determinado curso, o que não permite uma visão mais ampla sobre a formação dos psicólogos. No entanto, ao contrário de ter a pretensão de discorrer sobre os discursos sobre a formação dos psicólogos de forma conclusiva, este estudo buscou apenas lançar alguns olhares sobre o tema. Logo, não teve intenção de propor conclusões, mas sim levantar provocações para que outras pesquisas sobre este tema possam ser realizadas. Talvez uma contribuição que fica deste estudo é a sua intenção de mostrar que a formação dos psicólogos, no que tange a saúde, é composta por diversos discursos que estão o tempo todo sendo atravessados por diferentes olhares teóricos e metodológicos, e que estes não são construídos de forma neutra, mas, antes, são resultados do fazer humano na história.

Uma das dificuldades encontradas neste estudo foi a de achar pesquisas que falassem sobre o currículo e a formação dos psicólogos numa perspectiva foucaultiana. Por este motivo, as reflexões realizadas por Guareschi et al (2010) foram muito importantes, servindo de “baliza” para este estudo. Neste sentido, propõe-se que outras pesquisas desta natureza possam ser realizadas, a fim de problematizar os discursos que são transmitidos aos acadêmicos dos cursos de psicologia. Isto porque é a partir das disciplinas estudadas e dos seus discursos, que os acadêmicos constituirão sua subjetividade enquanto futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

ANCONA-LOPEZ, M. **Considerações sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de psicologia.** In: MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A.; SIMON, C. P. Formação em Psicologia: serviços-escola em debate. São Paulo: Vetor, 2005.

ANTUNES, M. A. M. **A Psicologia no Brasil: Leitura Histórica Sobre sua Constituição.** São Paulo: UNIMARCO e EDUC, 2007.

ANTUNES, M. A. M. . **A Psicologia no Brasil no Século XX: desenvolvimento científico e profissional.** In: Marina Massimi; Maria do Carmo Guedes. (Org.). História da Psicologia no Brasil: novos estudos. 1 ed. São paulo: Educ/Cortez Editora, 2004, v. 1, p. 109-152

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **História da Educação.** 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: Moderna, 1996.

BASTOS, A. V. B. Perfis de formação e ênfases curriculares: o que são e por que surgiram. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF.** Vol. 14 – nº 1. Jan. Jul. 2002.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. **Psicol. Soc.** [online]. 2005, vol.17, n.2, pp. 21-25.

BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza Maria de Fatima. Práticas psicológicas: enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. **Estudos de Psicologia,** 15(3), setembro-dezembro/2010, pp. 269-276.

BERNARDES. Jéferson de Souza. **O debate atual sobre a formação em Psicologia no Brasil:** permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais. 2004.181 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

BOCK, Ana Mercês Bahia. **Aventuras do Barão de Münchhausen na psicologia.** São Paulo: EDUC, 1999.

_____. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estud. psicol. (Natal),** Natal, v. 4, n. 2, Dez. 1999 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1999000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Set. 2011.

_____. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 11, n. 1, June 2007 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Mai. 2012.

BOCK, A.M.B., FURTADO, O, TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias: Uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saraiva. 2008.

BOING, Elisângela e CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica:: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras1. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2010, vol.30, n.3, pp. 634-649. ISSN 1414-9893.

BRASIL. **Lei nº4.119, de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre a formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. In: *Diário Oficial da União*. Brasília, cap. IV, art. 16, p. 03. 5 set. 1962.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. **ABC do SUS - doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 7. Out. 2011.

_____. **Parecer nº CNE/CES 0062/2004, de 12 de abril de 2004**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. In: *Diário Oficial da União*. Brasília, Processo nº 23001.000321/2001-99. 19 fev. 2004. Não paginado.

BUARQUE, Cristovam. **Série Grandes Depoimentos: A refundação da universidade**. Brasília: ABMES Editora, 2005.

CALAIS, Sandra Leal and PACHECO, Elisabeth M. de Camargo. **Formação de psicólogos: análise curricular**. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)** [online]. 2001, vol.5, n.1, pp. 11-18.

CAPONI, Sandra. A lógica da compaixão. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 21-22, n. 1, 1999 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31731999000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2011.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J (Org). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. pp. 81-102.

CECCIM, Ricardo Burg *et al.* **Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1567-1578. ISSN 1413-8123.

CHAUÍ, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação.** Nº 24 Set/Out/Nov/Dez, 2003.

COIMBRA, C.M.B. **Guardiães da ordem:** uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "milagre". Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, C.M.B.; LEITÃO, M.B.S. (2003). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia e Sociedade*, 15(2), 6-17.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da and OLIVO, Vânia Maria Fighera. **Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1385-1394. ISSN 1413-8123.

DA ROS, Marco. **Os desafios de formação dos profissionais da saúde, à luz dos valores, princípios e bases organizativos do PSF no Brasil.** Disponível em: < Erro! A referência de hiperlink não é válida. >. Acesso em 18 out. 2011.

_____.A. **Políticas públicas de saúde no Brasil.** In: BAGRICHEVSKI, M. (org.). Saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova Letra, 2006, p.44-66[A1]. Disponível em <http://boletimef.org/biblioteca/2544/Livro-A-saude-em-debate-na-Educacao-Fisica-v-2> Acesso em 28 fev 2011.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud. psicol. (Natal)** [online]. 1998, vol.3, n.1, pp. 53-81.

FÁVERO, Maria de Ludes de Albuquerque. A universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar, Curitiba. Editora UFPR**, n. 28, p. 17-36, 2006.

FERREIRA NETO, João Leite. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2010, vol.30, n.2, pp. 390-403. ISSN 1414-9893.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 114, Nov. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742001000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Mai 2012.

FOUCAULT, Michel. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, H. L. ; RABINOW, P. Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. **O nascimento da Medicina Social**. In: MACHADO, Roberto. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998. p. 79-98

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FREIRE, Francisca Marina de Souza e PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica:: em busca da integralidade. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2010, vol.30, n.4, pp. 840-853. ISSN 1414-9893.

GUARESCHI, N. M. F. *et al.* Currículo de Psicologia, a Psicologia Social e a Formação para a Saúde Coletiva. **Revista Psicologia e Saúde**, v.2, n.2, jul-dez. 2010. pp. 1-11.

GUARESCHI, N. M. F. *et al.* **Psicologia, formação, política e produção em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

HERTER, Marcos Lourenço *et al.* **Psicologia**. In: A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004 / Organizadores: Ana Estela Haddad *et al.* Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HUTZ, C. S. **Ética na Avaliação Psicológica**. In: CUNHA, J. A.; HUTZ, C. S. Avanços e Polêmicas na Avaliação Psicológica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

KAHHALE, Edna M. Peters. **Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada**. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (org.). A perspectiva sócio-história na formação em Psicologia. Petrópolis: Vozes, 2003.

KUJAWA, H., BOTH, V., & BRUTSCHER, V. (2003). **Direito à saúde com controle social**. Passo Fundo, RS: Fórum Sul de Saúde (PR, SC e RS) / Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP). Disponível em <http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_direito_saude_controle_social.pdf>. Acesso em 10 de mai. 2011.

LEMOS, F. C. S.; CARDOSO; H. R. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, 21(3), 353-357. Acesso em 30 mai. 2012. Disponível em HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300008&lng=en&tlng=pt.

LISBOA, Felipe Stephan e BARBOSA, Altemir José Gonçalves. **Formação em Psicologia no Brasil: um perfildos cursos de graduação**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2009, vol.29, n.4, pp. 718-737. ISSN 1414-9893.

LOURENÇO FILHO, M. B. (1971). A psicologia no Brasil nos últimos 25 anos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, 23(3), 143-151.

LOPES, ANA MARIA PEREIRA. **Saúde no processo de democratização brasileiro: Promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na constituição de sujeitos da saúde**. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. (Texto não Publicado).

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O papel do psicólogo. **Estud. Psicol.** (Natal) v. 2, n.1, 1997.

MEDEIROS, Patricia Flores; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza Maria de Fatima. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Set-Dez 2005, Vol.21 n.3, pp. 263-269.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENDONÇA, A. P.C. A Universidade no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. Nº 14, Mai/Jun/Jul/Ago, 2000.

PRADO FILHO, Kleber; MARTINS, Simone. A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, Dez. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Mai. 2012.

PORTES, J. R. M.; MÁXIMO, C. E. Formação do psicólogo para atuar no SUS: possíveis encontros e desencontros entre as diretrizes curriculares nacionais e as matrizes curriculares de um curso de psicologia. **Barbarói. Santa Cruz do Sul**. N. 33, ago./dez. 2010.

REVEL, Judith. **Dicionário Foucault**. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2011.

ROSE, NIKOLAS. (2008). Psicologia como uma ciência social. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 155-164. Acesso em 30 mai. 2012, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200002&lng=en&tlng=pt.

ROSE, Nikolas. Psicologia como uma ciência social. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, Ago. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Jul. 2012.

SCILESKI, Andrea; GUARESCHI, N. M. F. **Governando a vida: (pro)vocações para a psicologia**. In. GUARESHI, N. M. F. *et al.* Psicologia, formação, política e produção em saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SCLIAR, Moacyr. **Pequena História da epidemiologia**. In: SCLIAR, M. ; PAMPLONA, M. A.; RIOS, M. A. T.; SOUZA, M. H. S. Saúde Pública: histórias políticas e revolta. São Paulo: Scipione, 2002. p. 24 – 44.

_____. **Políticas de saúde pública no Brasil: uma visão histórica**. In: SCLIAR, M. ; PAMPLONA, M. A.; RIOS, M. A. T.; SOUZA, M. H. S. Saúde Pública: histórias políticas e revolta. São Paulo: Scipione, 2002. p. 45 – 64.

_____. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. 2ª ed. São Paulo: Editora Senac, 2005.

_____. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Abr.. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 outubro de 2011.

SILVA, T. T. **Apresentação**. In: GODSON, I. F. Currículo: teoria e prática. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

_____. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo horizonte: Autêntica, 1999.

SPINK, M. J (Org). **A psicologia em diálogo com o SUS:** prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. pp. 81-102.

APÊNDICE A – Lista de artigos utilizados na revisão bibliográfica

Nº	Referência do Artigo
1	DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. <i>Estud. psicol. (Natal)</i> [online]. 1998, vol.3, n.1, pp. 53-81.
2	CALAIS, Sandra Leal and PACHECO, Elisabeth M. de Camargo. Formação de psicólogos: análise curricular. <i>Psicol. Esc. Educ. (Impr.)</i> [online]. 2001, vol.5, n.1, pp. 11-18.
3	BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. <i>Psicol. Soc.</i> [online]. 2005, vol.17, n.2, pp. 21-25.
4	MEDEIROS, Patricia Flores; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza Maria de Fatima. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa. Set-Dez</i> 2005, Vol.21 n.3, pp. 263-269.
5	FERREIRA NETO, João Leite and PENNA, Lícia Mara Dias. Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. <i>Psicol. estud.</i> [online]. 2006, vol.11, n.2, pp. 381-390.
6	CECCIM, Ricardo Burg <i>et al.</i> Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1567-1578.
7	WITTER, Geraldina Porto. Psicologia da saúde e produção científica. <i>Estud. psicol. (Campinas)</i> [online]. 2008, vol.25, n.4, pp. 577-584.
8	SOUSA, Valdemar Donizeti de and CURY, Vera Engler. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1429-1438.
9	COSTA, Diogo Faria Corrêa da and OLIVO, Vânia Maria Fighera. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1385-1394.
10	GUARESCHI, Neuza Maria de Fatima <i>et al.</i> A formação e o profissional de saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). <i>Arquivos Brasileiros de Psicologia</i> , v. 61, n.3, 2009.
11	PORTES, J. R. M; MÁXIMO, C. E. Formação do psicólogo para atuar no SUS: possíveis encontros e desencontros entre as diretrizes curriculares nacionais e as matrizes curriculares de um curso de psicologia. <i>Barbarói. Santa Cruz do Sul. N. 33, ago./dez.</i> 2010.
12	FREIRE, Francisca Marina de Souza e PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica:: em busca da integralidade. <i>Psicol. cienc. prof.</i> [online]. 2010, vol.30, n.4, pp. 840-853.
13	BOING, Elisângela e CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica:: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras1. <i>Psicol. cienc. prof.</i> [online]. 2010, vol.30, n.3, pp. 634-649.
14	FERREIRA NETO, João Leite. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. <i>Psicol. cienc. prof.</i> [online]. 2010, vol.30, n.2, pp. 390-403.
15	BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza Maria de Fatima. Práticas psicológicas: enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. <i>Estudos de Psicologia</i> , 15(3), setembro-dezembro/2010, pp. 269-276.
16	GUARESCHI, Neuza Maria de Fatima <i>et al.</i> Currículo de Psicologia, a Psicologia Social e a Formação para a Saúde Coletiva. <i>Revista Psicologia e Saúde</i> , v.2, n.2, jul-dez. 2010. pp. 1-11.