**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**O ensino das noções de saúde e doença em duas escolas
de Psicologia de São Paulo e sua apropriação pelos
alunos de graduação**

Paulo André da Silva

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública**

**Área de Concentração: Saúde Materno
Infantil**

**Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo
Advíncula Reis**

**SÃO PAULO
2007**

**O ensino das noções de saúde e doença em duas escolas
de Psicologia de São Paulo e sua apropriação pelos
alunos de graduação**

Paulo André da Silva

**Tese apresentada ao programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública**

**Área de Concentração: Saúde Materno
Infantil**

**Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo
Advíncula Reis**

**SÃO PAULO
2007**

È expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink

Profa. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos

Profa. Dra. Ausonia Favorido Donato

Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo

Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula reis
ORIENTADOR

**Aos meus pais (in memoriam)
e toda minha família, com
saúde e gratidão.**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr Alberto Olavo Advíncula Reis, meu orientador, quem proporcionou o aprendizado e realização desta tese.

À Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink, quem proporciona e fortalece a carreira dos pesquisadores, além da pessoa encantadora que é.

À Profa. Dra. Ausonia Favorido Donato, quem carinhosamente, como educadora, nos ensina a aprender (é maravilhosa a sensação de ser aluno)

Ao Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo, pela dedicação e pela experiência de troca de conhecimentos.

À Profa. Dra Eliza Maria Parahyba Campos, por compartilhar da produção do conhecimento e estimular a realização deste trabalho.

Aos professores, funcionários da FSP e do Departamento de Saúde Materno Infantil, em particular Iara, Leandro, Meirezilda, Maria e Lívia, Profa Titular Neia Schor.

Às meninas da secretaria da pós graduação: Ângela, Marilene e Samanta

Às meninas do setor de aprimoramento: Cidinha, Renilda e Vânia

Às instituições que permitiram a realização desta pesquisa.

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

Ao pessoal do Laudio: Cida, Janaina, Natalia e Pardal.

À Odete Rodrigues (tia Dete), bússola no sentido de vida.

À Tia Vera e ao Tio Frederico, suportes necessários.

Aos meus irmãos Ivan e Arnaldo que fazem parte da cena.

A Cristiane, Miguel e Gabriel, pela torcida.

Aos amigos e amigas que sempre me perguntavam: “Já acabou a tese?”, em particular Madalena, Eurides, Neide, Vitória, Joana, Jener, Adila, Neco, Simone, Rita e Phillipe Sibeaud.

Ao Cláudio Álvares, amigo e suporte nas panes da informática, salvando em muitos momentos a redação e documentação da tese.

Ao Prof. Dr. Ubirajara Inácio Araújo, pelos conselhos textuais e léxico-gramaticais.

Ao José Ricardo Campolim de Almeida, pelas árduas e divertidas horas de discussões para com o idioma Francês

À Wanda da Silva Mengues, chefia RH do CESET- UNICAMP, que um dia olhando para dentro de meus olhos afirmou: - você vai ser Prof. Doutor um dia, eu sei disso.

À Rita pelas poesias feitas com a força coração.

À amiga Gláucia Camargo, que sempre fomentou com sabedoria e estímulo desde o piano até os estudos pós-graduados em Saúde Pública.

A todos e todas que nunca acreditaram, estimularam ou deram condições para que eu pudesse realizar este trabalho.

Ao Cnpq, processo n. 140079/2005 pelos auxílios recebidos para o doutoramento.

SILVA PA. **O ensino das noções de saúde e doença em duas escolas de Psicologia de São Paulo e sua apropriação pelos alunos de graduação** [tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

RESUMO

O presente trabalho busca compreender de que forma e em que medida os cursos de formação do psicólogo contribuem para a sua atuação profissional no campo da saúde. Para tanto se utiliza da teoria das “Representações Sociais”. A técnica de análise de conteúdo de discursos está embasada no referencial de *matrizes* de Hacking para compreender como se constituem e interagem os objetos e as idéias sobre saúde na graduação em psicologia. Neste estudo, o material analisado para a consecução dos objetivos propostos consiste em relatos orais e iconografia produzidos por estudantes de graduação em Psicologia de duas escolas paulistas, sendo consideradas as finalidades da educação que estão presentes nas dimensões filosóficas da educação em saúde. Do ponto de vista metodológico, os dados para a análise foram extraídos de iconografias e relatos orais resultantes de dinâmicas de grupo com estudantes de graduação em psicologia (um total de 77 informantes) de duas escolas paulistas. Uma delas tida uma das maiores escolas privadas do país e a outra pública com tradição no campo da formação de psicólogos. Os resultados mostraram que os estudantes têm dificuldade de integrar as múltiplas dimensões da saúde e, particularmente de referirem-se à ela como processo. O grupo manifestou predominância nas interpretações positivistas, valorizando sobremaneira os componentes biológicos, em detrimento da dimensão social, como determinante do estado de saúde. Em nenhum momento apreendeu-se a dimensão coletiva da saúde como importante na determinação do processo saúde-doença para atuação profissional. Conclusão: A formação acadêmica dos psicólogos tal qual estruturada no curriculum destas duas escolas parece não contemplar uma práxis transformadora do modelo de atenção à saúde.

Descritores: Educação em saúde. Processo saúde e doença. Psicólogo.

Silva PA. **L'enseignement des notions de santé et de maladie dans la structure des cours de formation au sein de deux écoles de Psychologie à São Paulo et la compréhension que les élèves ont de cette matière.**[D.E.A.] São Paulo: École de Santé Publique à l' USP ; 2007.

Résumé

Le présent travail cherche à mesurer l'influence des cours de formation universitaire au niveau de l'action professionnelle des psychologues dans le domaine de la Santé Publique à São Paulo. La théorie des "Représentations Sociales" a soutenu la méthode de travail. Les *matrices* de Hacking ont été utilisées pour comprendre l'interaction entre les objets et des idées qui sont à la base de la formation en Santé. Au cours de ce travail, l'iconographie a été construite par les étudiants en utilisant des "groupes focaux" et également par la libre expression des idées, ce qui a permis l'expression d'une compréhension sur la santé. Les activités se sont développées au travers de la participation de deux écoles (d'un côté, l'école publique et d'autre, l'école privée) avec le concours 77 personnes. L'analyse des résultats montre une difficulté de la part des étudiants pour comprendre les multiples aspects présents dans la notion de santé, sur toute la dimension sociale. Les aspects biologiques prédominent sur la conception de santé pour les personnes qui ont participé à ce travail.

Conclusion: La formation académique des psychologues, en tant que structure dans le curriculum scolaire de ces deux écoles, semble ne pas envisager une praxis transformatrice du modèle d'attention à la santé.

Mots clé: Education et santé. Processus santé et maladie. Psychologue

Silva PA. **The education of the slight knowledge of health and illness in two schools of Psychology of São Paulo and its appropriation for the pupils of graduation** [Dr.PH] São Paulo: School of Public Health of the USP; 2007.

Abstract

The present work searches to understand of that it forms and where measured the courses of formation of the psychologist they contribute for its professional performance in the field of the health. For in such a way it is used of the theory of the "Social Representations". The technique of analysis of content of speeches is based in the referencial of *matrices* of Hacking to understand as if they constitute and they interact *objects* and the *ideas* on health in the graduation in psychology. Of this study, the material analyzed for the achievement of the considered objectives consists of verbal stories and iconography produced by students of graduation in Psychology of two São Paulo schools, being considered the purposes of the education that are gifts in the philosophical dimensions of the education in health. Of the point of view of the method, the data for the analysis had been extracted of iconography and resultant verbal dynamic stories of group with students of graduation in psychology (a total of 77 informers) of two São Paulo schools. One of them had one of the biggest private schools of the country and to another public school with tradition in the field of the formation of psychologists. The results had shown that the students have difficulty to integrate the multiple dimensions of the health and, particularly to mention it to it as social process. The group revealed predominance in the positivistas interpretations, valuing excessively the biological components, in detriment of the social dimension, as determinative of the health . At no moment it was apprehended social dimension of the health as important in the determination of the process health-illness for professional performance. Conclusion: The academic formation of the psychologists such which structuralized in the curriculum of these two schools seems not to contemplate a *práxis* transforming of the model of attention to the health.

Descriptors: Education in health. Process health and illness. Psychologist.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO

1.1 justificativa.....	01
1.2 contexto.....	04
1.3 Psicologia: a formação e profissão no Brasil.....	06
1.4 hipótese.....	23

2 OBJETIVOS

2.1 objetivo.....	25
2.1 objetivos específicos.....	25

3 MÉTODO

3 método.....	26
3.1 a escolha dos métodos qualitativos.....	44
3.2 características dos métodos qualitativos.....	48

4 A POSTURA TEÓRICO METODOLÓGICA

4.1 saúde e Psicologia: uma relação educacional.....	50
4.2 a análise do discurso.....	69
4.3 por que a análise das práticas discursivas?	74
4.4 as representações sociais.....	82

5 SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS RESSONÂNCIAS NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

5.1 o conceito disciplinar em educação.....	89
5.1.1 desenvolvimento do conceito.....	91
5.2 aspectos relacionados à saúde e doença no processo educacional.....	96
5.3 saúde e doença no processo educacional.....	100
5.4 o processo saúde doença.....	102
5.5 o capitalismo e o processo educacional.....	108
5.6 educação em saúde.....	113

6 RESULTADOS E ANÁLISES

6.1 sobre as escolas.....	126
6.1.1 a escola privada.....	127
6.1.2 a escola estadual.....	129
6.2 semelhanças entre as escolas estudadas.....	131
6.3 as diferenças fazem a diferença.....	136
6.4 Iconografia e os relatos dos informantes.....	140
6.5 a análise dos grupos focais.....	166

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

178

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

193

9 ANEXOS.....

204

1 INTRODUÇÃO

1.1- JUSTIFICATIVA

Em trabalho de mestrado, Silva P.A. (2002) constatou que a prática profissional do psicólogo em ambientes hospitalares, em certa medida, estava pautada num modelo de clínica médica. Resgatou parte da história da Psicologia no Brasil entre os anos de 1950 e 2002. Na ocasião, verificou como emergiu essa área de conhecimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo HC-FMUSP. Os resultados apontaram para uma certa fragilidade na prática profissional do psicólogo dentro da instituição hospitalar, devido à estrutura do curso de graduação em Psicologia na área da saúde.

Nesse estudo, os relatos sobre prática profissional revelaram que assistência ao usuário do hospital é muito parecida com a prática da clínica médica e, apesar de bem estruturada na instituição da área da saúde, a Psicologia enquanto ciência vivia um dilema para se localizar entre as ciências biológicas e ciências humanas.

Dessa forma, surgiram diversas interrogações a respeito do tipo de formação acadêmica que tiveram os profissionais em Psicologia: Como os cursos de saúde estariam, naquele momento, preparando os futuros profissionais? Em que terreno epistemológico se insere a formação acadêmica do psicólogo? O que estava sendo ensinado sobre saúde nas faculdades? Qual a representação social de saúde para a Psicologia enquanto curso? O que era ser psicólogo (a) dentro da área da saúde?

Diante de questionamentos tão diversos, delineou-se sobretudo uma interrogação que incidia sobre qual tipo de veiculação da noção de saúde e de doença era apreendida ou assimilada pelos alunos do curso de graduação. Essa pergunta refletia, de fato, uma preocupação a respeito do campo epistemológico em que se processa tal formação. Não se pode esquecer de que, dentro da estrutura acadêmica brasileira, a Psicologia insere-se, por exemplo, no campo das ciências biológicas em algumas universidades, enquanto que, em outras, se insere no campo das ciências humanas. A hipótese era de que a grade curricular estabelecida em saúde era o filtro cultural que poderia responder às indagações. Contudo, percebeu-se que o foco do novo estudo, ao estar centrado na grade curricular, estaria perdendo o contexto social no qual a atuação profissional se inseria, uma vez que, como visto em outros estudos, a formação do currículo mínimo de ensino em Psicologia ainda estava pautada em longas discussões acerca da falha curricular para a formação de um profissional no que diz respeito à prática

social em saúde (Angerami 1984; Neder 1992; Chiatton 2000), mesmo porque um curso de formação de psicólogo (a) não é necessariamente o currículo estabelecido, e currículo não é plano pedagógico.

Por esses motivos, decidiu-se, neste estudo, abandonar o currículo como foco e migrar para a contribuição dos cursos de graduação em Psicologia na veiculação das noções de saúde e de doença, que embasam os sentidos de ser psicólogo (a) na área da saúde. Dessa maneira, ressaltam-se as dimensões filosóficas da educação em saúde. Também é preciso considerar a dimensão social do psicólogo, que é a intenção profissional dentro da área da saúde, e por fim, a dimensão sócio-cultural que visa a um projeto de sociedade que se quer construir.

A reflexão sobre as repercussões do processo de formação profissional nas políticas públicas pode contribuir para o aperfeiçoamento, quando couber, ou para a inclusão e/ou reordenação das disciplinas oferecidas pelos cursos de graduação, bem como para uma revisão crítica sobre o papel que a área da Psicologia pode assumir no contexto da saúde pública. Baseado nessa missão, estruturou-se o presente trabalho que, em última instância, inscreve-se no campo das múltiplas pesquisas em representação social sobre o processo saúde-doença.

Algumas pesquisas em saúde pública entendem o estudo das representações sociais sobre saúde e doença dentro de um contexto pragmático, ou seja, como linha *auxiliar de intervenção* médico-sanitarista (Forattini 1986). Mas longe disso, este estudo tem razão de ser no fato de que é preciso se conhecer como foi a formação profissional e como pensam os estudantes de Psicologia acerca de sua razão em estar atuando na área da saúde, para facilitar ou viabilizar a intervenção psicológica enquanto saberes e práticas em saúde.

Grosso modo, pode-se referendar o pensamento de Moscovici (1978): *é preciso conhecer o senso comum, para impor ao conjunto, ou contra ele, o saber em saúde*, considerando que os estudantes de Psicologia refletiram de certa forma o senso comum.

1.2 O CONTEXTO

São vários os autores que hoje consideram nas sociedades urbano-industriais as noções de saúde e de doença como essencialmente impregnadas pelas representações coletivas de um entendimento mais global da saúde e da doença como conceitos e práticas coletivas. Por isso, é preciso dizer que necessariamente se impõe conhecer como funcionam os cursos de graduação em Psicologia no campo da saúde e da doença, e qual seu papel e lugar nesse funcionamento.

Há que se compreender a formação do psicólogo que atua na área da saúde, sem adotar posturas radicais e totalizadoras que colocam os psicólogos como um todo, segundo Eco (1965) “docilmente integrados”. Ou em outras palavras, exercerem atividades práticas que cumpram tarefas de interesses puramente profissionais, em certa medida, desconsiderando o usuário de saúde como um humano. Apesar do discurso da Psicologia versar sobre a importância do social. Assim poder compreender o contexto social que molda (colado a um corpo social) um modo hegemônico de conceber saúde e a doença.

Ainda dentro da questão de Psicologia e educação em saúde no âmbito da Saúde Pública, é considerada a questão do conhecimento relativo à problemática e à temática da saúde e da doença num dado contexto temporal.

Se nos cursos de formação em Psicologia o conhecimento do campo da saúde for tido como objeto da educação em saúde, talvez o ensino se modifique e se relativize na medida em que seja direcionado para a socialização e democratização do saber e das informações sociais concretas, uma vez que fazer educação é também fazer políticas para que se possam ter psicólogos (as) capazes de transformar o campo da saúde e da doença.

Além disso, num processo educativo, o modo particular de conhecimento na área da saúde afeta a prática profissional na medida em que esta

necessariamente fica envolvida com questões de poder, uma realidade que, segundo Lebrun (1984), é inevitável nas relações humanas. E de certo modo, compreender como os cursos de Psicologia contribuem na formação em saúde para propor formas diferenciadas de educação em saúde e lutar contra as várias formas de autoritarismo e dominação, ou falso democratismo como diz Saviani (1985).

1.3 PSICOLOGIA: A FORMAÇÃO E PROFISSÃO NO BRASIL

No trabalho de mestrado, Silva PA (2002) faz um resgate histórico breve da Psicologia no Brasil, com ênfase na religião, moral e educação (p 42-52). Porém ao concluir o trabalho, afirma que a prática profissional do psicólogo hospitalar está como um pêndulo oscilante entre as ciências biológicas, no modelo clínico-médico e as ciências humanas. Decorre que desse trabalho suscita uma questão acerca do seu perfil: qual profissional está sendo formado pelas universidades em suas escolas de Psicologia? E para chegar a algumas respostas, é necessário que se faça um giro pelo campo social, político e econômico na história recente do Brasil, para compreender como foi a busca pela regulamentação da profissão e a formação da Psicologia, como explorado no capítulo processo saúde-doença.

Martins (1999) mostra-nos, principalmente após a revolução de 1930, que se iniciou no país um processo de industrialização que demandou no

campo trabalhista a adoção de alguns princípios da organização científica do trabalho, que evidentemente se desdobrou na otimização do trabalho e eficiência no processo educacional. Quando os trabalhos rurais perdem espaço para a indústria, um esboço em psicotécnica apresenta como pioneiros e fundamentais para a indústria no país a necessidade de selecionar os trabalhadores que buscavam a promissora área em crescimento. Começa-se então a delinear uma profissão “psi” que saberia decidir qual o trabalhador ideal para o emprego correto. Mas ao mesmo tempo em que se foi moldando a figura do selecionador de pessoas para os empregos, também houve várias posturas contrárias ao surgimento da Psicologia como profissão.

Frente ao modelo econômico e político da época, Weber & Carraher (1982:2) apontam-nos que, no Brasil, a industrialização foi determinante e uma das responsáveis pela desvalorização e redução do processo de construção de um novo campo epistemológico, em detrimento aos grupos das elites dominantes: *“de fato, nosso parque industrial constituído por um conglomerado de empresas de origem estrangeira (...) torna praticamente desnecessária a produção de conhecimentos que possa gerar tecnologias autóctones”*.

Um dos documentos mais antigos que se refere à intenção de construir um curso de Psicologia no país data de 1932, assinado por Wacław Radecki (1887-1953), polonês que veio para o Brasil e fundou o laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, no Estado do Rio

de Janeiro. Na ocasião, houve um curso com duração de apenas sete meses. Existem duas versões para explicar o encerramento do curso, uma de Penna (1992:21), que argumenta problemas orçamentários para sua continuidade, e a outra de Mancebo (1999), que diz que o encerramento foi fruto da pressão sofrida por parte de um grupo de psiquiatras temerosos com a profissionalização da Psicologia no país, aliados a um grupo religioso que estava insatisfeito com o curso em questão. Uma característica do curso que durou sete meses era a orientação para a Psicologia aplicada, sustentado pelas Ciências Naturais e complementado pelas ciências humanas, não muito diferente dos modelos atuais de formação.

Na literatura sobre a história da Psicologia no Brasil, muitos textos fazem alusão ao ISOP (Instituto Seleção e Orientação Profissional), considerando-o um ícone para o surgimento da Psicologia. Esse instituto era um representante da industrialização que se aliava ao modelo tecnicista com ênfase ao controle frente às organizações de trabalho. Lourenço filho (1999:27), citando Penna, define o ISOP: *“o ISOP é a mais ampla organização criada no Brasil no domínio da orientação e seleção. Possui duas dezenas de técnicos e auxiliares, entre médicos, psicologistas e estatísticos e está aberto ao público para exame de orientação educacional e profissional; realiza a requisição de empresas, serviços de seleção de pessoal, e incumbe-se de exames psicotécnicos dos condutores de veículo no Rio de Janeiro”*.

Parece então que a qualificação para exercer as funções que o Estado e os empresários demandavam estava garantida. A Psicologia chegara ao Brasil com a clara função de selecionar e recrutar racionalmente os trabalhadores para os diferentes cargos no serviço público, indústrias e comércio. *“Entendia-se que a avaliação objetiva das aptidões e habilidades, como critério racional de alocação dos sujeitos no trabalho, promoveria ao lado do aperfeiçoamento técnico, uma adaptação mais harmoniosa e produtiva aos cargos e funções”* Mancebo (1999:96).

O tecnicismo imperativo na época do crescimento industrial estava respaldado nos preceitos positivistas das Ciências Naturais do Séc XIX, e a Psicologia, para atender ao chamado do Estado e da indústria e comércio, se curva aos ditames do positivismo.

Ainda segundo Penna (1999), data de 1953, na PUC do Rio de Janeiro, a abertura de um curso de Psicologia aparentemente para fazer frente à fraca formação que o ISOP mantinha na época, e cujos trabalhos não eram vistos com bons olhos pelos seus opositores acadêmicos. Destaca-se entre os opositores, Nilton Campos (Psiquiatra e aluno de Wacław Radecki, uma das figuras mais importantes para a Psicologia Científica do país), professor de Psicologia Geral da Faculdade Nacional de Filosofia da Universidade do Brasil.

Nesse novo cenário, a Psicologia parece ter ganhado o status de solução para muitos problemas no Brasil, e parece que já havia indícios acadêmicos de tensão entre Psicologia Aplicada e Psicologia Teórica. Segundo Mancebo (1997), tanto Psicologia aplicada quanto Psicologia teórica possuem complementaridade funcional, não sendo excludentes. Isso posto porque ambas constroem-se sobre as mesmas pilastras de sustentação de conhecimento acerca do humano e do papel da Psicologia em relação à sociedade, diferenciando-se apenas na forma de executar o seu papel

No campo da educação, o psicologista — termo muito comum, na década de 1950, utilizado para se referir ao profissional da Psicologia — era confundido com o orientador vocacional. A atuação era marcada, segundo Patto (1984), pelo modelo clínico curativo orientado para o diagnóstico e ajustamento de indivíduos em sala de aula.

Apesar de, na década de 1950, o profissional *psicologista* denotar uma prática de aplicação técnica no cotidiano profissional, esse termo deixou de ser corrente quando se deu a oficialização da profissão em 11 agosto de 1962, pela lei 4.119.

A Psicologia clínica, como chamamos, é na verdade Psicologia Aplicada à clínica, com forte traço da Medicina de cunho organicista e altamente sedutor para os psicólogos (as) em formação e em atuação. No que diz respeito à

influência da clínica na autonomização do discurso psicológico, Jacó-Vilela e Keide (1999) afirmam que esse discurso autônomo é na verdade um desdobramento do discurso médico associado ao clima positivista do Séc XIX. Esse amálgama transforma em tênues as fronteiras entre a prática profissional autônoma e a prática de auxiliar do psiquiatra. A partir dessa herança nasce um modelo clínico que se aplica ao ajustamento individual, acentuado por parâmetros higienistas amparado em princípio pelo saber médico.

Naturalmente essa conotação não coincidia com as exigências do mercado de trabalho que, de uma forma ou outra, tentava separar o que é de um e o que é de outro profissional, impondo limites e proibições que ainda perduram nos dias atuais.

Em 1973, o Parecer Alcântara-Cabernite e, em 1980, o Projeto Julianelli estabelecem competências profissionais e, de caráter mais recente, o Projeto de Lei SF PLS nº 25/2002, conhecido como Ato Médico que, na justificativa de delimitar o que é da competência do médico em seu exercício profissional, tenta subordinar toda e qualquer ação em saúde em práticas exclusivas dos médicos, o que efetivamente transforma todos demais profissionais da área da saúde, em auxiliares¹. Mas, embora o exemplo clássico das disputas seja com a Medicina, a formação bastante técnica do psicólogo é fronteira com o de outras profissões já existentes, como a Administração, Pedagogia. É devido a esse

¹ A exceção dos profissionais de odontologia.

tecnificismo que disputas mercadológicas e corporativistas ao longo da história são intensas (lei nº 3.825)

Como exemplo:

Não poderão os licenciados de uma outra modalidade (Psicologia) responder pela organização e direção de serviços de Psicologia clínica, os quais requerem a direção do médico devidamente capacitado², poderão entretanto, nesses serviços exercer funções de assistentes técnicos (lei 3825/58 art 11 inciso III).

Nessa narrativa histórica, é importante realçar a influência da Psicologia aplicada na regulamentação e na formação profissional. Segundo Martins (1999:305), foi o ISOP que lançou o primeiro projeto de profissionalização da Psicologia. Mancebo (1999:100) também afirma isso ao dizer que, com as suas práticas, o ISOP divulgou e construiu o clima necessário à regulamentação da profissão.

Encontramos, em 1949, pelo ISOP, a publicação da revista *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica*, considerado por Mancebo (1999:98) o primeiro periódico da Psicologia no país. Outros artigos também foram encontrados na literatura, debatendo o exercício, legislação e regulamentação da profissão em

² Grifo nosso

Madre Cristina Maria (1953), Annita Castilho e Marcondes Cabral (1953), Boletim do Instituto de Psicologia (1951-74).

O que se percebe, então, é que a Psicologia no Brasil veio se consolidando ao longo do tempo em três áreas de atuação tradicionalmente instituídas: clínica, escolar (orientador vocacional) e institucional (trabalho). Segundo Catharino (1999:168-70), de uma maneira bem geral, parece que o quadro encontrado na Psicologia brasileira é a ação precedendo à teorização, um fato que se procurou corrigir com a regulamentação da profissão.

Patto (1982), diz que a associação da Psicologia Educacional ao modelo de internacionalização do mercado interno se deu nas décadas de 1960-1970, quando profissionalmente se adota a lógica neoliberal.

Segundo Malvezzi (apud Bock et al; 1984:31), o período do golpe militar de 1964, em termos políticos e econômicos, deixou marcas na formação dos psicólogos. O regime da ditadura exerceu uma mudança súbita no campo educacional, conferindo novos rumos à educação. A reforma educacional de 1968 tinha como princípios a racionalidade, eficiência e produtividade, o que se desdobrou em várias medidas adotadas no país.

No campo da educação, a criação do ciclo básico, o sistema de créditos, a matrícula por disciplina e a departamentalização das diversas áreas do

conhecimento foram instituídos durante o regime militar. Desdobra-se desse cenário um fator a ser considerado: o real distanciamento da Universidade com a sociedade brasileira, enquanto resultado do sistema educacional implantado, resultou modelos inadequados de ensino, trazendo mão-de-obra carente de formação ou inadequada.

Após o golpe militar de 1964, parece que algumas conquistas da Psicologia vieram a ser atravancadas devido à repressão do regime, particularmente sob os grupos de movimentos organizados. Mancebo (1997) diz que, nesse período, a Psicologia também foi marcada por uma fase de rompimentos éticos, políticos e sociais. Nasce nesse momento³ e contexto político, social e econômico a formação da cultura “psi”, que se pauta na lógica da individualidade a serviço da máquina administrativa do Estado. Com o aval dos especialistas nessa cultura, transformaram-se as demandas sociais em demandas psicológicas. Estudos relatam essa transformação, como podemos perceber em Moscovici (1976), Duarte (1986), Coimbra (1995), Castel (1978).

Assim a cultura “psi”, segundo Mancebo (1999), parece que foi um elo comum como pano de fundo na formação dos psicólogos. Já Coimbra (1995) diz que nesse período é que foram produzidos os modos de subjetivação como micropoderes (a serviço do Estado) a serem exercidos nas diferentes partes da sociedade. O exemplo mais clássico da ditadura é o extermínio de grupos

³ Existem teóricos, como Nikolas Rose, que não concordam com essa afirmação.

dissidentes aos interesses governamentais. Segundo Bernardes (2004:97), existem relatos de participação de membros de Entidades Psicanalíticas do Rio de Janeiro em sessões de tortura.

Durante a década de 1970, parece que grande parte da Psicologia brasileira manteve laços estreitos com a lógica liberal. Na indústria e comércio, a Psicologia tinha que resolver os problemas humanos no sentido do crescimento da empresa. Atender essas demandas era a saída para a crise que a Psicologia organizacional se encontrava. Essa especialidade parece ter deixado de lado os ensinamentos acadêmicos de até então. Batitucci (1978:144) diz que o ponto mais positivo do curso de Psicologia foi o fato da condução e orientação ter sido entregue a profissionais que tinham a vivência diária e contínua da indústria, saindo dos ensinamentos de professores famosos.

Botomé (1979) diz que naquela época as questões com as quais a Psicologia estava implicada eram analisar o quanto os próprios psicólogos estavam sendo atingidos profissionalmente pela administração política do país e discutir a necessidade de reformar a sociedade. Também analisar o regime político e como a ditadura militar influenciou na administração de uma profissão como a de psicólogo.

Para Coimbra (1999), os cursos de graduação em Psicologia produziam um tipo de cultura “psi” que desde o começo tinha marca da tradição positivista, seja na hegemonia behaviorista ou na Psicologia Social que reproduzia mecanicamente conceitos e técnicas de estudo com influências norte-americanas. Essa hegemonia também pôde ser observada na Psicanálise, que marcou a vida das pessoas com a psicologização da vida social e políticas em sociedade. Todas essas teorias resultaram num tipo de clínica que permeava o desejo de muitos estudantes de Psicologia, cujo sonho dourado era trabalhar em um consultório particular, nos quais o atendimento privado predominaria em detrimento do trabalho de outros setores que atendia às subjetividades dominantes criadas ao longo dos anos anteriores e as fortalecia.

Esse tipo de formação como descrita parece que formava um profissional com uma concepção tecnicista e bastante fragmentada em seu saber, uma vez que estava centrada em uma lógica individualista, numa relação dual, asséptica e a-histórica, estivesse esse consultório numa escola, num hospital, numa fábrica ou num edifício comercial. Era, pois, uma prática elitizada com caráter segregacionista, porque atendia a uma pequena parcela da classe média e alta dos grandes centros urbanos. Assim, no auge do espírito da modernidade, a Psicologia em pleno vigor seguia o modelo da industrialização que combatia o latifúndio rural.

Vários estudos mostram essa hegemonia na formação do psicólogo e a forte influência do modelo clínico, em Coimbra (1985), Mello (1983) Carvalho (1982,84). E essa concepção de Psicologia Aplicada à clínica aparece ainda muito forte nos cursos de graduação atuais, com o que atualmente chamamos de Psicologia Aplicada à saúde.

No Brasil, mais especificamente na década de 1970, observamos um “*boom*” nos cursos de formação de psicólogos e nos números de vagas. Parece que, para dar conta de uma demanda da cultura psi, aliada à lógica neoliberal de privatização e massificação da formação, o governo Costa e Silva, após a reforma universitária de 1968, apelou para o setor privado, permitindo uma grande expansão das faculdades particulares nas quais os cursos de Psicologia aumentaram ruidosamente. Na mesma proporção, a clientela aumentou assustadoramente, deixando marcas não só na formação, mas também na prática profissional. O crescimento desordenado tornou-se, segundo Mancebo (1997), a mais complexa situação, desdobrando-se em embates no campo epistemológico. Não se deu a devida atenção para a complexidade do problema e optou-se como solução pela acomodação. Justificativas de projetos de grupos, que visavam muito mais à manutenção do *status* já atingido por alguns membros, eram mais relevantes do que o enfrentamento propriamente dito.

Dessa forma, não se fez um debate interno, permitiu-se que fosse deslocado para além dos muros da categoria. O que pode ter contribuído

significativamente para um dos conflitos com a Medicina, por exemplo, quando se produziram documentos como o Parecer Alcântara Cabernite, que aludia à questão de que o psicólogo não poderia trabalhar como psicoterapeuta. Um outro documento é o Projeto Julianelli⁴, com mesmo teor do documento anterior. Ambos delimitam claramente os campos de atuação para a psicoterapia, tanto para médicos como para psicólogos, e essa questão vem se arrastando até hoje, como dito anteriormente, pelo Projeto de Lei 25/2002 intitulado “Ato Médico”.

Em dezembro de 1962, o Conselho Federal de Educação publica a Resolução que estabelecia o currículo mínimo para a formação do Psicólogo no país, em conjunto com o Parecer nº 403, que viria para justificar tal resolução. A esse respeito, Bernardes (2004: 102-103) diz que encontrou 14 documentos, sendo eles 4 decretos presidenciais, 2 leis, 3 pareceres do Conselho Federal de Educação, aprovando o currículo mínimo em Psicologia, e outros dois pareceres que discutiam se existiam 03 cursos de Psicologia distintos ou apenas um curso com 03 tipos de formação. Duas resoluções do Conselho Federal de Psicologia, nas quais a primeira estabelece as atribuições da profissão e a segunda aprova o código de ética profissional, em 1979. Uma Resolução do Conselho Federal de Educação, que solicita estudo de construção de nova resolução para currículo mínimo da Psicologia e um

⁴ pode se verificar essa publicação no Diário do Congresso Nacional, 5ª feira, 17 de abril de 1980, p 2100-2130.

documento da Comissão de Especialista do MEC. Vale lembrar que a Comissão de especialistas do MEC da época não tinha o mesmo formato da atual, pois hoje a CCEE do MEC tem caráter permanente com papel definido em torno das questões curriculares e avaliação e credenciamento de cursos, enquanto que o da década de 1970 eram comissões indicadas diretamente pelo MEC para desenvolvimento de uma tarefa de começo ao fim.

Nesse mesmo período, nasce o Conselho Federal de Psicologia (CFP), como consequência da regulamentação da profissão, através da Lei nº 5.766/71. Enquanto autarquia, o Conselho vinha a funcionar como um braço do Estado na fiscalização e orientação profissional em Psicologia. E essa criação do CFP deu um forte impacto nos cursos de graduação em Psicologia. Percebe-se que, nesse período de ditadura, quando o silêncio das entidades de Psicologia nas discussões sobre formação era *sonoro*, não foi fácil a consolidação da própria profissão e naturalmente da formação. Ainda em meados de 1970, percebe-se que o modelo de formação que existia já apresentava sinais de desgaste e a comunidade acadêmica já pleiteava por mudanças. Também pleiteavam por mudanças no currículo setores mais conservadores do governo e da própria academia que considerava o então atual currículo muito flexível, e que a demanda era por uma qualificação que formasse para o atendimento individual.

Dessa forma, chegamos ao final da década de 1970 com duas propostas curriculares, elaboradas por diferentes órgãos do governo que traziam sugestões para a tal mudança esperada na reforma dos cursos de Psicologia. A primeira resultou da demanda do Conselho Federal de Educação, tendo como relatora a Prof^a Nair Fortes Abu-Mehry, e a segunda foi realizada pela Comissão de Especialistas, tendo como relator o Prof. Pfromm Netto.

A primeira proposta versava sobre uma revisão do currículo com auxílio das universidades, enquanto que a segunda explicitava os aspectos policialescos e repressivos da Psicologia enquanto aparelho de Estado. Como cita Penna (1980:547) *“(...) acusou-se o documento de fundamentar um currículo pleno totalmente inviável com considerações filosóficas infelizes. Na verdade, pelo documento se propunha a conversão dos psicólogos em agentes de controle visando desvios de todas as espécies, entre eles os desvios ideológicos. Obviamente ficava assentado que os psicólogos deviam ser profissionais a serviço de um sistema. Questões éticas ficavam, assim, seriamente atingidas. Um clima de revolta que perdura até hoje, instalou-se nos meios universitários.”*

Ainda sobre o regime de 1964, Chaves (1992:4) afirma que foi um momento muito difícil para a Psicologia manter relações com a sociedade, uma vez que o que se pretendia com as reformas curriculares era apenas o

desenvolvimento de técnicas que possibilitassem a penetração em diversos grupos da sociedade, com intuito de seduzi-los para a prática do Estado.

Mesmo assim, encontramos movimentos contrários ao currículo encomendado pelo DAU/MEC, Em 1979, no artigo chamado “O pacote da Psicologia”, Ralph (1979) manifesta as intenções políticas e ideológicas da direita, que se materializava com o tal documento do DAU/MEC. Posicionava-se contrário à forma como o processo vinha sendo conduzido de forma velada, sem discussões com a categoria ou com as entidades de Psicologia e o meio acadêmico. Em seu artigo, o autor se refere ao documento da seguinte maneira: *“(...) os erros técnicos são inumeráveis mas sempre no sentido do estabelecimento de uma Psicologia tecnocrática, ligada a produção, incremento de consumo e repressão. O currículo desconhece diferenças regionais e a autonomia universitária, além de esquecer da utilidade da pesquisa...”* Ralph (1979:18)

Já Weber & Carraher (1982) dizem que tais documentos apenas definiam a lista de matérias que iriam embasar a formação dos psicólogos. Tais reformas não passariam de simples arranjos nominais e decisões que somente seriam da ordem do burocrático. Dizem ainda que não basta somente reformar um currículo, mas sim tem que se ter claro como se define esse currículo. Já Jurberg (1979) e Mello (1989) concordam que, com as propostas que estavam em cena, não era necessário mudar em nada a formação dos psicólogos no

país. Para aquele momento, se estava ruim com as disciplinas de formação, pior seria com as novas propostas em jogo.

Para Weber & Carraher (1982), a problemática da formação dos psicólogos no país era a possibilidade de estabelecer especializações precoces na formação em graduação, em vista da predominância da perspectiva da clínica aplicada em Psicologia. Sugerem que o enfrentamento se daria pelo domínio do instrumental básico de atuação do psicólogo, independentemente da sua área de atuação específica. Essa premissa remete pensar que a tônica na formação seja mais aprofundada como psicólogo em si, uma vez que o *lôcus* do trabalho vai depender das oportunidades que o mercado oferecer, ao invés da hiper-especialização a que foi submetido em sua graduação.

Parece que as autoras estavam, de certo modo, antevendo o que viria a acontecer no final do séc XX e início do séc XXI. Na literatura, é delas um dos primeiros artigos a utilizar para mudanças em disciplinas que se referem a formação, os termos **diretrizes** e **flexibilidade** em seu sentido como são utilizados hoje. Depois de 20 anos, Weber foi designada relatora do Parecer CNE nº 59 que compõe o diálogo para delimitar as Diretrizes Curriculares do Curso de Psicologia. Não houve rupturas significativas nas propostas de disciplinas de formação em graduação para Psicologia no currículo atual. E é interessante olharmos como os argumentos de Weber hoje podem ser utilizados contra a sua própria proposta na atualidade. Parece que a definição

da diretrizes em torno do que se chama de competências e habilidades é o elo com a lógica neoliberal.

Assim, percebemos então que os cursos de Psicologia, na atualidade, ainda sofrem grande influência do período da ditadura, de uma concepção positivista de ciência, e de um psicologismo decorrente de uma cultura “psi” que permeia o cotidiano da sociedade. Isso acaba por resultar numa forma atual de Psicologia predominantemente de caráter privado e centrada no indivíduo.

1.4 HIPÓTESE

Os estudantes de Psicologia assimilam e elaboram uma concepção de saúde a partir de um discurso que, segundo Bardin (1980), comporta em seu processo de construção contradições, incoerências e imperfeições.

A hipótese central deste trabalho considera que o ensino de saúde nas escolas de Psicologia, em seus discursos, possuem dimensão implícita plausível de captação, podendo inclusive ser estranho e diferente aos objetivos declarados de promoção de bem-estar psicológico, social e talvez físico.

Essa dimensão estaria suscetível de apreensão em temas e, em sua organização, em *matrizes* sobre saúde.

De elementos que se situam além e aquém dos princípios e conteúdos explicitamente propostos pelos cursos de graduação, ao propormos como trabalho de investigação uma análise de como as escolas de Psicologia contribuem para a formação em saúde aos seus alunos, partimos da idéia de que esse campo de conhecimento promove um discurso que apresenta uma *matriz* em sua organização, uma ordem de significação e uma orientação bem delineada no que se refere à saúde, pautando-se por conhecimentos provenientes de diversas áreas – biologia, medicina, sociologia, estatística, antropologia etc. Enquanto objeto de ensino, a saúde se manifesta como fenômeno individualizado inserido num contexto social. Porém, ao nos referimos em ensino de saúde a partir de elementos teóricos constitutivos em Saúde Pública, o sentido de saúde passa a ser visto como fato coletivo.

2- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO

O objetivo central deste estudo é analisar os sentidos de saúde e de doença que se depreendem dos alunos do 1º ao 4º semestres de graduação em Psicologia de duas escolas paulistas (pública e privada) e a possível contribuição do curso de graduação na construção desses sentidos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Identificar na iconografia feita pelos participantes, categorias de determinantes do processo saúde-doença.
- B. A partir dos documentos oficiais, situar a perspectiva geral do processo de ensino em saúde nos cursos de Psicologia.
- C. Categorizar os temas que constituem os discursos sobre saúde.
- D. Identificar a área ou dimensão do conhecimento em que se inscrevem as idéias ou propostas dos cursos.

3- METÓDO

Diante da hipótese, torna-se necessário apreender conseqüentemente o processo de ensino das noções de saúde e de doença nos cursos de graduação em Psicologia nas duas escolas deste estudo. Para tanto duas perspectivas complementares se abrem:

- A. a proposta dos cursos
- B. os relatos dos informantes

Por isso, no presente estudo vários foram os caminhos utilizados para buscar documentos e falas dos participantes da pesquisa, que versassem sobre o conceito de saúde e nos fornecessem elementos para a compreensão de como e em quê os cursos de graduação em Psicologia podem e vêm contribuindo para a compreensão da saúde.

Para isso, foram escolhidas entre as escolas públicas e privadas uma que tem uma significativa expressão em número de formação de profissionais de Psicologia e a outra no sentido de reconhecimento da tradição na formação profissional.

Desta forma os critérios, quantitativos e qualitativos, que presidiram essa escolha foram:

- * a relevância histórica e social do formato curricular do curso .

- * a expressiva quantidade de alunos formados por esses cursos. A soma das duas escolas representa 48% dos 86.772 profissionais no Estado de São Paulo, e somente a escola privada aponta para 60%⁵.

Os documentos de domínio público serviram para compreender como estão se articulando a discussão e as propostas de ensino para formatação dos cursos sobre formação em Psicologia e saúde. Esses documentos se constituíram em artigos, textos, livros técnicos e publicações científicas focadas na formação em saúde, práticas profissionais, Psicologia em saúde e Psicologia e saúde pública. Também foram acessados *sites* na *Internet* tais como as *home page* de instituições e associações de ensino em Psicologia , Conselhos Regionais e federal de Psicologia e de Medicina, MEC, Associação Brasileira de Psicologia Aplicada – ABRAPA, Associação Nacional de Pesquisa em Pós Graduação em Psicologia. Vale ressaltar que não consideramos as resoluções dos conselhos de Psicologia porque tem caráter normativo para a prática profissional, sendo esse um momento posterior a graduação.

⁵ Essa informação foi fornecida pelo Conselho Federal de Psicologia pelo telefone (0xx61) 2109-0100 em 15.03.2007. Segundo o funcionário, essa informação poderia ser citada no corpo do texto, mas por ser um dado interno do CFP, o documento não poderia ser fornecido.

No que se refere aos documentos que não são de acesso público, como grades curriculares do curso de uma instituição participante da pesquisa e normas administrativas internas para a formatação do curso, buscou-se por meio de contato pessoal com a direção da escola, (via carta de apresentação de pesquisa, protocolo ético em pesquisa com aprovação) o acesso a tais documentos.

É necessário frisar que a listagem desses documentos assim como o próprio ato de busca não é exaustivo nem fechado, uma vez que num processo de pesquisa, cada documento encontrado sempre vai remeter a outro documento. Nesse caso, a busca corre o risco de se tornar um processo de procura quase infinito. Como nos exemplifica Bernardes (2004:70), ao saber da existência de um documento produzido ao final de 1970 pelo conselho Federal de Educação e pelo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação DAU/MEC: “ *ficou mais fácil perceber que o momento atual da construção das diretrizes curriculares para os cursos de Psicologia é o fruto de discussões que remontam a redes e poder de outros tempos* “.

Além da busca e da análise da documentação escrita, realizaram-se alguns encontros com pessoas que transitam de uma forma ou outra na formação em saúde dos alunos nas respectivas escolas, buscando colher através de diálogos, elementos que pudessem enriquecer a pesquisa sobre como os cursos de Psicologia de tais instituições contribuíram para essa

formação. A princípio a idéia era um diálogo em si, com o foco centrado no que diz Spink, P (1999:136) a respeito do primeiro passo para se fazer uma análise em práticas discursivas “ (...) *parar de pensar sobre o que nos interessa e prestar atenção ao que é criado, guardado ou deixado pela passagem do cotidiano (...) começamos a nos tornar conscientes do universo de possibilidades que existem e da densidade e variedade dos elementos na produção de sentidos*”.

Essas pessoas foram diretores das escolas, chefes de departamentos que se referiam ser da área da saúde, e professores que lecionam disciplinas relacionadas à saúde. Nesses encontros, apresentou-se a proposta de pesquisa. Uma vez explicados os objetivos deixamos abertas sugestões para acréscimo de outros documentos que fossem julgados pertinentes, bem como a sugestão de encontro com outras pessoas que pusessem contribuir para a pesquisa .

Sendo autorizado pelas direções das escolas privada e estadual a realizar a pesquisa, finalmente chegou-se aos alunos de graduação do primeiro ao quarto ano.

A escolha dos alunos desses períodos recaiu sobre a consideração de que esse grupo representasse o conjunto dos (as) alunos (as) de graduação como pessoas regularmente matriculadas em uma disciplina ou curso. Portanto

aluno é quem aprende, ou digamos, quem deve aprender. Para esses (as) alunos (as) é que existe a escola, e esta deve adaptar-se a ele encarando-o como um humano em crescimento com todas as suas capacidades e limitações, peculiaridades, interesses, reações e impulsos. A princípio o fato de estar matriculado não foi considerado como relevante para o processo de aprender.

Foi apresentada a proposta de estudo e convidamos a todos a participar dos encontros previamente agendados, nos quais realizaríamos dinâmicas de grupo para colher o material discursivo a ser analisado posteriormente.

As dinâmicas de grupo foram escolhidas como ferramenta para coletar as falas porque num conjunto de fenômenos psicossociais existem leis que regem pequenos grupos nas relações inter-pessoais e sua abrangência revela as relações que se estabelecem entre o grupo e seu meio, com elementos sociais presentes na interação discursiva. Como nos mostra Kitzinger (1994:103): “ *focus group are group discussions organised to explore a specific set of issues such as people’s views and experiences of contraception (Baker and Rich 1992, Zimmerman et al 1990.), nutrition (Crockett et al.1990), drinking-driving (Basch et al. 1989), or mental illness (Grunig 1990) The group is focused in the sense that is involves some kind of collective activity-such as viewing a film, examining a single health education message or simply debating a particular set of questions. Crucially, focus groups are distinguished from the*

broader category of group interviews by “the explicit use of group interaction” as research data (see Merton 1956 and Morgan 1988:12)”

A respeito do grupo focal, é uma técnica de avaliação que oferece informações qualitativas. É uma discussão que tem por objetivo revelar experiências, sentimentos, percepções, preferências. Os grupos são formados com participantes que têm características em comum e são incentivados pelo moderador a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades, etc. O papel do moderador é promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. O assunto é identificado num roteiro de discussão e são selecionadas técnicas de investigação para a coleta das informações;

Sua utilização prevê entrevistas que podem ser utilizadas em todas as fases de um trabalho de investigação. São apropriadas para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos. São utilizadas, por exemplo, quando investiga-se questões complexas no desenvolvimento e implementação de programas, como aspectos relacionados a dificuldades, necessidades ou conflitos não claros ou pouco explicitados. A escolha de entrevistas com grupos focais como fonte de informação deve ocorrer após a elucidação do propósito da pesquisa e a identificação de quem utilizará as informações. É fundamental que haja clareza quanto as informações

necessárias, entender as razões de ser de cada uma delas e a sua adequação quanto a utilização da técnica do grupo focal como forma de coleta de dados.

Dentre as inúmeras vantagens da técnica, podemos destacar:

- * Baixo custo
- * Resultados rápidos
- * O formato flexível permite que o moderador explore perguntas não previstas
- * O ambiente de grupo minimiza opiniões falsas ou extremadas, proporcionando o equilíbrio e a fidedignidade dos dados.

Existem limitações da técnica, porque é susceptível ao viés do ponto de vista do moderador. As discussões podem ser desviadas ou dominadas por algum participante. As informações podem trazer dificuldades para análise e generalizações. Neste sentido devem ser interpretadas no contexto do grupo e complementadas com dados coletados através de outros instrumentos.

Para se conduzir um grupo focal, em geral deve-se estabelecer o *rapport*— o moderador esboça o propósito e o formato da reunião para que os participantes saibam o que esperar das discussões e fiquem à vontade. Deve ser dito que a entrevista ou discussão é informal e que se espera a participação de todos com o máximo de espontaneidade possível. Construir cuidadosamente um roteiro de perguntas. As perguntas abertas promovem debates mais livres, com detalhes que resultam em descobertas inesperadas. Utilizar técnicas

investigativas - observação, entrevistas, questionários e dinâmicas lúdicas para incentivar e organizar o debate. Registrar a discussão – este é o papel do relator. As anotações devem ser bastante completas no que se refere ao conteúdo e comportamento dos participantes.

Após cada reunião a equipe (ou o moderador) deve elaborar relatórios com o resumo das informações, e impressões obtidas na atividade desenvolvida, e suas implicações para o estudo. Para análise dos dados, deve-se levar em consideração: palavras utilizadas repetidamente, o contexto no qual a informação foi obtida, concordâncias entre as opiniões dos participantes, alteração de opiniões ocasionadas pela pressão dos grupos, respostas dadas em função de experiências pessoais de maior relevância do que impressões vagas, idéias principais, comportamentos, gestos, reações, sentimentos, valores de ordem pedagógica, ideológica e ética, preconceitos, dificuldades de compreensão das perguntas feitas, entusiasmos, dificuldades no enfrentamento de desafios, aproveitamento dos espaços de liberdade, etc. Depois, elaborar um quadro geral das idéias preponderantes que serão utilizadas para a análise dos resultados.

Deste modo, em cada uma das escolas, foi designada um *grupo tarefa* (Lewin, 1965), que foi organizado e orientado na execução de uma atividade dirigida como grupo tarefa.

No total da soma com as duas escolas, obteve-se 03 reuniões com 77 participantes, sendo que a atividade consistiu, (dependendo do número de participantes por cada atividade programada), em 04 sub-grupos com 5, 6 e 7 pessoas. Foram distribuídas revistas que abordavam os mais diversos assuntos, além do material necessário para recorte e colagem - tesouras, colas, canetinhas, fitas adesivas. Solicitou-se então que fossem recortadas das revistas as figuras que representassem ou que tivessem relação com a **saúde**. Não foi fixado número de figuras, ficando livre o grupo para decidir quantas seriam coladas nos cartazes. Essa primeira parte teve duração de 25 minutos. Num segundo momento, após realizada essa tarefa, os cartazes eram expostos para o restante dos participantes e um voluntário de cada subgrupo explicaria para os demais as razões pelas quais cada figura colada naquele cartaz representava saúde, utilizando 20 minutos para essa parte. Todos esses discursos foram registrados, para posteriormente serem categorizados e analisados.

Apresentam-se os resultados dos grupos focais primeiramente em cartazes iconográficos. Esses cartazes continham figuras que expressavam como os cursos de graduação nessas escolas vêm contribuindo para a formação em saúde. Depois criamos um quadro constituído de expressões discursivas retiradas das transcrições dos discursos produzidos no segundo momento da dinâmica. Essas expressões foram dispostas em categorias analíticas visando uma melhor disposição da *matriz*, facilitando o processo de

análise e reflexão acerca da natureza dos discursos sobre saúde produzidos, veiculados e articulados nos cursos de graduação.

A análise discursiva pautou-se na compreensão trazida por Bardin, que a considera como a aplicação de *"um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos, conteúdos e continentes, e extremamente diversificado"*.

Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscilou entre dois pólos: o do rigor da objetividade e o da fecundidade da subjetividade. Para tal, o investigador é chamado a dar conta dos níveis não aparentes, do potencial de inédito (do não dito) retirado de qualquer mensagem. Tarefa calma de revelar e responder a esta atitude de voyeur, que o analista não ousa confessar e justificar na sua preocupação de rigor científico.

Uma vez estabelecida a hipótese, definidos os objetivos e descritos os procedimentos metodológicos deste trabalho e após o exame do contexto conceitual referente ao processo saúde-doença, procedeu-se à organização, apresentação e análise dos dados empíricos. A análise e discussão visaram obter indicadores qualitativos, capazes de permitir a inferência de conhecimentos. Foram correlacionados à produção do conteúdo das mensagens do ensino em saúde pelos citados cursos de Psicologia. Isso

permitiu compreender o que conduziu a um determinado enunciado e quais os desdobramentos que essas posturas podem vir a ter na prática do profissional.

No processo de análise de discurso em educação, trabalha-se com a possibilidade de se encontrarem regularidades contextuais, objetos de referência comuns e idéias compartilhadas. Ao colocar como fundamental o fato de que há uma relação necessária da linguagem com o contexto de sua produção, a análise discursiva teve que articular o campo das ciências sociais com a teoria lingüística.

Por discurso entende-se o lugar de trocas enunciativas, onde ocorre a materialização de um pensamento por meio de expressões lingüísticas e seus recursos. As formações ideológicas garantem a intercomunicação entre as pessoas tornando o discurso essencialmente social, mesmo que manifestado individualmente - Silva PA (2002:40). Portanto é impossível construí-lo com neutralidade, uma vez que se está sobre a ilusão que não se toma posição nenhuma. Por esse motivo ao utilizar da análise discursiva, tenta-se problematizar sempre e continuamente as evidências e explicitar seu caráter ideológico. Por outro lado às críticas que se fazem voltadas à análise são formas contínuas de anexação e revisão de sua capacidade explicativa.

Na Educação enquanto área de conhecimento, e em particular educação em saúde nas escolas de Psicologia - quando fala-se em discursos, classificam-se três tipos de discursos encontrados na literatura: o lúdico, o polêmico e o autoritário.

Segundo Reis (1993) temos como critérios para essa distinção o referente ao qual se faz alusão ao falar e os participantes do discurso, ou seja o conteúdo do discurso e os interlocutores presentes. No processo em que se produz o texto, temos elementos de tensão constituintes dos discursos *parafrásicos* e *polissêmicos*. Por polissemia estamos compreendendo todo o processo que representa a tensão constantemente estabelecida entre o homem e o mundo, tudo que se refira à prática e o referente em linguagem.

O discurso lúdico tem como objeto presente tudo aquilo que os interlocutores mantêm presente nas falas (enquanto coisa), expondo se a essa presença, e tendo como resultado desse processo uma polissemia.

Já o discurso polêmico, mantém a presença do objeto, mas os participantes não se expõem, ao contrário procuram dominar o referente dando-lhe uma direção pelas quais pode se olhar o que se diz, resultando uma polissemia controlada.

No discurso autoritário, o referente esta ausente na fala. Não encontramos os interlocutores, temos propriamente um agente exclusivo falante, resultando uma polissemia contida representada pelo exagero: “isso é uma ordem...”.

Quando nos comunicamos, inclusive no plano pedagógico, as formações imaginárias contidas são representadas sempre pelo: QUEM, O QUÊ, PARA QUEM.

Procuramos desta maneira analisar as variáveis tendo em vista a tarefa de ensinar à luz de técnica de imagens (formações imaginárias) de Pêcheux (1969), o que deveria ser a imagem dominante do discurso pedagógico, num esquema de compreensão, no qual o objeto do discurso aparece como algo que devemos saber, enquanto discurso autoritário, o discurso pedagógico aparece como discurso de poder.

O discurso que cria uma conotação de certo ou errado é o mesmo que cria a sensação de culpa, Esse discurso que utiliza a estratégia de esmagamento do outro no qual A ensinar B pode ser lido como A influencia B. As questões adquirem formas imperativas passando do referente ao obrigatório. Reis (1993)

A análise do discurso é muito privilegiada para este estudo porque o discurso pode ser visto justamente como a base do modo de produzir linguagem, e no processo discursivo se explicita o modo de existência da linguagem, que é essencialmente social.

O discurso não pode ser somente transmissão de informação, mas sim efeito de sentido entre interlocutores, enquanto funcionamento social geral. Quando se diz algo, alguém diz de um lugar da sociedade para outro lugar, criando o ambiente da significação.

Orlandi (1986), citando Pêcheux diz: *“há nos mecanismos de significação da formação social, regras de projeção que estabelecem a relação entre as situações do discurso”*.

Compreende-se, desta forma, o discurso como lugar das representações sociais, carregado de significação discursiva, tornado necessário dizer que discurso nasce de outro discurso; reenvia a outro, e assim sucessivamente, permitindo-nos afirmar que só é possível falar em *estado de um processo discursivo*, e não mais em discurso somente.

Ainda segundo ORLANDI (1986) *“...na ilusão subjetiva das teorias lingüísticas, o sujeito que produz linguagem também está reproduzido nela,*

acreditando ser fonte exclusiva de seu discurso, quando na realidade retoma um sentido pré-existente”

Em termos bastante gerais, teoricamente a produção da linguagem se faz na articulação de dois grandes processos: o parafrásico e o polissêmico. Nos referimos à **paráfrase** como um retorno constante a um mesmo dizer sedimentado; e **polissêmico** toda a tensão que direciona para um rompimento. Esse movimento gera conflito entre o que já está garantido e o que se tem que vir a garantir, conflito esse que encontramos a polissemia. Uma força que na linguagem desloca o mesmo: o garantido e o a garantir.

Todo discurso está fundamentado nessa tensão, entre texto e contexto histórico-social, o conflito entre “mesmo” e o “diferente”, entre paráfrase e polissemia.

Um tipo de discurso é uma configuração de traços formais associados a um efeito de sentido caracterizando a atitude do locutor face o seu discurso e através deste face ao seu interlocutor.

Benveniste(1976) diz que: “ *a polaridade das pessoas é, na linguagem, condição fundamental*” e que “*tal igualdade não significa igualdade sem simetria*”, e de qualquer forma “ *nem um dos dois termos se concebe sem o outro*”. A partir desse ponto, o autor desenvolve uma análise na qual

considerando a apropriação da língua pelo sujeito falante, destaca as formas lingüísticas que revelam a subjetividade na linguagem. Subjetividade essa que organiza as relações temporais em torno do sujeito enquanto ponto de referência.

O que se propõe, segundo Orlandi, é que se considere o outro pólo, o do ouvinte, procurando as marcas, as formas lingüísticas que revelam seu papel. E se há formas lingüísticas que marcam a presença do ouvinte dentro do texto.

Nessa observação da determinação entre lingüístico e social, para além do que afirmamos estar na linguagem ser indiferente ao seu sentido, gostaríamos de acrescentar que todo sentido é indiferente à linguagem, ou seja, isto é a polissemia. Não são apenas as palavras, as construções que significam. Há um espaço social que vai significar. O lugar social do falante e do ouvinte, o lugar social da reprodução do texto, os valores da revista como parte do mecanismo da indústria cultural, etc, tudo vai significar.

A hermenêutica que é arte de interpretar é uma prática muito antiga. O que é possível de interpretação? Mensagens obscuras, que exigem uma interpretação, mensagens tragam um duplo sentido, cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa com uma intuição carismática.

Atrás do discurso aparentemente simbólico e polissêmico esconde-se um sentido que é conveniente desvendar. A interpretação dos sonhos, antiga ou moderna, a exegese religiosa em especial da bíblia, a explicação crítica dos textos literários, até mesmo de práticas tão diferentes como a astrologia com a psicanálise revelam de um processo hermenêutico.

Também a retórica e a lógica são práticas de observação de um discurso anteriores à análise de conteúdo. A retórica estudava modalidades de expressão mais propícias à declaração persuasiva no, enquanto que a lógica tentava determinar pela análise dos enunciados discursivos, regras formais do raciocínio.

Interpretar continua em parte a existir na análise de conteúdo, entretanto para esse estudo foi necessário utilizar processos técnicos de validação. Para além das maneiras de abordar os textos cuja tradição longínqua que, na precisão histórica se refere alguns casos provavelmente isolados, e que numa certa medida seria uma análise de conteúdo prematura.

A exemplo, uma pesquisa de autenticidade feita na Suécia por volta de 1640 sobre os hinos religiosos, com o objetivo de saber se esses hinos tinham efeitos luteranos nefastos (segundo a igreja católica), mostrados em resultados numéricos. Foi efetuada uma análise dos diferentes termos religiosos e de seus valores nas modalidades de apropriação, favorável ou desfavorável, bem como

na complexidade e estatística. Mais recentemente 1888- 1892 o francês B.Bourbon para ilustrar um trabalho sobre "A expressão das emoções e das tendências na linguagem" trabalhou sobre uma parte da bíblia, o Êxodo e, de uma maneira relativamente rigorosa tendo como preparação elementar o texto e uma classificação temática das palavras chaves.

Desde o início do século XX, aproximadamente cerca dos anos 1940, a análise de conteúdo desenvolveu-se nos EUA. Naquela época o rigor científico invocado era a medida. A mesma multiplicava-se para os estudos quantitativos dos jornais (escola de jornalismo da Columbia). Era perceptível um fascínio pela contagem: superfície dos artigos, tamanho dos títulos, localização na página. Por outro lado, a primeira guerra deu lugar a um tipo de análise que se ampliava: o estudo o da propaganda.

Portanto neste estudo modo de abordagem e a forma que se expressou o conhecimento em saúde quando associados, permitiram que se evidenciassem as tendências relativas ao tratamento das questões que envolvem o objeto de estudo. A partir destas categorias, pode-se também afirmar que um grupo de textos realiza uma temática discursiva. Assim esses indicadores são base para se revelar a temática, que vai diferir do “tema” em função de sua organização lógica mais ampla e do papel organizador exercido sobre um fragmento relativamente extenso do material discursivo.

Os temas foram identificados no conteúdo dos discursos sobre saúde propriamente ditos. Sendo apreendidos por uma palavra, ou várias frases. Devidamente codificados e agrupados estes visavam a compreensão do discurso e das temáticas discursivas dada a organização das mesmas.

3.1 A escolha dos métodos qualitativos

Os métodos qualitativos são usados para explicar cientificamente alguns fenômenos sociais como exemplo a drogadição, um problema de saúde pública. (Outros pesquisadores utilizam áreas de saberes das ciências Naturais) Porém para compreender o que a dependência química significa para a vida do “doente”, este é um campo para as pesquisas qualitativas. Entretanto, seria interessante que os próprios profissionais de saúde pudessem empregar métodos qualitativos, com a vantagem de que eles já trazem – devido a sua experiência em assistência – as inerentes atitudes clínica e existencial Turato (2003). Isso permite que seja realizados levantamentos de dados e façam interpretações de resultados com grande autoridade.

Por outro lado, é decisivo que se trabalhe com nitidez a concepção do método qualitativo de pesquisa, para que não se imite ingenuamente o entendimento que se traz de outras abordagens investigativas. Poderiam-se em certa medida evitar assertivas do tipo: método de pesquisa que não lança mão

de recursos como números, cálculos de percentagem, técnicas estatísticas, tabelas, amostras numericamente representativas, ensaios randômicos, questionários fechados ou escalas de avaliação, evitando-se assim reproduzir algo que não se quer fazer.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas para entender seu significado individual ou coletivo para a sociedade. Torna-se central saber o que os fenômenos da saúde e da doença em geral representam para os indivíduos. O *significado* tem função estruturante em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Não podemos misturar, no entanto, pesquisa qualitativa nas Ciências Humanas e da Saúde com o usual nas Ciências Naturais, as quais se ocupam de conduzir estudos também chamados de qualitativos. Pesquisadores das Ciências da Natureza falam comumente do emprego de métodos qualitativos ao se ocuparem (como exemplo das áreas biológicas) na parasitologia médica, do objetivo de detectar a presença ou não de protozoários num material coletado para análises clínicas. Trata-se do termo *qualitativo*, obviamente com significado próprio dentro de seu modelo epistemológico-metodológico. Para tanto, o pesquisador utilizará técnicas tais como: coleta de material dentro de procedimentos de obtenção precisa, acondicionamentos em recipientes adequados, cuidados com a identificação do material e sua análise em

laboratório bem equipado. Em suma, esse pesquisador terá estudado um particular fenômeno da Natureza, em profundidade, descrevendo-o em suas propriedades, fazendo assim, segundo essa postura uma *pesquisa qualitativa em Ciências Naturais*.

No contexto das Ciências Humanas e da Saúde realiza-se inicialmente uma definição genérica de métodos qualitativos apresentada pelos sociólogos Denzin & Lincoln (1994): "*Os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu setting natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes*".

De mesma maneira os educadores Bogdan & Biklen (1998) pontuam: "*[Os pesquisadores qualitativistas] procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são estes*". Esses autores também tomam *significado* como idéia-chave. Depreende-se que o pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida.

Morse & Field, (1995) organizando uma definição de métodos qualitativos dizem: "*Indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo; usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas*

a um fenômeno ou a um setting". Embora as autoras busquem ser abrangentes em sua definição, parecem deixar de fora os termos significado/significação. No seu alvo amplo, no entanto, ganha força a palavra *teoria* que implica que o método qualitativo é não é apenas um modo de pesquisa que atende a certas demandas. Ele tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Destaca-se o termo *processo*, caracterizando o método qualitativo como aquele que quer entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o *produto*, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados.

Por sua vez, o raciocínio *indutivo* é relativo ao fato de que pesquisadores se fundamentariam sobre os dados de campo estudando individualidades a fundo e, colecionando informações que desembocariam na construção de uma *teoria* densa e plausível. Êmico quer dizer que a interpretação do cientista há de ser feita na perspectiva dos entrevistados e não uma discussão na visão do pesquisador ou a partir da literatura. Deve-se principalmente trazer conhecimentos originais e não se fixar em confirmar as teorias já existentes, pois assim a ciência não avança.

Dando destaque uma *definição estrutural* e com objetivos que contemplam a visão sociológica, Minayo (2004) aponta as metodologias qualitativas como: "[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas

sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas".

Novamente o termo *significado* ganha presença, neste contexto com interesse pelas estruturas sociais, procurando conhecer o *querer-dizer* das estruturas para os sujeitos sob estudo.

Turato (2000) define *método clínico-qualitativo*, como uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas, porém voltado especificamente para os *settings* das vivências em saúde: "*Aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença*".

Nesse particular método, o pesquisador é chamado a usar um quadro eclético de referenciais teóricos para sua pesquisa e discussão dos resultados, sempre considerando a interdisciplinaridade.

3.2 Características do método qualitativo

Neste estudo a busca do *significado* das coisas tem um *papel organizador* no foco. O que as "coisas" (fenômenos, manifestações,

ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, moldam a vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as "coisas" ganham, passam também a serem partilhadas culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Nos *settings* da saúde em particular, conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para poder de algum modo melhorar a qualidade da relação profissional-usuário-família-instituição.

Outra característica do método qualitativo de pesquisa é o *ambiente natural* do sujeito : o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis. O pesquisador é o próprio *instrumento* de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados. O método também tem maior força no rigor da validade (*validity*) dos dados coletados, já que as observações dos sujeitos tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo. Neste método a *generalização* não é a dos resultados (matematicamente) obtidos, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito, mas sim a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos.

4 A POSTURA TEÓRICO METODOLÓGICA

4.1 SAÚDE E PSICOLOGIA: UMA RELAÇÃO EDUCACIONAL

Nesse estudo acerca do ensino e apropriação dos processos de saúde e doença pelos alunos de graduação em Psicologia, torna necessário problematizar como se dá a apropriação do conhecimento em seu contexto acadêmico .

A Psicologia teve seu currículo mínimo para a formação em Psicologia⁶ datada de 1962, não ocorrendo qualquer movimento geral para sua modificação no que tange à formação para a área da saúde. Depois disso, apesar de a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, aprovada em 1996, extinguir todas as resoluções referentes ao currículo mínimo no país, incluindo, obviamente, a da Psicologia, não foi possível a elaboração de uma nova resolução, baseada nas Diretrizes Gerais Curriculares (conforme estabelece a LDB), para a construção de novos parâmetros para os cursos de graduação em Psicologia. Isso significa dizer que a formação em Psicologia está pautada num modelo que reflete a situação intelectual de uma realidade social no mínimo há 42 anos diferente do que vivemos hoje. Valores culturais mudam, mas a

⁶ Resolução de 19 de dezembro de 1962 do Conselho Federal de Educação que fixa o currículo mínimo para os cursos de Psicologia.

filosofia do curso permanece a mesma. Como, então, os profissionais de Psicologia vão dar conta de se encontrarem nesse hiato?

Existem no país, segundo o MEC⁷, 237 cursos de Psicologia. Se tomarmos por base os cursos que habilitam em Bacharelado, Licenciatura e Formação do Psicólogo, esse número sobe para 421.

Foi a partir da década de 70 que houve um aumento dos cursos de Psicologia no país, sendo que apenas na década de 90 houve um aumento da ordem de 47%.⁸

Diante desse cenário, vale lembrar que, ao discutir formação e prática profissional do psicólogo para atuar na área da saúde, nos parece ser fundamental olhar sobre três questões estruturais de

- ↳ Definição do ser psicólogo,
- ↳ Inserção no mercado profissional,
- ↳ A formação delimitada na graduação em Psicologia.

Parece-nos que as articulações entre esses itens podem revelar movimentos processuais em continuidade, as rupturas e as reorientações

⁷ Instituto Nacional de Estatística e Pesquisa do Ministério da Educação e Cultura, em 12/112/2003: http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp.

⁸ Ministério da Educação
http://www.mct.gov.br/estat/ascavpp/3_recursos_humanos/xls/tab3_3_2_pdf.xls

que ocorrem no processo de formação da concepção de saúde nos cursos de graduação em Psicologia. Essas articulações, inclusive, fomentam debates sobre formação e profissão nos conselhos Federal e Regionais de Psicologia e MEC. Mesmo porque a formação institucionalizada dos currículos segue o critério e parâmetros de um mundo social que não mais existe.

Algumas questões surgem dessas articulações: quem ou qual é o *objeto de interesse* nessa formação? O conhecimento adquirido na formação é voltado para o mercado de trabalho?

Segundo Geertz (2002), as inovações provocam modificações nas leituras que são construídas acerca do processo de produção do conhecimento e da própria realidade.

“Algunas nociones generales, nuevas o recondicionadas, deben construirse si es que queremos captar el fulgor de la nueva heterogeneidad y decir algo útil sobre sus formas y su futuro.” (Geertz, 2002: 215)

A despeito do cenário político-econômico, esse cenário também passa por profundas transformações que se refletem diretamente na relação entre cultura e formação.

Mas, ao falarmos sobre transformações, apesar de 12 anos já terem se passado dessa afirmação, para Silva T (1995) a chamada “nova direita” no campo político – alianças ou combinações do neoliberalismo (econômico) com neoconservadorismo (moral) – coloca a educação no centro de suas tentativas de reestruturação da sociedade ao longo de critérios baseados no funcionamento do mercado:

“A ‘nova’ direita tem um plano muito claro para a educação. Trata-se, em qualquer caso, de introduzir no interior mesmo da educação institucionalizada mecanismos de controle e regulação próprios da esfera da produção e do mercado com o objetivo de produzir resultados educacionais que se ajustem mais estreitamente às demandas e especificações empresariais”. (Silva T, 1995: 185).

Urge compreender tais modificações⁹ através de novas óticas, que possam focalizar as dinâmicas culturais em jogo na luta por hegemonia e predomínio político. (Mesmo que a nova direita no Brasil de 2004 não reflita mudanças, ou a nova esquerda)

Para compreender essas modificações no campo da educação, adotamos a noção de sociedade como Silva T(1995) descreve:

“centralmente atravessada por lutas em torno da afirmação de discursos, narrativas e saberes que tentam definir o social e o político de formas muito particulares, intimamente vinculadas a relações de poder e de domínio. Boa parte da força dessas narrativas particulares decorre precisamente de seu suposto caráter universal, inevitável e natural”. (Silva T, 1995: 186).

⁹ – As novas configurações econômicas, políticas e sociais.

Para o autor, as tensões existentes nas formas discursos entre o que é falado, o que é feito e o que é possível ser feito são necessariamente frutos de ações de governabilidade. No caso da educação, o curso que forma Psicólogos para trabalhar em saúde estaria moldado nos interesses do mercado de trabalho, não sendo necessariamente atendidas as reais necessidades da população usuária do sistema de saúde.

Algumas concepções novas ou recondicionadas são, para alguns autores, consideradas como uma agenda nova nos estudos de cultura. Porém Ibañez (2001) interpreta tal agenda como a característica central da chamada *pós-modernidade*, diferentemente de Silva T (1995), que interpreta as mesmas questões como oriundas das Teorias Sociais e Educacionais Críticas.

Mesmo com interpretações distintas, Silva T (1995) e Ibañez (2001) concordam que se deve construir uma dimensão crítica, de demolição, de desconstrução do discurso da modernidade e de seus pressupostos ideológicos.

Nesse ponto comum entre os autores, o processo de desconstrução do discurso poderia ter início em considerar narrativas e discursos alternativos aos já existentes, uma vez que essas narrativas alternativas conteriam outras histórias, conteúdos. Dessa maneira, as narrativas dominantes teriam suas bases minadas nas questões de *inevitabilidade* e a *naturalidade*.

Essa criticidade construiria indagações no campo da Educação, acerca dos códigos de estabelecimento dos diálogos na construção sobre formação. Também passam a ser questionados quem ou quais as autoridades que legitimam tais narrativas bem como quais pessoas ou instituições que ganham com isso. Mais que isso, qual a subjetividade que está sendo construída?

Essas indagações são respondidas por várias vertentes, mas preferimos recortar pela relação entre cultura e formação.

A pluralidade cultural existente seria um argumento válido, se considerarmos que a cultura não é um bloco homogêneo e em franco progresso.

A homogeneização dessas concepções provocou a leitura de que estávamos confortáveis em nosso meio cultural, visto que era estável, equilibrado, único e monolítico. Os *erros* eram entendidos como desvios e quebras da estabilidade. Com o avanço dos últimos pensamentos nas mesmas Ciências Humanas, analisa-se cultura não mais a partir do único, mas do diverso, não mais a partir do homogêneo, mas do heterogêneo, não mais a partir do singular, mas do plural. A pluralidade cultural está presente no cotidiano.

Justifica-se, dessa maneira, a necessidade de falarmos em culturas. Culturas que se sobrepõem, se intercambiam, fundindo-se em alguns momentos, mas mantendo suas particularidades originárias para compor uma realidade no cotidiano atual.

Nessa ótica, a formação em Psicologia estaria centrada na relação estabelecida entre formação e cultura(s), cabe-nos prestar mais atenção em como os conhecimentos são pré-selecionados para serem difundidos. Como são construídos os critérios para essa seleção? Quais os sujeitos envolvidos no processo? Ressalte-se que, se afirmamos que a cultura é na verdade *pluri*, então a Psicologia seria plural, não fazendo mais sentido na atualidade falar em “uma” Psicologia.

Na pluralidade existente, Geertz (2002) aponta essa diversidade da Psicologia:

“¿Qué decimos cuando empleamos la palabra ‘psicología’?: ¿James, Wundt, Binet o Pavlov? ¿Freud, Lashley, Skinner o Vygotsky? ¿Kohler, Levin, Lévy-Bruhl, Bateson? ¿Chomsky o Piaget? Daniel Denté u Oliver Sacks? ¿Herbert Simon? Desde su lanzamiento como disciplina y profesión en la última mitad del siglo XIX, principalmente por los alemanes, la autoproclamada ‘ciencia de la mente’ no sólo se ha enfrentado a una proliferación de teorías, métodos, argumentos y técnicas. Eso era de esperar. Se ha visto también conducida tempestuosamente en direcciones diferentes por nociones radicalmente diversas sobre aquello de lo que, digamos, la psicología trata: qué tipo de conocimiento, de qué realidad, qué clase de fin se supone que logra”. (Geertz, 2002: 171).

Diante da diversidade de informações e conhecimentos, urge a necessidade de pensarmos, de maneiras alternativas às existentes, sobre a particularidade, a descontinuidade, a singularidade; tendo em vista que a pluralidade é inerente aos modos de ser e conhecer.

Ibáñez (2001), com uma postura pragmática, traz uma sugestão para o problema:

“Los criterios que definen la utilidad de la psicología son criterios que no pueden estar en manos de los psicólogos sino que pertenecen a un debate donde lo que está en juego son las opciones éticas, normativas y políticas de la población”(Ibáñez, 2001: 245)

O mesmo autor ainda sugere que os debates acerca dos sentidos e usos acerca da definição dos conhecimentos em Psicologia devem ter frutos com a participação das comunidades interessadas no tema, principalmente no campo da ética e política.

Como nos reportamos à relação *formação e cultura*, a questão da pluralidade vai estar imprimindo marcas profundas na constituição do profissional de Psicologia que está em formação.

Ainda na relação cultura e formação, outro ponto a ser abordado é a subjetividade. Parece que nos últimos tempos, mudanças profundas vêm

ocorrendo e acarretam interpretações novas na leitura de subjetividade, bem como social.

Ao falarmos de transmissão de conhecimento, utilizamos o conceito de *giro lingüístico* de Rorty (1990). Originariamente esse conceito surge nos estudos da filosofia da linguagem e foi trazido porque ele pode evidenciar a forte influência das maneiras que existem na construção do conhecimento científico, na qual está implícita a construção do conceito de saúde e as Teorias da Aprendizagem.

Evidenciamos que o *giro lingüístico* acaba por romper com os modelos filosóficos hegemônicos porque questiona claramente as rupturas com modelos representacionistas, transcendentalistas e essencialistas no processo de produção do conhecimento sobre o real, o que acaba por desdobrar no realocamento do papel da linguagem nesse processo e toda forma de leitura que é feita acerca desse real. O uso da linguagem passa, então, da posição de passiva, enquanto reprodutora de pensamento para um lugar de ativa no processo, porque é ao mesmo tempo constituída e constitutiva dela. Acresce ainda a fragilidade das *epistemologias* que são utilizadas para se afirmar se esse conhecimento é legítimo, real ou não – que usualmente se chama de retórica da verdade.

Por isso, é fundamental que se adote a postura de romper com os modelos *representacionistas* no processo de construção do conhecimento, uma vez que a relação entre realidade e conhecimento não deve ser lida como sendo um o espelho do outro. Afirmamos que o conhecimento é que constrói a realidade e a *representação* dessa realidade será expressa pela linguagem orientada sempre pela razão.

Estamos afirmando que todas relações entre conhecimento e realidade serão sempre operacionalizadas pela linguagem, mas alertamos que não existem realidade e conhecimento independentes dos sentidos atribuídos a eles e tampouco da forma como se fala deles.

Essa questão é bem argumentada por Rorty (1979), na obra “a Filosofia e o espelho da natureza”. Chama de *ideologia da representação* a lógica de que o conhecimento é fundamento básico da modernidade, sendo esse o reflexo imediato e direto do real. Segundo a tradição cartesiana, esse espelhamento ocorre somente através da razão, o que sugere, então, que toda forma de conhecimento representa a verdade pura, neutra e única acerca da realidade. A razão torna-se ferramenta de explicar o fenômeno que se queira estudar. Para se garantir tal neutralidade e pureza, o cientista busca de todas as formas neutralizar tudo o que possa vir a atrapalhar sua busca na experimentação, controlando de formas variadas a busca da Verdade.

Essa forma de explicar a realidade dá origem à idéia de que existe um sujeito capaz de explicar algo (objeto), bastando então separar sujeito de objeto. O problema é que não estamos falando de um sujeito qualquer. É um sujeito que está imerso na noção de indivíduo da Era da Moderna que foi sistematizada por Descartes. Um indivíduo concebido como livre, autônomo, independente e, acima de tudo, consciente de si mesmo.

Ao nascer de um lado o conceito de indivíduo, e do outro o objeto a ser analisado, a realidade plausível de ser explicada, cria-se a noção de um mecanismo de que no *real* está a verdade do mundo (essencialismo), bastando ao sujeito criar mecanismos de acesso e controle, operacionalizar instrumental adequado ao acesso da verdade. É nesse ponto que surgem as dicotomias, e para nós, o que interessa dentre elas é a relação entre conhecimento e realidade.

Essa relação não é tão simples assim. Alguns autores como Rorty (1979), Ibañez (2001), Geertz (2002) concordam que o *real* é tão somente fundamentado por aquilo que se produz sobre ele. Tudo que se fala, acerca de algo, dando sentido a uma *coisa* só tem sentido pelo que se fala dela, ou seja, não existe *coisa independentemente* do que se fale dela. Não negamos a realidade, dizemos que o que é negado é a possibilidade de a *coisa* existir **independentemente** do que possa ser produzido acerca dela. É a negação de toda realidade exterior ser **independente** do sujeito falante, ou do sujeito

fundante, ambos essencialistas. Tomamos como princípio que o sujeito vai construir sua realidade e dar formas a ela somente a partir daquilo que se fala acerca dela.

Se o conhecimento é a representação da realidade, na perspectiva modernista, esse conhecimento vai ser dito em nome de algo ou alguém. E quem vai falar é a *ciência*, em nome da sociedade ou da natureza. Para falar, vai buscar um lugar de neutralidade e imparcialidade, erigindo fronteiras que irão delimitar o que é verdadeiro ou não, o que é real ou não, o que é legítimo ou não. Para cumprir o papel de veredicto, a epistemologia foi eleita. Criaram-se os cientistas/filósofos que iriam conferir legitimidade através da objetividade à relação entre conhecimento e realidade, sendo essa problemática um dos aspectos centrais da *retórica da verdade*. Não tanto se questionam por nós os conteúdos, mas sim as estratégias que se criaram para afirmar que “a” ou “b” irá ser considerado verdadeiro ou não. Evidenciamos aquilo que parece estar velado no processo de validação de conhecimento: os interesses corporativistas e relações de poder existentes no cotidiano, e também os usos que são feitos e os efeitos que esse conhecimento vem a provocar.

Citando Foucault, para ilustrar os interesses da busca da verdade Ibáñez (2001), diz:

“ no se debe confundir esto (retorica de la verdad) con un interes por la oposición entre lo “verdadero” y lo “falso”, no se trata de saber si algo es cierto o no lo es, lo que interesa es el proceso mediante el cual algo adquiere um status de verdadero”(Ibáñez,2001:129).

No processo de construção e apropriação do conhecimento, a forma da utilização da *retórica da verdade* pode encerrar várias possibilidades de diálogos, fazendo com que a dialogia venha a ser prejudicada. Parece que, em muitas culturas mundiais, a retórica da verdade aparece como impulsionadora dos mecanismos de empoderamento, tendo como argumento ou elemento qualificador, segundo Bernardes (2004), o atestado de qualidade ou confiabilidade emitido pela ciência estabelecido em função de alianças políticas ou sociais de caráter discriminatório e segregacionista.

Assim, a ciência perde o *locus* de neutra, indo então para a implicação contextual de uma realidade sociocultural específica na qual passa a estar inserida, devendo assim responder pelos seus atos e atitudes nesse contexto.

Baseado em Spink, MJ (1999), a reflexividade acerca do conhecimento é pontuada a partir da crítica à *retórica da verdade*. Essa reflexividade é então entendida como uma possibilidade de suscetibilidade na maior parte dos aspectos das atividades da vida social sob a luz de novos conhecimentos ou informações.

Sáímos assim do julgamento pelos pares e partimos para o movimento pela busca da aplicabilidade desse conhecimento científico na prática social, fazendo essa postura tornar-se um movimento social, que passará a delimitar o que é válido ou não, na dialogia existente na própria comunidade interessada e no processo de construção de conhecimento. O Transcendente ou externo enfraquece-se.

Ibáñez (2001), afirma que

“ hemos descubierto que la ciencia esta hiecha de la carne y huesos de su representantes, carnes e huesos que están formados de historicidad.” (Ibáñez,2001:222)

Como dissemos que reflexividade significa estar em constante questionamento acerca dos mecanismos utilizados para se validar uma verdade e os usos que serão destinados a ela (para além da limitação do questionamento sobre o conteúdo ser verdadeiro ou falso), o ensino sobre saúde em Psicologia deveria estar a todo instante questionando-se e revendo-se, para talvez ser percebido como um fenômeno social e, desse ponto, abrir um diálogo com a comunidade interessada. De acordo com Veiga-Neto (2003), sobre reflexividade ser o trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento:

*“... essa crítica tem sempre presente que nenhuma questão tem resposta definida, definitiva e acabada, que nos força ate mesmo a olhar que essa resposta não é o melhor caminho...”*Veiga-Neto (2003:30)

Várias outras posturas acerca de reflexividade podem estar em destaque, mas sempre voltadas à problematização da construção do conhecimento... Ibáñez (1994), afirma que a reflexividade é a capacidade que o ser humano tem em romper com a divisão entre sujeito/objeto e fundir ambos numa relação circular que possibilite a construção de uma natureza social para esse mesmo humano. Ao estar pautado com o autor citado, como decorrência, temos que a relação entre pesquisador e objeto de pesquisa é da ordem do intersubjetivo, portanto da interdependência. Tudo o que for pesquisado será sempre considerado por alguém que está pesquisando. Aquele que pesquisa será sempre constituído e constituirá o objeto de pesquisa. A noção de objetividade na produção de conhecimento vem para a problematização e, portanto, entende-se que pesquisa científica será sempre uma prática social como todas as outras, regida e delimitada por questões de natureza política e ética.

Pelo conceito de *ética dialógica*, de Spink MJ, (1999:2000), podemos caracterizar a pesquisa científica e problematizar a noção de objetividade por meio da relação de intersubjetividade que se estabelece entre pesquisador e pesquisado. Para a autora, toda objetividade será marcada pela dialogicidade uma vez que depende do sujeito observador/conceptor. Dessa forma, cria-se o grande desafio de, sem abandonar a objetividade, tornar possível ressignificá-la

como possibilidade de visibilidade, num pressuposto da própria intersubjetividade.

A mesma autora, propõe, ainda, a resignificação dos conceitos de reflexividade, inconclusividade, indexicabilidade, visibilidade nos procedimentos de pesquisa e na dialogicidade da relação entre pesquisador e pesquisado. Essas resignificações fazem com que o rigor metodológico assombrado pela objetividade seja transformado ao explicitar a posição de quem pesquisa. Como dizem Spink MJ e Lima (1999:102):

“... o rigor passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de maneira que se propicie o diálogo...”

Dessa maneira, os procedimentos metodológicos serão delimitados pelos princípios políticos e éticos da sociedade, e a possibilidade de visualização e a abertura ao diálogo irão garantir o rigor dos procedimentos construídos para a pesquisa em questão.

Uma vez que a *reflexividade* seja ampliada para todas as ciências sociais, teremos como resultado efeitos bem diferentes dos produzidos até agora, porque texto científico, nessa perspectiva, poderá resultar em verídico, mas não necessariamente em verdadeiro. Só pelo simples fato de descrever uma situação, já começamos a construí-la, fazendo com que o sentido de

reflexividade saia do lugar limitado de autoconsciência indo para o da co-construção de mundo.

O outro ponto da discussão na formação em Psicologia em saúde diz respeito aos estudos acerca da subjetividade.

Vários acontecimentos recentes, principalmente os decorrentes das novas tecnologias, estão provocando mudanças profundas nas relações e leituras da subjetividade. O conceito moderno de sujeito fundante acaba por se diluir em decorrência dessas modificações.

Para a Psicologia, e em particular a Psicologia em saúde, os efeitos dessas mudanças podem ser imediatamente percebidos no que diz respeito aos elementos que compõem essa realidade. Não podemos mais admitir que a realidade psicológica seja preestabelecida como da natureza humana. Os objetos são uma resultante das práticas de objetivação construídas pelo humano, incluindo todo conhecimento científico.

Com o desaparecimento do sujeito fundante, desaparece também o objeto. Como diz Geertz (2002: 46)

“... la filosofía, la crítica literaria...la Psicología, han experimentado una diversificación interna similar, por razones similares, (...) la dificultad principal aquí, la más importante, estriba en el problema de “la desaparición del objeto”

Outro autor, Ibáñez (2001), também concorda que, com o desaparecimento do sujeito fundante, o objeto desaparece:

“Somos nosotros quienes instituimos como objetos los objetos de los que aparentemente está hecha la realidad. El objeto no genera nuestra representación de él sino que resulta de las prácticas que articulamos para representarlo. Y son esas prácticas las que trocean la realidad en objetos diferenciados (Ibáñez, 2001: 234).

A relação entre sujeito e objeto faz agora que nossa leitura seja diferente, temos que analisar as maneiras como são construídas para poder se falar sobre eles. Acontece que, com essa mudança no olhar e leitura de objeto, muda uma fundamental pilastra do processo de conhecimento. E essa mudança gera questões como:

1. Qual, então, o conhecimento de que se fala agora?
2. Que tipos de relações se estabelecem entre teoria e sujeitos?
3. Qual o profissional que se pretende formar?
4. Como se dá a construção “saúde” dentro da Psicologia?

Muitas outras questões podem ser feitas, porém nos restringimos a essas pelo objeto central desta tese. E como ponto de partida nas respostas, o que nos parece certo é que a Psicologia é uma pluralidade, uma diversidade a ser conhecida.

As respostas que queremos, sejam elas contadas pela história da Psicologia em saúde, por relatos de documentos de acesso público, ou pelos relatos pessoais, formarão narrativas que serão analisadas com o caráter lingüístico da realidade: sujeito e objeto não existem de forma independente da maneira como se fala sobre eles.

A nuance que for dada no texto pelo autor faz com que a realidade seja estabelecida, podendo transformar os atores em bandidos ou mocinhos, na mesma narrativa. Podemos construir versões evolucionistas nas quais o progresso e a ciência caminham a passos firmes, ressaltando a ordem que sempre é costumeira para se estabelecer a harmonia entre as escolas teóricas, ou podemos construir outras narrativas que versam embates tácitos ou não, que está compondo o grande mosaico das relações sociais. Como diz Mancebo (1999)

“Ao invés de relações de continuidade, assistimos relações de lutas e alianças travadas contemporaneamente, numa clara alusão ao fato de que as trajetórias históricas não se dão, necessariamente, pela força dos grandes homens, grandes feitos e idéias ou por determinações preestabelecidas (Mancebo, 1999: 17).

Na própria forma com que contamos as narrativas já estão implícitas as marcas da subjetividade das concepções de sujeito e objeto, com as quais esta

pesquisa se depara. Por isso, ao se retomar o tema central desse segundo ponto de análise, nos deparamos com uma situação intrigante:

Constatada a subjetividade e suas articulações, o que é possível se fazer com seus desdobramentos?

Apesar de Veiga Neto estar focado a análises de currículos escolares, podemos esboçar respostas a partir de posturas que se referem a

“... estudos da subjetividade, abriu-se um imenso leque de possibilidades investigativas que vão buscar os mecanismos - que atuam nas escolas, nas famílias, nas prisões, na mídia, nos hospitais, na ciência, na política, etc. - graças aos quais passamos de indivíduos a sujeitos (não fundantes, e sim, falantes). Alguns progressos recentes nessa área estão contribuindo, por exemplo, para que compreendamos de modos diferentes a escola mais como máquina de produção. e não propriamente de reprodução social e econômica...”(Veiga-Neto, 1995).

4.2 A ANÁLISE DO DISCURSO

Na área da saúde, observamos que freqüentemente está sendo utilizada em pesquisas qualitativas a técnica da análise de discurso como ferramenta de investigação.

Segundo Reis (1993), na maioria das vezes, os instrumentais metodológicos utilizados remetem em última instância a uma concepção de discurso que Pêcheux (1969) denomina não-lingüística, e cujas acepções segundo Britto (1988) se referem a três modalidades básicas:

1 discurso como oposição à prática

2 discurso como promotor da realidade

3 discurso como arqueologia do saber

Dessas acepções, estamos considerando na presente investigação as duas primeiras porque (mesmo sendo opostas em suas epistemologias e uma vez que se considere como princípio suas diversas concepções), uma vez relativizadas e enunciadas, podem ser instrumentalmente utilizadas numa mesma tarefa analítica.

Num primeiro caso, deparamo-nos com uma concepção de discurso bastante limitada, na qual se define como prática porque tem uma função de representação e, enquanto tal, distingue-se das práticas concretas e articuladas. O famoso bordão discursivo para representar essa afirmação é: “*seu discurso não corresponde à sua prática*”, configurando assim perfeitamente essa noção de que discurso situa-se e defini-se a partir de uma posição de relativo divórcio do mundo.

Face à realidade total do mundo, encontramos o discurso situado numa relação dicotômica entre prática e teoria, e sua caracterização em última instância se relaciona com um “produto” a partir do qual ele se constitui. Portanto, mais do que a mera organização formal, interessa-nos saber e definir o produtor ou qual a perspectiva ou quais são as forças que revelam esses dizeres. Assumimos que o discurso aparece como uma expressão na qual se materializam concepções, valores e interesses do emissor.

Frente ao exposto, temos que considerar que a “instância produtora” – os agentes sociais – é exterior ao discurso e está fora de sua análise. Portanto, ela pode ser caracterizada à parte por critérios exclusivamente de classe como classe social, profissão, etc. Toda significação do discurso é autônoma, e traz sempre um conteúdo próprio e claramente identificável (Britto, 1988:82). Por isso, o que nos interessa no discurso é o seu conteúdo, que em última análise é o que ele nos remete.

Por essa razão, de acordo com Reis (1993), nossa análise de discurso será uma **análise temática**, e não lingüística. Nessa postura, a dimensão que se manifesta constituída pelos termos explicitados em falas e textos que foram produzidos, e destinados à comunicação intencional por parte do emissor, compõe um nível implícito formado por intenções e idéias que

permanecem à sombra das motivações explícitas no texto. Subjacente, o nível não está desprovido de eficácia, uma vez que produz de maneira sistemática as significações do corpo do discurso e de maneira imediata não são apreensíveis. Esses efeitos vão se inscrever, sobretudo, no nível do estilo textual e suas figuras de linguagem. “(...) *o não aparente, o oculto, retido por qualquer mensagem, seria assim passível de análise possibilitando a emergência do potencial do inédito*” (Bardin, 1980:9)

Para podermos apreender o que aparece de forma latente nos discursos, faz-se necessário que nos debrucemos sobre os conteúdos, modos de organização, referências e expressões presentes no discurso que se manifesta, e também sobre as operações de linguagem e, particularmente, a metáfora e a metonímia, uma vez que elas organizam toda a atividade de expressões dos participantes deste estudo.

Os documentos sobre Psicologia e saúde, ensino de saúde em Psicologia e as publicações científicas sobre o tema passaram a constituir-se como alvo porque revelam ser um universo contínuo e sistemático de materiais que sempre vão nos remeter um tipo de discurso. Particularmente neste estudo, os documentos têm, segundo Baumann e Deschamps (1991), “*um papel e função similares aos estudos estatísticos visto que permite que não só se interesse ao passado histórico e à sociedade contemporânea como é, ainda, capaz de refletir o clima social que os envolve*”.

Objetivamente, dentre os aspectos que podem ser observados e abordados pela análise de conteúdo dos textos, destacam-se aqueles que permitem que sejam descritas as tendências, que se reconstrua a evolução de um saber e que revelem ainda as diferenças interculturais e as influências interacionais. Tratando-se de apreender a finalidade dos documentos, torna-se possível identificar as intenções e características e perceber os efeitos visados pelo discurso neles contido.

Como nos mostra Reis (1993), citando Soares (1989:3), *“com o objetivo de inventariar e sistematizar a produção em determinada área do conhecimento, usualmente chamadas de estado da arte, são recentes no Brasil, e são sem dúvidas, de grande importância, pois pesquisas deste tipo é que podem conduzir à plena compreensão do estado atingido pelo conhecimento a respeito de determinado tema-sua amplitude, tendências teóricas, vertentes metodológicas. Essa compreensão do estado de conhecimento sobre um tema, em determinado momento, é necessária no processo de evolução da ciência a fim de que se ordene periodicamente o conjunto de informações e resultados já obtidos, ordenação que permita a indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, a identificação de duplicação ou contradição e determinação de lacunas e vieses.”*

4.3 POR QUE A ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS ?

Analisar as práticas discursivas pressupõe que elas não ocorrem num vazio. Pode-se dizer que todas as relações possuem um material, um “entorno” da situação em si. Esse “entorno” é que estaria na questão enquanto material de constante interação/construção.

Portanto, conceituar *práticas discursivas* nos apresenta como importante para o entendimento do formato de compreensão das categorias de análise por nós realizadas neste estudo.

Em Psicologia Social, temos no mínimo três raízes para as *Práticas Discursivas*. Uma proveniente da Antropologia, a Sociologia Interacional, sendo representada por Goffman, tem como pressuposto questionar sempre de que modo as linguagens são utilizadas no cotidiano e de que modo os contextos sociais afetam os usos lingüísticos. Uma segunda raiz é oriunda da Etnografia da Comunicação, que pesquisa como os saberes definem as competências lingüísticas. Começa em 1964 com Gumperz e Hymes e é continuada por Hymes em 1991. A terceira raiz é situada pela Análise Crítica do Discurso, que tem como característica realizar a análise discursiva visando ao processo para

desmascarar mecanismos de abuso de poder e controle, a partir de seu *lócus* de interesses políticos.

Para se compreender um discurso, temos que focar as análises não somente em sua função, mas também em sua variação narrativa, que nos servirá tanto como índice de variabilidade, quanto de função discursiva.

Ao considerarmos que as formas de registro lingüístico podem sofrer alterações e modificar em muitos momentos, justifica-se o uso e função das *práticas discursivas* neste estudo. Spink MJ (1999:45) nos mostra que “(...) o conceito de *práticas discursivas* remete, por sua vez, aos momentos de *ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, ou seja, aos momentos ativos dos usos da linguagem*”. Dessa maneira, as *práticas discursivas* são consideradas a linguagem em uso, constituída por uma dinâmica própria, com elementos plausíveis de análise, como os **enunciados**, orientados por várias vozes; as **formas**, que são as retóricas utilizadas e os **conteúdos**, que são os repertórios lingüísticos em si.

Os **enunciados**, enquanto concepção, refletem expressões e sentenças. Bakthin (1994) diz que as vozes enquanto concepção são os diálogos e

negociações. A interanimação dialógica é composta pela interação destes e estão em qualquer processo de *práticas discursivas*.

Neste estudo, ao analisar usos, efeitos e conseqüências de um discurso, nos aproximamos da postura de Bakthin (1994), ao assumir que um discurso não é propriamente da pessoa que emite, mas sim uma postura frente a uma situação. Assim, ao fazer análise do discurso, também estamos fazendo uma análise social do discurso, questionando-nos sobre como e por que esse se deu dessa maneira.

Assim, surgem questões que para nós são fundamentais para compreender o processo de construção de ser psicólogo (a) em saúde nos cursos de graduação de Psicologia: O que é esse material ao redor da situação? Como se articula esse material com os discursos acerca de saúde? Quais os outros conceitos utilizados para a construção da concepção profissional? Por que o interesse por esses outros conceitos para construção de uma determinada postura?

As buscas por respostas podem ser auxiliadas pelo conceito de *matriz* de Hacking (1999), na compreensão do contexto dessas práticas discursivas.

Esse autor, ao fazer uma discussão sobre o conceito de *matriz*, tece uma severa crítica ao construcionismo social. Para ele, a construção do

conhecimento só faz sentido se fossem articulados a prática e os discursos. Afirma que parece estar na moda falar que tudo pode ser construcionismo, por poder ser construído. Frente a isso, tenta frear alguns modismos, pontuando que é necessário criar algumas condições para que se considere algo em construção como sendo alguma coisa socialmente construída.

Para que um determinado fenômeno “X” seja lido como um fenômeno de construção social, temos que considerar a *IDÉIA* acerca de “X”, ou compreender como se deu a classificação das leituras acerca desse “X”. Ainda nesse pensamento, Hacking faz pontuações na apresentação das condições que se propõe, mostrando que é necessário tentar romper com o fatalístico da *inevitabilidade e a naturalidade* dos discursos dominantes.

Para considerarmos um pensamento uma construção social, num primeiro momento a situação de “X” parece ser inevitável. O conceito, a idéia e a matriz de regras, infra-estrutura e práticas que subjazem a “X” não são inevitáveis. Como, por exemplo, os conceitos de “déficit” e “economia”. Esses são produtos de processos históricos, porém, atualmente parece ser inevitável a *IDÉIA* que se sustenta acerca dos mesmos. Para elucidar melhor o texto, nesse ponto se faz premente diferenciar os conceitos de *objeto, idéia e palavras de projeção*¹⁰:

¹⁰ Na versão original, Hacking utiliza o termo *elevator words*. Traduzimos *elevator* por elevador ou ascensão. Preferimos palavras de projeção para dar significado ao ato de tornar público uma idéia, no sentido de projetar-se. Diferente de ascensão, que para nós, apesar de significar o mesmo ato, pode remeter ao religioso.

A) Objetos, Idéias e Palavras de projeção.

Objetos são os itens do mundo do senso-comum, do cotidiano, do dia-a-dia. Hacking destila uma lista de exemplos: Pessoas (crianças), Estados (infância), Condições (saúde), Práticas (abuso infantil, caminhar), Ações (lançamento de bola), Comportamento (generoso, inquietação), dentre outros. Os *objetos* não são fruto de fantasias. Eles existem e são concretos. A condição básica para sua existência, obviamente, é a existência de práticas humanas. Cita, como exemplo, o aluguel. É subjetivo e objetivo ao mesmo tempo. Não possui uma existência material, mas é concreto: caso o inquilino não o pague, será cobrado ou até despejado. Em um futuro distante, para ser possível o estudo do aluguel (caso este não exista mais), os historiadores levarão em conta os componentes da *matriz* que faziam parte do objeto aluguel.

As *idéias* para Hacking são: *conception, concepts, beliefs, attitudes to, theories. They need not be private, the ideas of this or that person. Ideas are discussed, accepted, shared, stated, worked out, clarified, contested. They may be woolly, suggestive, profound, stupid, useful, clear, or distinct.* (Hacking, 1999: 22).

O autor diz que os agrupamentos, categorias, classificações e as classes são caracterizados como *idéias*.¹¹ Para suas extensões – agregados de coisas, conjuntos e grupos e tudo o mais que concretize as *idéias*, são coleções que estão no mundo, portanto, contam como *objetos*.

Já os desdobramentos da noção de *idéia* são chamadas de classes para Hacking. Para ele, o que é socialmente construído é exatamente *a forma como uma determinada classe se constrói*. Fazer mundos é fazer classes. Tais classes são interativas, pois quando são conhecidas pelas pessoas, ou por quem está ao seu redor e usadas por instituições estas trocam as formas os sujeitos possuem acerca das experiências de si mesmos. Por fim, torna-se um efeito "boucle", contrapondo-se com o que normalmente ocorre nas categorizações naturais. Em outras palavras, as pessoas que são classificadas tomam consciência dessa classificação. A partir daí passam a aceitá-las ou não, cabendo a elas mesmas mudarem-na ou não.

E, por fim, as *palavras de projeção*, que basicamente são expressões ou termos caracterizados pela polissemia e pelo fato de que, ao tentarmos demarcá-los, quase sempre tendemos a fazer definições circulares. Isso porque

¹¹ Para Hacking, a ausência de termos mais adequados para caracterizar o que chama de *idéia*, fez com que utilizasse esse mesmo termo como uma abreviatura taquigráfica muito insatisfatória. Indo além, diz que termos como *conceito* e *classe*, para designar *idéia*, estão esperando na reserva. Para o desdobramento da noção de *idéia*, utiliza o conceito de classe.

o sentido de um termo pode remeter a outro que, posteriormente, após voltas e voltas, acaba por retornar à origem; o primeiro sentido. Esses termos são como “fatos”, “realidade”, além de outros. Como palavras-chave para qualquer sistema filosófico.

Não são itens que estão no mundo como os *objetos* e as *idéias*. São palavras que usamos para dizer algo sobre o mundo ou sobre algo que dizemos ou pensamos desse próprio mundo.

B) Matriz:

No público, circulam as *idéias*, que podem ser criticadas, propostas, rechaçadas. Elas não existem num vazio, mas sim dentro de um referencial de um marco social. E é este marco que Hacking atribui o nome de *matriz*.

A *matriz* onde se constrói o debate sobre formação do conceito de “saúde” em Psicologia é composta por instituições, por profissionais, pesquisadores (as) e professores(as), por artigos de periódicos e livros, documentos diversos etc. Além disso, existe toda uma infra-estrutura material que confere sustentabilidade à mesma como, por exemplo, os laboratórios, as salas de aula etc.

Assume-se que, através da documentação que existe acerca da formação em Psicologia seja possível realizarmos análises sobre como se dá a

construção do que seja ser psicólogo(a) em saúde dentro da formação em Psicologia, e quais usos e como são os efeitos deles na prática do profissional, bem como qual o efeito que essa prática discursiva produz no cotidiano.

No estudo de *matriz*, focalizamos como objetivo do discurso da construção social a interação entre objetos, conceitos, práticas e as próprias pessoas, pois dessa forma os *objetos* e *idéias* passam a se inter-atuarem. Não pode existir uma única forma de construir um conceito no que venha ser a formação em saúde para a Psicologia, ou em contrapartida, nem como única possível a forma que já está construída. Ou que esta não possa ser transformada.

Essas construções não existem de uma forma independente, nem tampouco são exclusividade do espaço da linguagem. Podemos encontrá-las em instituições, nas práticas sociais, em interações materiais com os objetos e as outras pessoas. Nesse sentido, Iñiguez (2002) afirma que explicações psicológicas, sociológicas e/ou suas teorias são fruto de uma determinada cultura em um determinado tempo, e que nunca poderemos considerá-las como descrições definitivas da natureza humana.

A exemplo, pode-se citar e se referir ao longo dos tempos como se compreendeu a formação de categorias psicológicas: inteligência, emoção, linguagem, motivação, ou como se formaram categorias consideradas

sociológicas: mulher refugiada, ou abuso infantil; dimensões políticas, sociais, econômicas etc.

Dessa forma, parece que a Psicologia vai se transformando em objeto de análise, ao menos enquanto instrumental de análise da realidade. Portanto a Psicologia é uma das principais responsáveis pelas maneiras das quais o mundo é visto, daí a importância dos estudos que envolvam a formação. Provavelmente em função disso, Geertz (2002) tenha entendido que, mais que uma Psicologia que veja a mente como um mecanismo programável, há uma necessidade de que essa Psicologia seja vista como um ganho social.

4.4 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das representações sociais originou-se na Europa, em 1961, com a publicação de um estudo que se prendia à tradição sociológica Durkeïniana, chamado *la psychanalyse: son image et son public* de Serge Moscovici. Essa teoria se posicionava contrária a qualquer tentativa de explicação psicológica dos fenômenos sociais.

Segundo Farr (1995), a Teoria das representações sociais, desde o início, era considerada uma forma sociológica de Psicologia Social, porque se constitui ainda segundo o autor, “importante crítica sobre a natureza

individualizada da maior parte da pesquisa em Psicologia Social da América do Norte”.

Durkheim (1898), com seus estudos a respeito do suicídio, no qual considerava esse fato como um fenômeno social irreduzível a fenômenos psíquicos individuais, norteou o conceito das representações sociais que muito mais tarde Moscovici ensinaria no surgimento da teoria das duas consciências: a individual e a coletiva.

Por outro lado, Moscovici considera mais adequado, em um contexto contemporâneo, que as representações sociais sejam estudadas em detrimento de representações coletivas, uma vez que o segundo conceito, enquanto objeto de estudo, seria mais adequado a sociedades menos complexas, mais homogêneas em termos de valores (senão cristalizados), com mudanças muito lentas. Bem diferente do que ocorre nas sociedades encontradas hoje, que são marcadas pelo dinamismo e pelo pluralismo econômico, cultural e político, que urge afirmar a existência de poucas representações verdadeiramente coletivas.

Encontramos essa postura teórica de Moscovici, numa citação de Sá (1995),

As representações sociais nas quais estou interessado não são as de sociedades primitivas, nem as reminiscências, no subsolo de nossa cultura, de épocas remotas. São aquelas da nossa sociedade presente, do nosso solo político, científico e

humano, que nem sempre tiveram tempo suficiente para permitir a sedimentação que as tornasse tradições imutáveis. (p22)

Vale lembrar que as representações sociais não são constituídas por reproduções de comportamentos e relações já existentes, bem como respostas a estímulos exteriores. Elas são dinâmicas, produzem comportamentos e relações com o meio exterior. São sistemas que têm lógicas e linguagem particulares, numa estrutura de implicações baseadas em valores e conceitos, que por vezes são contraditórios.

Ainda segundo Moscovici, as representações sociais não devem ser compreendidas como “opiniões” ou “imagens de...”, mas sim como teorias, ciências coletivas destinadas a interpretação e elaboração do real. (p.50)

Partindo dessa postura, admite-se que as representações sociais são produzidas a partir das interações sociais – trabalho, cultura, comunicação – e assim tornam-se expressões de uma dada sociedade e as formas de mediação social, porque é a partir delas que as pessoas irão se relacionar com o mundo.

Para se obter uma representação social de um determinado conhecimento, conceito ou experiência, deve-se necessariamente vincular este fenômeno a ser estudado a um sistema social de valores, as práticas que conferem às pessoas as formas de se orientarem no meio social e material, e como o dominarem. Parece ser necessário também aos membros da sociedade em questão que reconheçam como código passível de ser utilizado na identificação dos componentes do seu mundo e da sua história.

Abric (1998:27-38) define representação social como: *“uma visão funcional do mundo que permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade de seu próprio sistema de referencias; permitindo assim ao mesmo indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade”* (p 27-8).

Moscovici (p.58) explica que representar algo não é simplesmente desdobrá-lo, mas sim reconstituí-lo, retocá-lo ou modificar-lhe o texto. Continua a explicação dizendo que, no real, a estrutura de cada representação nos aparece desdobrada, tendo duas faces pouco dissociáveis quanto a frente e o verso de uma folha de papel: “A FACE SIMBÓLICA E A FACE FIGURATIVA” (p. 65)

As representações sociais caracterizam-se por dois processos: a “objetivação” e a “ancoragem”, de modo tal que se transforme o não familiar em familiar.

Pelo processo de objetivação (ou segundo alguns outros autores objetificação) a partir de um conceito ou significado se constrói uma imagem. Já no processo de ancoragem, ocorre a complementaridade, ou seja, atribui-se um significado a determinado objeto, ou dada situação, o que, portanto, torna-se possível nomear, categorizar ou interpretar.

Esses processos formam-se, explicados por Sá (1995), da seguinte maneira:

“a função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objeto abstrato, naturalizá-lo, foi chamada de objetivar. A função de duplicar uma figura por um sentido, fornecer um contexto inteligível ao objeto (interpretar) foi chamado de ancorar”(p 34).

A gênese das representações sociais e seu papel na mediação entre indivíduo e sociedade foi fortemente assinalada por Spink MJ(1993), Reigota(1990) e Jovchelovitch(1995):

“a representação social é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações nem produtor independente, pois as representações são sempre construções contextualizadas, resultantes das condições em que surgem e circulam” (Spink MJ, p. 303).

(...) as representações sociais são ligadas ao indivíduo (suas informações, seus valores, crenças, ideologias, atividades...) e à coletividade (valores e crenças de uma sociedade específica). Elas constituem os modelos explicativos das relações entre individual e o coletivo. Cada vez que um indivíduo é interrogado sobre um determinado objeto, ele fala a respeito do mesmo em função do tipo de relação que estabelece com esse objeto e o reconstrói a partir de uma significação que ele lhe dá. (Reigota, p. 72-3)

(...)é através de sua atividade e relação com os outros que as representações têm origem, permitindo uma mediação entre o sujeito e o mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói. Por outro lado as representações permitem a existência de símbolos-pedaços de realidade social mobilizados pela atividade criadora de sujeitos sociais para dar sentido e forma às circunstâncias nas quais eles se encontram. (...)Não há possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já constituídos. É sobre e dentro dessa rede que se dão os trabalhos do sujeito re-criar o que já está lá. Portanto o sujeito psíquico não está nem abstraído da realidade social, nem meramente obrigado a reproduzi-la. A sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já existe e seus

próprios esforços para ser um sujeito (...) São os processos de mediação social que geram as representações sociais, e que tornam também mediações sociais, na medida em que se é delas que os sujeitos interpretam e constroem o mundo (...) as representações sociais não são um agregado de representações individuais da mesma forma que o social é mais do que um agregado de indivíduos. (Jovchelovitch, p. 78-81).

Wagner (1998, p.10) afirma que o processo constitutivo das representações sociais geralmente se dá em função de mudanças ocorridas dentro de uma realidade social porque *“muito freqüentemente, será uma mudança nas condições de vida dentro da sociedade que dá surgimento a uma reelaboração e modificação da concepção dos objetos sociais”*.

Pode-se então perceber que os autores citados estão destacando a funcionalidade inerente às representações sociais e seu papel ativo dos sujeitos da sociedade na apropriação e representação da realidade através de seus referenciais.

No que se refere aos aspectos sociais e históricos que se encontram presentes nas representações sociais, Spink MJ (1993) destaca que as representações são: (...) *essencialmente dinâmicas; são produtos de determinações tanto históricas como do aqui-agora e construções que têm uma função de orientação; conhecimentos que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social (p 8-9)*. Não só concordando com essa postura, mas complementando a idéia, Minayo diz que: *“as representações sociais não são necessariamente conscientes. Podem até ser*

elaboradas por ideólogos e filósofos de uma época, mas perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz a partir das estruturas e das próprias categorias de pensamento do coletivo ou dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam como elaboradas teoricamente por alguns filósofos, elas não são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso mesmo, nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência...(p 109).

Há que se considerar a sociedade como um sistema de pensamentos, tanto quanto um sistema político ou econômico, cujos indivíduos atuam como sendo pensadores ativos e, por meio dos processos de medição social, produzem e comunicam suas representações e soluções para questões a serem enfrentadas, como já dizia Moscovici (1978).

Mesmo porque as novas representações sociais que são produzidas pelas sociedades que se fundam como pensantes, revelam a visão do mundo de determinada época carregada de elementos do passado presente em sua conformação atual.

5. SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS RESSONÂNCIAS NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

5.1 O CONCEITO DISCIPLINAR EM EDUCAÇÃO

O conceito moderno de *disciplina* teve origem no fim do séc XVII, quando o latim deixou de ser a língua do clero e da religião. Assim o latim não era mais a língua das universidades e das escolas do saber. Mesmo antes dessa reforma, nas cortes e nos meios diplomáticos, o idioma em uso era o Francês.

Com o desenvolvimento das literaturas vernáculas, o latim deixou de ser a língua da cultura e das humanidades. Mesmo que esse cenário apresentado tenha suprimido o fundamento e as razões que tivera o latim para dominar nas escolas, no séc XVII o currículo lingüístico e literário já se havia tornado tradicional. Apoiava-se na autoridade de dois séculos de cultura. E além disso, num processo escolar aperfeiçoado, seus menores detalhes de método, de currículo e a técnica de ensino e de classe jamais parecem ter sido igualados por qualquer outro “modelo” dentro das universidades.

Assim parece que, embora a perfeição técnica do processo escolar não seja justificativa para um sistema de prática educacional para lhe dar estabilidade, a força da tradição e a mais tenaz rotina profissional influenciam para a manutenção do sistema. Como consequência, desde que essa estreita educação humanística tinha relação direta com as exigências práticas da época não constituía mais o único meio de enfrentar o problema de aproximar o pensamento e as realizações humanas, foi preciso encontrar uma nova teoria para justificar sua perpetuação. Essa teoria nova foi o conceito disciplinar adotado pela educação.

Como essência desse conceito disciplinar, Monroe (1979:232) define a teoria como “*o fator mais importante e determinante na educação é o **processo**¹² de ensino do que a coisa apreendida em si mesma*”. A concepção disciplinar toma uma grande variedade de formas, mas substancialmente elas se unem num só ponto: uma atividade ou experiência determinada, especialmente de caráter intelectual, quando bem escolhida gera capacidade ou habilidade em completa desproporção com a energia despendida. Diz ainda que, quando desenvolvida essa capacidade ou habilidade, seria utilizável nas mais dessemelhantes situações e aplicável à solução dos problemas apresentados em qualquer matéria.

¹² Negrito nosso.

Mais especificamente, a teoria afirmava que uma ou duas matérias, perfeitamente ensinadas e dominadas, era de muito mais valor educativo do que uma variedade de matérias, exigindo o mesmo tempo e esforço. Os partidários da educação disciplinar acreditavam que as matérias pela generalidade dos seus princípios, como a matemática e a lógica, ou pela natureza formal do seu conteúdo e organização como as línguas clássicas, fornecendo um treino formal para as diversas “faculdades” da mente, eram de suprema importância educacional.

Esse valor era peculiar a essas matérias, independentemente de sua relação com a vida ou sua aprendizagem final, bem com o uso pelo aluno. No período do domínio completo dessa teoria, admitiu-se que tais matérias eram peculiarmente adaptadas ao desenvolvimento da memória e da razão, e que esses “poderes da mente” eram considerados o êxito da vida.

5.1.1 Desenvolvimento do conceito

Em seu princípio fundamental, a nova educação era apenas uma ressurreição do formalismo escolástico medieval. Dentre os vários fatores que contribuíram para a elaboração da teoria, o que mais se destaca são as modificações sociais. O novo realismo se acentuava mais fortemente do que o do Renascimento perante a velha escola – que a coisa mais

importante na educação era a coisa aprendida, e não o processo de aprendizagem. A estreita educação humanista adotou, então, além dos argumentos dos seus próprios méritos, todos aqueles usados anteriormente pela educação escolástica.

Outro fator que contribuiu para a educação disciplinar era que, como representava a continuidade da educação humanista estreita, tinha apoio quase unânime daqueles que consideravam a educação do ponto de vista religioso. Pode-se perceber a atitude da igreja frente à maior parte dos líderes de tendência à posturas realistas como Descartes (1596-1650), Bacon (1561-1626) e mesmo Comênio (1592-1670). Esta considerava o movimento e seus adeptos como ateus ou irreligiosos. Mas ao mesmo tempo, a opinião religiosa sustentava a concepção disciplinar por uma razão mais geral: era um processo de transformação do lado mau da natureza humana (em seu aspecto pedagógico). Assim, pelo pensamento ético religioso contribui-se para teoria da educação disciplinar.

Aprendia-se melhor a natureza e a força da concepção disciplinar de educação colocando-a em contraste com um conceito de educação igualmente unilateral, mas que, ao contrário, acentuava mais a importância da coisa aprendida do que o processo em si. Fouillée (1838-1912), no séc. XIX, a favor da educação disciplinar clássica, em oposição à educação prática ou de conteúdos das ciências modernas, confronta essas duas

concepções afirmando que segundo Huxley, fazer das ciências naturais e físicas a base da educação é o correto. De outro lado, diz ainda que para Spencer, por sua vez, uma espécie de idolatria da ciência positivista tão difundida, faz o objeto da educação ser tudo o que possamos e devemos conhecer acerca de tudo, seja na poesia, ou seja na matemática. Conclui Fouillée que as ciências podiam ser de tal modo dispostas e ensinadas que dariam uma educação disciplinar semelhante à que era dada nas escolas públicas de sua época.

Essa forma de conceber o ensino tinha defeitos e méritos. Entre os defeitos, o principal estava no fato de não serem consideradas todas as exigências especiais que as diversas profissões ou necessidades da vida fazem à educação. Todas deviam ser satisfeitas pela simples transferência de habilidades gerais para a vida prática preparadas formalmente pela escola. O grande mérito da teoria disciplinar era que entre as matérias escolhidas, as abstratas proporcionavam ao aluno uma instrução para uma capacidade humana em lidar com atividades abstratas, como direito, teologia, etc.

Tanto na teoria disciplinar quanto nos modelos atuais de graduação, cada matéria tem um valor. Na educação, temos essa estrutura pedagógica como uma herança de John Locke (1632-1794). O guia da vida para alcançar a verdade e para todas as atividades na vida é a razão, mas o espírito só era

capaz de alcançar a verdade e formulá-la quando *educado* para tal. O que torna Locke um representante da educação disciplinar é a sua idéia de o espírito humano ser como uma “tábua rasa”, cujas virtudes e faculdades são trabalhadas de fora para dentro por meio da formação de hábitos. O desenvolvimento, segundo Locke, é o resultado exclusivo da formação de hábitos através das *disciplinas*.

Ainda segundo Locke, os aspectos de educação são três: físico, moral e intelectual. Os objetivos são, correspondentemente, vigor do corpo, virtude e saber. O primeiro é fundamental como base para o crescimento do humano. Alcançado este, os objetivos da educação são, como diz: virtude, sabedoria, civilidade e instrução, nessa ordem de importância.

A *educação física* é a descrição resumida da felicidade possível neste mundo “mente sã, corpo sã”. Quem tem essas duas coisas tem muito pouco a desejar, e aquele a quem falte uma delas estará desarmado para quase tudo na vida.

Na *educação moral* Locke faz uma distinção entre instrução e educação. (Isso explica talvez, a diversidade entre opiniões de Locke e dos educadores da escola disciplinar da época). Com os educadores, a educação veio a se identificar com a instrução, e se tornar uma disciplina rígida e formal. Para o filósofo, a educação como um todo é que era uma disciplina. A instrução era

somente um método de educação intelectual para formação de caráter. Obter-se a formação de bons hábitos por meio de uma longa disciplina dos desejos. Esse processo deveria ser agradável, quanto possível, e evitando-se a severidade, especialmente no que se referia à punição física. Assim se formariam o hábito e seus domínios (nunca segui-los como aconselhariam os naturalistas, a exemplo Rousseau (1712-1778)).

A *educação intelectual*, na maior parte dos capítulos de *Pensamentos* referente à educação intelectual, dedica-se à análise das matérias de estudo. Nesse ponto, Locke concorda com os realistas-sensoriais e com os enciclopedistas. Entretanto, mesmo nessa concordância, o conceito disciplinar é fundamental. Nas obras filosóficas de Locke, particularmente em *Conduct of Understanding*, definiu-se claramente sua concepção do aspecto intelectual da educação. Diz Locke (1632) que “a função da educação não é fazer jovens perfeitos em qualquer das ciências, mas rasgar-lhes e formar-lhes os espíritos de modo que se tornem capazes de enfrentar todas desde que se apliquem a qualquer uma delas...”

A divergência fundamental entre Locke, Bacon e Comênio decorre da sua teoria de que as matérias devem ser usadas para dar treino, e não fornecer conteúdos. Locke, que era médico, em sua obra quase não faz referência em favor do estudo das ciências naturais. As afirmações mais categóricas de Locke

eram que a repressão e a disciplina das tendências naturais e que a educação, em todos os seus aspectos, nada mais eram do que formação de hábitos.

5.2 ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE E DOENÇA NO PROCESSO EDUCACIONAL

Segundo a história do ensino e saúde, a medicina foi uma ciência que criou modelos no campo de conhecimento da área da saúde.

Na Idade Média, o ensino e a prática da medicina poderiam ser entendidos como uma síntese entre observação, empirismo e superstição. Foi a partir da revolução francesa que se desencadeou um processo de extrema importância que acabaria por influenciar a reforma no ensino médico, particularmente devido ao estudo dos pacientes e da realização de autópsias. Assim foram lançadas, de certo modo até irreversíveis, as bases da investigação objetiva e técnica de caráter eminentemente racional. Paris foi considerada o centro irradiador do ensino médico por mais de 50 anos (Lemle, 1989).

Já no século XIX, as escolas austríaca e alemã avançaram expressivamente em seus métodos de ensino devido aos reis da Prússia criarem inúmeros institutos de pesquisas em ciências médicas, principalmente

em áreas básicas de atenção à saúde. Com farto material clínico e com alto nível de treinamento objetivo, percebemos a presença de elementos essenciais para a pesquisa científica que passou a ser prática das ações médicas.

Ainda no final do século XIX, na Inglaterra, em Cambridge e Oxford, ocorreu um fato histórico: o treinamento em serviço, que foi uma forma de organizar sistematicamente uma modalidade de internato praticada desde a Idade Média. Essa forma de educação fez com que essas cidades se tornassem centros de referência no ensino médico.

Flexner em 1910, publicou um documento resultante da inspeção realizada em escolas médicas norte-americanas, de forma a contribuir com a identificação de problemas e deficiências nos métodos de ensino. Esse documento ficou conhecido como relatório Flexner e passou a ser considerado um divisor de águas em relação à educação médica, pois revolucionou e irradiou seus princípios de forma contundente na Europa, Estados Unidos e também Brasil. O impacto foi o fato de que essa forma de avaliar o ensino propunha elementos seminais que deveriam orientar a formação do médico: processos de racionalização e objetivação, treinamento em serviço e a pesquisa científica.

Como afirma Lemle (1989, p 331),

O relatório flexner significava o descredenciamento do ensino médico meramente tecnológico, na melhor das hipóteses, ou mesmo místico-artesanal, na pior das hipóteses, que vinha sendo praticado. Era a investidura do médico com as responsabilidades do cientista. Já não era possível licenciar um médico para a prática sem que estivesse armado com os métodos indispensáveis para o seu trabalho.

Um outro ponto a ser abordado refere-se à estrutura física das escolas de medicina. Elas deveriam garantir a consecução do princípio de pesquisa com auxílio indispensável de laboratórios. Como relata Lemle (1989), citando Flexner (1925), “ *se a nossa posição está correta, a enfermagem e o laboratório são, logicamente, do ponto de vista da investigação, tratamento e educação, inextricavelmente entrelaçados; a questão da precedência é fútil*”.

Percebemos, então, que esse relatório possui uma raiz metodológica moderna de treinamento médico que se baseia na resolução de problemas, inspirando as mudanças curriculares com forte impacto na formação médica em muitas escolas, inclusive Brasil.

Comumente a crítica que se faz ao relatório Flexner é fundada na compreensão de que a formação médica está voltada para as demandas atuais, o que hipertrofiou as competências técnico-científicas em detrimento da relação médico paciente e do compromisso social do médico. Cabe ressaltar aqui que em alguns países como Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos, a pesquisa teve apoio político e financeiro tanto para se institucionalizar quanto para se

profissionalizar, através de um lento processo de integração acadêmica nos hospitais universitários.

Cerca de meio século depois, uma nova etapa na educação médica com inspiração flexneriana foi registrada, com base na ciência e na pesquisa, marcada por uma crescente crítica a esse modelo. Em consequência da expansão do ensino e das mudanças no sistema de saúde, bem como ações de ordem acadêmica, que eram responsabilidades das escolas, algumas transformações foram desencadeadas a partir de 1960. Naquela época, vários documentos importantes foram produzidos em países como EUA, França, Inglaterra e na América Latina, com suporte da OMS e da OPAS. Esses documentos focalizavam a problemática da formação do médico. No Relatório Coggeshall (1965), a tônica era a importância da relação médico paciente e o envolvimento do médico em experiências comunitárias, conhecidas por experiências extra-muros.

No entanto, essa análise conclui que há importância de se associar um trabalho de pesquisa de alto nível, com um treinamento voltado para o paciente e para a comunidade, não comprometendo nem criando contradições na relação entre prática e treinamento médicos comprometidos com a pessoa do doente e a sociedade por um lado, e a investigação científica por outro (Lemle 1989:333).

5.3 SAÚDE E DOENÇA NO PROCESSO EDUCACIONAL

O marco histórico desta discussão está embasado na análise do processo saúde-doença considerando:

A) o processo saúde-doença como resultado de uma realidade concreta mais ampla, que basicamente é determinado pelo modo de produção vigente no tempo histórico presente, no caso, o capitalismo. “ou seja: o capitalismo determina o que é doença e o que é saúde”

B) o processo saúde-doença em si, sendo considerado como um todo, apresenta-se diferenciado na classe social em que se está inserido o sujeito.

Primeiramente, para se analisar com clareza o primeiro aspecto, é preciso saber qual é a realidade concreta e qual seu impacto sobre o processo saúde-doença. Uma possibilidade de olhar a situação em questão é fazer um recorte histórico, levando-se em conta e se referendando nas práticas e políticas desenvolvidas no período da Nova República.

Segundo Braga & Paula (1981:66-76), o final dos anos 1950 e principalmente o início da década de 1960 assistem a uma substancial expansão da assistência médica previdenciária, no que viria a ser um “*novo padrão de atenção à saúde no país*”. Os mesmos autores resumem esse período da seguinte forma:

“quando se dá a entrada no Brasil da etapa de acumulação industrial, ou seja, a formação interior da economia de um setor de produção de bens de capital inter-relacionado com a diversificação do consumo, dá-se também, a constituição capitalista de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado, via arrecadação previdenciária. O crescimento deste setor se dá a taxas maiores do que o restante da economia, como decorrência tanto do movimento interno, como das pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalidade do sistema previdenciário”

Nesta análise, essa atenção previdenciária caracteriza-se por uma prestação dos serviços de assistência feita, cada vez mais, por instituições privadas; utilização de mão-de-obra técnica e especializada, e o direcionamento para o modelo de sistema hospitalar (com grau elevado na utilização de equipamentos e administração de fármacos); busca intensa na utilização de tecnologia de ponta tanto na prestação como na produção do ato médico.

Essa fase do enfoque no processo saúde-doença parece privilegiar tão somente o aspecto curativo, e embora percebamos que já houve avanços

teóricos no sentido de uma tentativa de explicá-lo multifatorialmente, parece que na prática profissional (técnica e atomizada) gera-se um distanciamento das verdadeiras causas que o determinam.

5.4 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Um dos desdobramentos desse investimento maciço na medicina previdenciária (responsável pela saúde curativa e restrições de recursos para o Ministério da Saúde), ocorre, segundo Braga & Paula (1981: 98): “o agravamento nas condições de saúde da população”, sendo confirmado pela piora do poder de compra do salário mínimo.

Em 1979, o quadro de Saúde Pública poderia ser considerado desafiador e grave. Há a constatação de um cenário populacional conjugando a emergência de enfermidades crônico-degenerativas ao lado de tradicionais enfermidades infecto-contagiosas. Encontramos, nos centros urbanos, o aumento da prevalência das dislepidemias, infartos, acidentes vasculares encefálicos ao lado de endemias de localidades rurais como a doença de Chagas, a malária, a tuberculose como enfermidades importantes no contexto das políticas públicas nacionais de saúde. Todas com registro de

altas taxas de mortalidade (Gotlieb et Jorge, 2002), principalmente nas classes sociais mais baixas.

Contudo, foi no início da década de 1970 que começou a se delinear uma crise no governo que fora instalado após a Revolução de 1964. Setores civis começam a se reorganizar, inconformados com a insensibilidade do governo em atender às necessidades sociais, principalmente no âmbito da saúde e da educação (Campos et al, 1988). Têm-se movimentos simultâneos: paralelamente à impotência crescente da medicina previdenciária, as demandas populacionais por assistência à saúde aumentam. Esse dois movimentos resultam em um porvir na necessidade de **racionalização** dos serviços de saúde através do discurso governamental que se volta para políticas sociais na extensão de cobertura como forma de negociar com a classe operária.

Como afirma Faleiros (1980: 41-42), *“nas sociedades capitalistas avançadas, as medidas de políticas sociais são mediações para reproduzirem a força do (de) trabalho, segundo o processo de fração hegemônica da burguesia monopolista (...) tendo como característica básica o estímulo à demanda e subvenção de empresas”*.

Entendemos, então, que, de certo modo, os avanços conseguidos pelos trabalhadores em relação às políticas de saúde nada mais foram que “concessões” do Estado que, ao final, consegue manter a estrutura que

gera os mesmo problemas. Segundo a autora, o Estado, no papel de gerador dessas políticas, coloca-se como protetor dos fracos para satisfazer as necessidades sociais, pelas *“medidas legais que compensem as fraquezas dos indivíduos, pela introdução dos direitos sociais”* Faleiros (1980:43). Essa postura concessionária do estado transfere ao indivíduo e, particularmente, a seu estilo de vida a responsabilidade por sua saúde e escamoteia os determinantes do processo saúde-doença.

Outro fruto do tipo de política social adotado no Brasil é que se atribui ao sujeito e ao seu estilo de vida a responsabilidade pela sua saúde, o que segundo Waitzkn (1980:43) *“obscurece importantes fontes e doenças e mutilações encontradas no processo capitalista e no ambiente industrial. Além disso coloca o fardo da saúde diretamente sobre o indivíduo, ao invés de buscar soluções coletivas para os problemas de saúde”*.

Em relação aos modos desiguais em que se estabelece o processo saúde-doença nas diferentes classes sociais, existem dados de relevada importância na tal distribuição. Cabe, porém, situar de quais classes sociais se fala. Para Singer (apud Barros, M.B. de A., 1986: 271), *“existem no Brasil duas classes fundamentais: burguesia e proletariado, ou seja, proprietários e não proprietários dos meios de produção”*.

Quando observamos os dados estatísticos de imediato, urge olhar para além das aparências numéricas. Se tomarmos um indicador de esperança de vida ao nascer, percebemos um aumento de 53.4 anos para 60 anos de idade, de 1970 a 1980. Essa melhoria não se deu na população integralmente. Sabido é que, na década de 2007, o operariado que ganha até um salário mínimo (R\$ 350,00) tem uma vida média de quinze anos menor, em comparação àqueles que ganham mais de cinco salários mínimos (R\$ 1.750,00), baseado em Rosário Costa & cols (1986:37).

Da mesma maneira, os estudos sobre mortalidade infantil constatarem que a mortalidade, no caso deste trabalho, as doenças, se distribuem de forma desigual no âmbito da população. Os dados revelam-se sensíveis às condições de vida que envolve, além da acessibilidade aos serviços de saúde a compreensão das condições de moradia, saneamento e alimentação, entre outros fatores sócio-demográficos.

Dessa forma, nota-se que o acesso à saúde, que se constitui um bem, não é dado segundo as necessidades da pessoa, mas sim de acordo com a posição que ele ocupa no processo produtivo. Leopardi (1986:57) constata uma importante contradição sobre esse aspecto, que se evidencia da seguinte forma: *"os indivíduos são indiferenciados quanto ao atendimento objetivo (tratamento da tuberculose, do câncer, da esquizofrenia, etc.), porém, são diferenciados quanto à utilização dos recursos técnicos e*

mesmo quanto ao tempo dispendido, área física, etc. Se a saúde é compreendida apenas como compromisso pessoal, cada um utiliza a alternativa que deseja para seu tratamento (pseudo-liberdade), como se tivesse uma possibilidade concreta de escolha entre uma consulta no SUS e uma consulta Particular”.

Outro aspecto a ser analisado é o das políticas sociais, particularmente as de saúde, que atuam de modo a reproduzir a força de trabalho e, junto com ela, as diferenças sociais que são inerentes ao capitalismo. Como afirma Faleiros (1980:68), *“por intermédio do próprio sistema de organização da política social: 1) a institucionalização discriminatória, fragmentada e dominadora da política social; 2) a forma de prestação de serviços e dinheiro vinculada à manutenção de classe”.*

Diante do exposto é necessário se repensar o processo saúde-doença, vinculado a uma realidade social concreta, assim, ensinar saúde nos cursos de graduação de Psicologia através de disciplina específica. Os debates que antecederam a VIII Conferencia Nacional de Saúde e a própria conferência formam importantes momentos de reflexão sobre o tema, e resultaram uma nova postura sobre o processo: “num sentido mais amplo, é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, emprego, transportes...”, ou seja, o resultado das formas de organização social da produção.

Compreendida como processo, a saúde e a doença não se dão de modo fixo, único. É, pois, resultado de uma sucessão de estados ou de mudanças. Uma pessoa ou comunidade não se tornam doentes de um dia para outro. Saúde e doença não existem como elementos separados, mas como um estado único em que esses dois “vocábulos” se mesclam, tornado-se difícil definir onde acaba um e termina o outro. Isso nos leva a afirmar que não existe alguém totalmente sadio ou totalmente doente.

O processo saúde-doença é um estado em que devemos intervir sem as cisões que separam saúde de doença e vice-versa, dando a impressão de que a pessoa é depositária de uma doença que, caso seja retirada, não é mais um depósito. Tampouco basta somente dar informações para as pessoas “deseducadas” sobre os cuidados que devam ter para com sua saúde, na intenção de obter mudanças de comportamentos. Isso é uma visão mecânica do fenômeno que nos priva de visualizá-lo no modo processual como ocorre, ou seja, sempre em movimento e em transformação.

Efetivamente mudanças só ocorrem com as ações do humano sobre o meio. Ao mesmo tempo, porém, deve haver mudanças ao nível da consciência desse humano no sentido de, ao visualizar as contradições no processo saúde-doença, essa realidade poder contribuir para a construção

de uma realidade mais justa. Isso não ocorre espontaneamente. Há necessidade de ações e intencionalidade nesse sentido.

Frente ao que se afirma, vemos que a educação é uma das possibilidades de intervir na realidade dos indivíduos, no sentido de contribuir para a transformação de suas condições de vida e saúde.

5.5 O CAPITALISMO E O PROCESSO EDUCACIONAL

Não diferente do processo saúde-doença, no Brasil, o processo educativo tem uma estreita relação com o estado capitalista e urge ser analisado.

Saviani (1987:164) classifica as fases da educação brasileira em diversos períodos e cita que, em meados de 1930, a burguesia representada pelo Estado tentava “educar o povo”, sob o pretexto de escolhas boas de seus representantes nas urnas, porém o referencial valorativo de bom era a partir dos critérios da classe no poder. O Estado criou uma campanha chamada “escola universal, obrigatória e gratuita”, surgindo como política governamental para manter a hegemonia dessa classe.

Contraditoriamente a essa política, começam a eclodir interesses antagônicos entre dirigentes e povo. Curiosamente, o povo bem mais educado passou a então “deixar” de saber votar, uma vez que não o fazia de acordo com as expectativas da classe dirigente.

Entre 1945 e 1960, encontramos o movimento chamado Escola Nova, cujo centro eram os interesses dos alunos e sua psique. Segundo Saviani (1987:166), o movimento fracassou porque estava restrito a certos tipos de escola. Para o autor, revela-se uma contradição: enquanto o discurso dessa tendência era atender os interesses de todos, ela ficava restrita a uma elite, uma vez que a ênfase era o ensino individualizado, o que demandava custos altos.

Como não houve o resultado esperado, logo após a Segunda Guerra Mundial, nasce um terceiro movimento que preconiza a utilização dos meios de comunicação de massa. De novo, encontram-se desarticulados entre si aspectos sociais, econômicos e políticos, os quais deveriam começar a ser considerados ao final dos anos 1950. Pontua-se que foram atendidos os interesses dominantes em nome do avanço tecnológico dos EUA, e passou-se então a enfatizar a mão-de-obra técnica através do incremento da força de trabalho. Podemos inclusive constatar essa profissionalização em nível de segundo grau pela Lei nº 5962/71. Somada à eficiência técnica, a profissionalização desembocou num trabalhador bastante marcado por sua

alienação, tanto em relação ao seu trabalho, cada vez mais fragmentado, quanto ao processo político pelo qual o país passava.

Num contraponto com o processo saúde-doença, percebemos que tanto na educação como no outro processo, o discurso da classe dominante está intermediado pelo Estado sob o jargão de atender os interesses de toda a sociedade, traduzindo exatamente a pretensão e a busca por uma hegemonia na obtenção de um consenso. Isso significa dizer que a proposição de metas deva ser vista não apenas por ela como desejáveis, mas por toda sociedade em seu conjunto. Portanto, proposição de metas que sejam consideradas desejáveis também pelas outras classes e frações de classes.

É nítido que a hegemonia apresenta-se como um mecanismo pelo qual a classe dominante consegue manter e perpetuar seus valores. É necessário, então, analisar como ocorre e qual sua relação com o processo educativo. Para tanto, pretende-se abordar a questão cultural e como se apresenta sua apropriação no processo produtivo.

Pinto (1987:36) faz referência à educação como um fenômeno da cultura e, como tal, lhe pertence em dois sentidos, a saber:

1 como um dos produtos ideológicos da cultura

2 como processo produtor e transmissor da cultura

Mas em que consiste a cultura? A priori, pode-se afirmar que, em sua essência, a cultura preconiza os processos de produção, conservação e reprodução de instrumentos, técnicas e idéias. A direção tomada por essa cultura, num todo, chama-se de processo cultural. Num contexto especificamente brasileiro, segundo Saviani (1987:123), diríamos que essa apropriação dos instrumentos, idéias e técnicas culturais se dá de maneira diferenciada nas diversas classes sociais e, de certa forma, caracteriza a cultura em si.

Dessa forma, grupos minoritários que tiveram acesso a um universo cultural mais elaborado se auto-julgam “aptos” a pensar por toda a sociedade, conquanto cabe aos menos “aptos” a tarefa de execução dos ideais da classe culta. Parece-nos que essa separação como está posta acaba por garantir a hegemonia da classe dominante, porque deixa de revelar instrumentos para proceder à ligação entre o pensar e o fazer. Isso permite sempre desarticular do contexto e, assim, tornar mais alienado o sujeito.

Para Scheibe (apud Kuntzer 1987:123-4) “... a classe trabalhadora operaria a quem a alienação é desconfortável, e que tem no trabalho, pelo seu próprio caráter articulador de teoria e prática, o impulso à totalidade, vê-

se impedida de fazê-lo porque lhe é negado o acesso aos instrumentos teóricos metodológicos”.

Pode ser então que, para transformar essa situação, o processo educativo intencional seja um caminho, pois assim permitiria ao educador desnudar a realidade através do acesso ao saber socialmente produzido.

Esse processo educativo é histórico e crítico, porque permite ao educando relacionar fenômenos ao contexto sócio-político e econômico vivenciado diariamente. O processo educativo, então, acontece numa sucessão de fenômenos de modo a instrumentalizar ações conscientes nos educandos.

Para melhor se expressar urge explorar um pouco a noção de consciência para compreendermos e intervirmos no processo educativo.

Conforme Pinto (1987:59), a consciência pode ser a representação mental que o sujeito tem de si e de mundo, podendo se ter dois modos: consciência crítica e consciência ingênua. *“a consciência ingênua é aquela que não inclui em sua representação da realidade exterior e de si mesma a compreensão das condições e determinantes que a fazem pensar como pensa. Não inclui a referência de mundo objetivo como seu determinante fundamental”*

reflete sobre si mesma apenas introspectivamente sem relacionar-se com a totalidade objetiva que sobre ela influi.

A educação em saúde, então, pode ser um dos instrumentos utilizados pelo profissional da área da saúde, em particular os psicólogos que estão se graduando, no sentido de contribuir para a construção de uma consciência crítica no sujeito individual e coletivo. Dessa maneira, é necessário rever o modo como se vem atuando historicamente nessa área e se repensar uma forma de fazer educação em saúde mais intencional e transformadora, para além de unicamente se repassarem conteúdos.

5.6 A EDUCACAO EM SAÚDE

Ao longo da história, a educação em saúde mostrou-se desenvolver em consonância com as políticas de saúde que vêm sendo implementadas. Portanto, a sua conotação ideológica, a partir do processo de industrialização, está ligada à ordem capitalista. Assim é que “a partir dos anos 20 a educação sanitária encontra grande possibilidade de desenvolvimento através do Estado. A “higiene social” ofereceu aos dirigentes nacionais os argumentos necessários para responder às conseqüências humanas decorrentes da implantação da

ordem capitalista no país. Então as causas das doenças e da pobreza eram atribuídas à resistência das classes populares em utilizar as normas de asseio, moral e bons costumes...” Rosário Costa (1984:15).

Naquele momento, a urbanização crescente exigia medidas sociais, as quais tiveram a tutela do Estado. Com a consolidação do capitalismo, a assistência à saúde começa cada vez mais ser individualizada, tendo como base um modelo norte-americano.

Não foi diferente na educação sanitária, ao acompanhar essa tendência, inclusive presente na área da Educação. Para Cardoso de Melo (1984), a educação sanitária estava pautada na escola nova e objetivava educar para a vida e para a saúde.

Acontece, porém, que, ao adotar a Escola Nova como tendência educativa, acaba por despejar no sujeito a responsabilidade por seu crescimento individual. Trazido isso para a educação sanitária, desvinculam-se os determinantes do processo saúde-doença dos fenômenos sociais, decorrentes das relações de produção que se estabelecem a partir de determinado momento.

Cardoso de Melo (1984:34) diz que as primeiras experiências com centros de saúde, enquanto irradiadores de medidas preventivas e educativas,

foram realizados nos EUA. Também teve a criação da primeira escola de saúde pública, para qual se dirigiram os médicos brasileiros, financiados pela Rockefeller Foundation.

Tivemos a consolidação da influência norte-americana nos serviços de saúde brasileiros a partir de 1942, com o acordo para exploração da borracha, minérios, produção de alimentos e a criação (pelos americanos evidentemente) da Fundação SESP. Os profissionais brasileiros vão para os EUA especializar-se em “Health Education”. Havia a necessidade de se dar ao sujeito da área rural instrumentos para a sua integração ao processo de desenvolvimento. A educação de adultos foi enfatizada com a finalidade de modernização da agricultura, bem como o preparo de mão-de-obra especializada para as indústrias que iam se instalando.

A educação sanitária acompanhou os programas de saúde que iam se interiorizando, par e passo com o processo de modernização com a educação rural.

No desenvolvimento da ideologia da comunidade, a fundação SESP teve grande influência, bem como na participação comunitária e educação de grupos. Também teve grande influência na mudança curricular da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, pois agora incorporava fatores socioeconômicos e culturais na maneira de perceber e explicar a saúde e a doença. A educação

sanitária deve considerar esses fatores que se constituem em barreiras para a ação educativa. Mesmo assim, a doença era percebida como fenômeno individual e Educação em Saúde como a solução para prevenir as doenças e se ganhar mais saúde.

Já no final dos anos 1950, os movimentos sociais começaram a ganhar espaço e críticas começaram a ser feitas tanto à saúde como à educação. Funda-se a Faculdade de Saúde Pública da USP e as ações educativas em saúde deixaram de ser competência de professores primários, sendo agora tarefa de toda equipe de profissionais em saúde. Apesar de o processo saúde doença ser compreendido em sua multicausalidade, a solução ainda era dada pela educação em saúde pública.

Após a revolução de 1964, os profissionais encontraram barreiras enormes para uma prática social, porque a ordem agora era de que a problemática social era segurança nacional. A ordem econômica que continuava a privilegiar o capital, particularmente o estrangeiro, começou a olhar para a educação e para a saúde como setores de investimento. Cardoso de Melo (1984:37-38).

Ainda para esse autor, a partir de 1975, iniciou-se um período de críticas à educação em Saúde. Elas se fizeram a partir de novembro de 1974, com a vitória do único partido político de oposição naquele momento (MDB), quando

as oposições pareciam mais fortalecidas. Percebe-se, no contexto, uma crise de legitimidade e, como forma de aliviar as tensões, o discurso oficial incorpora a participação comunitária.

A educação em saúde parece ter percorrido um caminho harmonioso com as propostas do Estado, que a apontava como solução para todos os males e impedia a população de refletir acerca dos verdadeiros determinantes de saúde-doença. A forma como vem sendo conduzida se, de um lado, torna os indivíduos mais dependentes e incapazes de refletir sobre possíveis incoerências e contradições das ações governamentais, de outro, proporciona a esses sujeitos um conhecimento que, de uma forma ou outra, pode contraditoriamente torná-los mais conscientes de sua condição.

Outro ponto de vista a ser considerado é que, da mesma forma como a saúde-doença e educação já discutidas anteriormente, a Educação em Saúde parece ter sido sempre considerada como responsabilidade unicamente do cidadão, e de uma forma e outra, depende sempre da vontade e capacidade do sujeito em aprender e não de suas condições de vida ou estratificação social. Isso posto porque esteve exatamente o interesse do Estado em desvincular as causas da crescente pobreza no país e deteriorização das condições de vida do brasileiro em detrimento do modo de produção capitalista. Sempre, então, esteve a Educação em Saúde a serviço da manutenção da hegemonia dominante.

Essa hegemonia citada, *“decorre do sistema de alianças que a classe dirigente consegue estabelecer em torno de seus propósitos e da adesão a esses propósitos que parte da população em geral, que os toma com se fossem ao encontro de seus interesses coletivos e não dos interesses particulares da classe no poder”*. Paro (1996:86). Esse autor também aponta que a concretização da hegemonia de uma classe social deve incluir a difusão da ideologia dessa classe determinada.

A educação em saúde como está sendo praticada atualmente ainda preserva os valores da classe dominante e considera apenas aspectos determinados que acabam por estar a serviço da hegemonia e manutenção da ordem vigente. A exemplo: 01 cliente obeso(a) para qual se prescreve uma dieta. Diz-se o que deve ou não comer para diminuir seu peso. Essa prescrição é dada a partir dos valores da classe à qual o profissional em questão pertence. Também existe uma preocupação com as causas psicológicas que estão inerentes ao quadro da obesidade, como a ansiedade a ser combatida. Mas conjunturalmente, parece não haver uma preocupação em buscar as causas que levam essa pessoa a estar em quadro de ansiedade. O cliente pode até chegar a entender seu problema e quiçá saná-lo, mas dificilmente irá sair do âmbito da individualidade, abrangendo o universo para as condições de vida ou classe social.

Não é negado em momento algum a importância da Educação em Saúde, somente deixamos em evidência a necessidade de resgatar os valores reais para a população. Nesse sentido, de um lado, cabe ao profissional em saúde (e a população em geral) tentar desvendar a realidade do cotidiano de modo que se possa construir junto com os sujeitos a quem assiste uma visão mais concreta acerca do que determina a sua saúde-doença e sua própria vida. Por outro, devem, no seu conjunto, população e profissionais, participar da luta pela efetivação da melhoria das condições de vida, como definido na conferência de Alma-Ata, atribuindo responsabilidade e dever do Estado para essa promoção.

Sabido que a Educação em Saúde figura com outras tantas ações em saúde preconizadas pela OMS como essenciais, acreditamos que a educação esteja embutida em todos os cuidados para com a saúde e consideramo-la elemento fundante para a participação, co-responsabilidade e autodeterminação das comunidades.

Existe participação quando as pessoas de uma comunidade ou grupo social efetivamente intervêm no processo que constitui ou modifica a sociedade e sua história, ou seja, têm participação na produção, gestão e usufruto dos bens de uma sociedade. Parece que daí emergem outros dois conceitos: o de autodeterminação e co-responsabilidade, os quais são respectivamente a

capacidade de responder conscientemente em conjunto com os outros agentes pelos processos sociais e a capacidade de decidir por si mesmo.

O processo educativo, quando exercido de modo intencional (dirigido), pode gerar organização e ampliar as condições de cidadania da população. Como consequência, irá mobilizar essa mesma população para seus enfrentamentos e ações no sentido de contribuir para a melhoria de seu cotidiano. Atentamos para o fato de que esse processo exige corresponsabilidades, autodeterminação e participação. Porém, esses fatores só irão significar para as pessoas na medida em que existirem elementos que possam fazer perceber a realidade que os cerca e, no caso deste estudo em questão, a realidade do processo saúde-doença.

Não é possível afirmar que a Educação em Saúde “per si” leva a esses fatores, mesmo porque ao afirmar isso incorre-se no mesmo erro da educação tradicional em Saúde, pois desvincula-se um ato dos demais. O que é dito é que são necessárias outras condições objetivas, sócio-político-econômicas e culturais para que ocorra a participação da população nas questões que decidem os destinos de suas próprias vidas, dentre os quais se figura evidentemente a saúde. Enquanto instrumento de saber, atentamos para o fato de que a educação pode levar as pessoas a terem mais poder de intervenção nos fenômenos que os rodeiam.

Em 1984, a Organização Pan-americana de Saúde realizou um estudo sobre a participação comunitária. Dentre os resultados apresentados, destaca-se que a participação da comunidade na saúde se produz quando há conseqüências entre o sistema de saúde e os interesses da comunidade e aumenta quando o sistema ajuda a comunidade a resolver seus próprios problemas, melhorando o acesso aos recursos e aos conhecimentos, utilizando os próprios mecanismos da comunidade.

Sobre essa afirmação, em alusão à realidade brasileira, percebemos que políticas de saúde enfatizam a participação comunitária na saúde e, contraditoriamente, apresentam uma estrutura de saúde e atitudes com caráter abusivamente autoritários, que em nada favorecem o crescimento da comunidade na busca de melhores condições de vida e saúde. As comunidades formam parte indissolúvel e importante do sistema social, privar a população do acesso às informações ou considerar que grupos marginalizados ou subdesenvolvidos; falta de educação e cultura venham da apatia ou da pouca participação da comunidade parece irracional e ilógico. São as condições de vida em sua totalidade que podem determinar mudanças de atitudes das pessoas em relação à sua própria vida e conseqüente para a saúde.

O modo como vem sendo encarada a Educação em Saúde é duramente criticada por Pilon (1996). O autor diz que geralmente incorre-se em dois erros: ou é superficial, ficando apenas atento aos fundamentos teóricos do processo

educativo; ou é vista parcialmente por meio de teorias muito específicas. Diz ainda que é muito importante que se recupere a visão de conjunto, na compreensão de homem e seu projeto de vida. Ou se leva à transformação total do homem ou não se leva a nada.

Embora concordemos com o autor em suas posturas a respeito do processo educativo, e por mais críticas que possam suscitar, Pilon (1996) classifica a população de modo muito amplo, deixando de considerar as classes sociais, o enfoque dado é o destaque para a transformação que depende quase que exclusivamente das comunidades. Essa visualização mais ampla em saúde é tomada como elemento (entre tantos outros), que leva à saúde e deve interferir globalmente na vida das pessoas e sua comunidade porque considera o contexto.

Destaca ainda o autor que outro ponto importante a se considerar em Educação em Saúde é que o processo educativo não é fechado e fixo. A exemplo: quando um usuário do Sistema Único de Saúde vai à UBS com um problema de câncer, não sai de lá após 2 ou 3 orientações entendendo toda a problemática envolvida. Toda a educação, nesse sentido, pressupõe um processo e, segundo Pilon (1996:394), é parte do processo de desenvolvimento cultural, social, político e econômico. Ao conseguir-se firmar por etapas, os ganhos ao longo do tempo são mais qualitativos que quantitativos.

Muito embora esse tipo de compreensão já há algum tempo venha sendo divulgado e existam práticas concretas com esse discurso na América Latina e Brasil, nos cursos de formação de psicólogos poucos trabalhos teóricos e/ou práticos enfatizam a Educação em Saúde como instrumento político capaz de influir na qualidade de vida da população. Podemos verificar esse dado olhando para a literatura de Psicologia e Saúde, bem com os congressos de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar.

Vários estudos como os de Angerami (1984), Chiattonne (2000), Lamosa (1987), Moretto (1999), Neder (1992), Symon (1994), Cequeira (1999) relatam experiências de Educação em Saúde em Psicologia. O foco desses estudos é um questionamento de como provocar uma mudança eficaz de comportamentos nas pessoas e no profissional a partir de uma inserção no contexto de saúde. Os trabalhos em questão não se centram no relacionamento do modo de vida, classe social e do próprio contexto político, com fatores determinantes para um surgimento de diabetes, por exemplo. Falam de uma Psicologia terapêutica aplicada dentro de um contexto hospitalar, porém consideram pouco ou não consideram quais as modificações de vida do usuário do sistema de saúde lhe permitem tais mudanças.

Outro ponto a destacar é que esse tipo de trabalho educativo parece que ainda está fortemente a serviço de uma demanda que busca a consulta médica, deixando de investigar por quais reais motivos se chegou à porta do hospital.

Na contramão, encontramos em Spink MJ (1995), e Velásques e Cols (1986) trabalhos que demonstram em suas revisões de literatura, de um ou outro modo, preocupações em relacionar a saúde com as questões sociais. Para Velásques e Cols (1986:19) o processo educativo terá êxito se estiver de acordo com a realidade local e se a comunidade despertar para a necessidade de participar deste processo. Já Spink, MJ (2004: 33) explora como determinados fenômenos tornam-se problemas sociais, e para argüir se utiliza de um exemplo de Hacking (1999). Fala de um grupo de pediatras ao designar abuso infantil num local (Denver) e, como logo este conceito se expandiu para abarcar outras idades e circunstâncias em uma comunidade. Se na mesma lógica da apropriação social dos conceitos explicitada por Spink, MJ (2004), compreendermos “saúde”, em educação, poderemos entender como a noção de saúde expande-se nas práticas discursivas pedagógicas nos referidos cursos de Psicologia.

Rezende (s/d) relata uma experiência de elaboração de uma cartilha de saúde de modo participativo, ressaltando que *“o desvendamento das condições objetivas de vida da população constitui-se numa práxis que deve ser exercitada não só pela população, mas também pelo educador de saúde. O caráter paternalista e autoritário da educação em saúde tradicional, na maioria das vezes não é uma atitude consciente do educador, ele ainda não passou da consciência ingênua para a consciência crítica”*

Na elaboração dessa cartilha, porém, parece que foram somente colocados aspectos relativos às doenças presentes na escola e à sexualidade, deixando de aludir à realidade social. Parece se caracterizar uma visão idealista do que venha a ser saúde, e que a questão da busca pela saúde está tão somente ligada à participação popular, espontânea talvez, nas quais são valorizadas as crenças e os costumes da população.

O processo saúde-doença é, como vimos, socialmente determinado, porque as transformações sociais ocorridas em um determinado tempo histórico geram transformações na saúde, tanto na estrutura quanto no sistema. Portanto, propor um estudo que perceba em qual momento da formação profissional o aluno visualize a realidade concreta em saúde, relacionando-a com o contexto socioeconômico, político e cultural seja uma das tentativas da Psicologia em Saúde Pública para reavaliar qual tem sido a prática profissional e sua formação para atuar na área da saúde, bem como seu compromisso social e qual o profissional que fará a educação em saúde da forma como proposto.

6 RESULTADOS E ANÁLISES

6.1 Sobre as escolas

O curso da escola particular foi autorizado pelo Decreto nº 70.324 - 23/03/72 e reconhecido pelo Decreto nº 77.546 - 04/05/76 (publicado em 05/05/76) enquanto que o da escola estadual surgiu como uma das cadeiras do curso de Filosofia, fundado pela missão francesa em 1934. Em 1938 foi fundado o Curso de Pedagogia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, oriundo do Curso de Professores (criado em 1933) no Instituto de Educação que já contava com uma cadeira de Psicologia Educacional. Em 1953 a Congregação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, por proposta de Annita de Castilho e Marcondes Cabral aprova a criação do Curso de Psicologia. Em 1954 a mesma professora criou junto à sua Cadeira de Psicologia do Departamento de Filosofia uma especialização em Psicologia Clínica. Em 1957, a lei no 3862 de 28 de maio, cria o curso de Psicologia que inicia seu funcionamento na Faculdade de Filosofia da escola estadual em 1958. Este curso foi formado pela Cadeira de Psicologia Educacional (curso de Pedagogia) e pela Cadeira de Psicologia (curso de Filosofia), que se desdobrou em Psicologia Clínica e Psicologia Experimental e Social. Em 1969 foi criada a atual escola de Psicologia pelo decreto no 52326, do Governador do Estado.

6.1.1 A Escola Privada

Na instituição privada, de acordo com seus documentos, os objetivos do curso voltam-se para o estudo do comportamento humano. Consideram-se e enfatizam-se em particular os aspectos biológicos, afetivos, cognitivos e sociais. O curso visa preparar o aluno desde o primeiro até o quinto ano para atuar na busca do bem estar social e da saúde mental das pessoas, por meio de ensino nas áreas clínica, escolar, organizacional, institucional e comunitária.

O curso para oferecer aos alunos conhecimentos teóricos, desenvolve desde recursos pedagógicos “criativos” até iniciação profissional em estágios e, a iniciação em pesquisas que se processam no âmbito do Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia. Nesta escola privada, o curso é composto adicionalmente de estágios obrigatórios supervisionados, que priorizam as ações que tendam às necessidades da comunidade onde o curso está inserido.

Tem como atividades principais na prática do profissional dos alunos:

- * Atendimento à população na área da saúde mental;
- * diagnóstico de distúrbios de comportamento;
- * psicoterapia individual e em grupos para criança, adolescentes e adultos;
- * assessoria e acompanhamento em instituições de educação;
- * assessoria a organizações.

A justificativa para a existência e a manutenção deste curso na escola privada, baseia-se na afirmação de que cada dia aumenta a solicitação de

serviços de Psicologia em instituições tais como hospitais gerais e psiquiátricos, centros comunitários e meios de comunicação. O mercado de trabalho é visto como sendo um espaço apto a proporcionar ao psicólogo uma atuação em centros assistenciais, agências de emprego, centros de saúde, hospitais, penitenciárias, escolas, ou consultório particular

Para a formação desse profissional, a instituição privada compreende enquanto práticas educacionais complementares à disciplinas:

- * Estágios em Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Escolas e Empresas
- * Atividades educacionais em Centro de Psicologia Aplicada
- * Iniciação Científica e Monitoria em Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Educação
- * Oficinas de Criatividade
- * Laboratórios Informatizados de Psicologia
- * Convênios com Secretarias de Saúde
- * Semana da Psicologia

Para considerar o aluno como Psicólogo apto (expedição de diploma), a se inscrever no Conselho Regional de Psicologia para obtenção da licença da atuação profissional a escola exige o cumprimento de:

Número máximo de semestres para conclusão do curso: 17

Número mínimo de semestres para conclusão do curso: 10

Horas de aula previstas para disciplinas obrigatórias: 3.280

Horas de estágios previstas como obrigatórias: 520

Horas de aula previstas para atividades complementares: 200

Carga horária total prevista para o curso (exceto horas de estágio): 3.280

Carga horária para estágio obrigatório: 500

6.1.2 A Escola estadual

A instituição estadual define em seu documento de proposta de curso que a Psicologia enquanto ciência gera uma prática profissional. Esta ciência tem por objetivo explicar como o ser humano pode conhecer e interpretar a si mesmo e como pode interpretar e conhecer o mundo em que vive (aí incluídas a interação dos indivíduos entre si, a interação com a natureza, com os objetos e com os sistemas sociais, econômicos e políticos dos quais fazem parte). Enquanto prática profissional, a Psicologia coloca o conhecimento por ela acumulado a serviço dos indivíduos e das instituições.

Portanto a Psicologia nesta escola é compreendida como uma ciência que tem por objeto de estudo os seres vivos que estabelecem trocas simbólicas com o meio ambiente. Está relacionada às ciências humanas (filosofia, teoria do conhecimento) e biológicas (biologia, neurofisiologia, psicofarmacologia) apresentando elementos comuns às ciências sociais (sociologia, antropologia) e exatas (ergonomia, psicofísica).

Para a formação nesta instituição estadual compreende-se enquanto práticas educacionais que a explicação do sujeito psicológico se dá por meio da diversidade, via uma convergência entre temas referentes à pesquisas realizadas na própria escola percorrendo desde o nível molecular, na psicofarmacologia, ou biofísico, na psicofisiologia, ao epistemológico, na epistemologia genética, ao subjetivo, até a interpretação dos sonhos e motivações inconscientes, mantendo-se como tônica o interesse pelo comportamento e pela experiência do indivíduo.

A justificativa encontrada nos documentos para a existência e manutenção deste curso, nesta escola, baseia-se na afirmação que a *área de atuação* do psicólogo estende-se a hospitais, ambulatórios, centros e postos de saúde, consultórios, creches, escolas, associações comunitárias, empresas, sindicatos, fundações, juizados de menores e da família, penitenciárias, associações profissionais e esportivas, clínicas especializadas, núcleos rurais e comunitários.

As atividades práticas enquanto atividades complementares às disciplinas são gerenciadas pelos seus departamentos de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade; Psicologia Clínica; Psicologia Experimental e Psicologia Social e do trabalho. Sendo que a unidade

acadêmica procura contemplar tanto a diversidade, quanto os elementos comuns que possibilitam a explicação do sujeito psicológico.

Para a conclusão do curso e respectiva expedição de diploma de psicólogo, a escola estadual exige do aluno que cumpra:

Número máximo de semestres para conclusão do curso: 17

Número mínimo de semestres para conclusão do curso: 10

Horas de aula previstas para disciplinas obrigatórias: 750

Horas de trabalho previstas para disciplinas obrigatórias: 360

Horas de aula previstas para disciplinas optativas complementares: 960

Carga horária total prevista para o curso (exceto horas de estágio): 2070

Carga horária para estágio obrigatório: 500

6.2 Semelhanças entre as escolas estudadas.

Percebe-se que no plano da prática de ensino, encontramos nas duas instituições de ensino em Psicologia uma estrutura curricular que se baseia em torno de pilares teóricos expressos na literatura específica definida para cada disciplina, tal qual nos modelos da *teoria disciplinar*, com traços presentes da

educação moral e educação intelectual de Locke, tal como explorado no capítulo 5 (p 87-93).

Essa semelhança estrutural também pode ser compreendida pelas determinações acerca do currículo mínimo de formação de psicólogos estabelecido pelo MEC, que estabelece as diretrizes de ensino estabelecidas na proposta de 1979. Mesmo que a LDB de 1996 tenha extinguido todas as resoluções referentes ao currículo mínimo nos país, no que tange à estrutura do curso, ainda temos nestas escolas um modelo conteúdista de ensino em uma nova realidade social.

Tanto para a instituição estadual como para a privada, a formação de seus alunos enquanto prática profissional parece estar voltada para o cumprimento do conteúdo programático proposto para as ementas dos cursos.

Parte dessas atividades é desenvolvida como aulas expositivas em que duas formas de avaliação validam o aprendizado. Uma estabelecida por meio de prova escrita e outra por meio de um trabalho elaborado acerca de um tema específico, ou como atividade extraclasse em estágios ou pesquisas.

Em relação à análise dos documentos nas duas instituições no que se refere às disciplinas especificamente para formação na área da saúde,

encontramos, considerando as duas escolas, 48 disciplinas que são referidas como fundamentais para o ensino de saúde:

PSICOLOGIA HOSPITALAR
FISIOLOGIA GERAL
NEUROFISIOLOGIA
GENETICA HUMANA
PSICOLOGIA DO TRABALHO
PSICOPATOLOGIA
PSICOMOTRICIDADE
PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO
PROCESSOS BÁSICOS
PSICOPATOLOGIA ESPECIAL
PSICO-ONCOLOGIA
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR
ANATOMIA HUMANA
ABORDAGENS HUMANISTAS EM PSICOLOGIA
ACONSELHAMENTO E ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA
ATENDIMENTOS BREVES
ATIVIDADES COMPLEMENTARES
DESDOBRAMENTO DA TEORIA PSICANALÍTICA
GENÉTICA HUMANA
INTERVENÇÕES CLÍNICAS BREVES
NEUROFISIOLOGIA
PROCESSOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS
PSICODIAGNÓSTICO COMPREENSIVO
PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO
PSICOLOGIA E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA
PSICOPATOLOGIA ESPECIAL

PSICOPATOLOGIA GERAL
PSICOTERAPIA BREVE
TÉCNICA DE AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA
TEORIAS PSICANALÍTICAS DA PERSONALIDADE
TÉCNICAS DE EXAME PSICOLÓGICO A
CONSELHAMENTO PSICOLÓGICO
TÉCNICAS DE ENTREVISTA
DISTURBIOS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS - ORIENTACAO DE PAIS
SAUDE MENTAL E TRABALHO
TRIAGEM PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO DA PERSONALIDADE
TECNICAS PROJETIVAS EM PSICOLOGIA CLINICA
ABORDAGEM PSICOSSOCIAL DO TRABALHO EM SAÚDE
PSICODIAGNOSTICO INFANTIL
PSICODIAGNOSTICO
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À ADULTOS EM INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PSICANALÍTICO À ADULTOS EM INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA
TEORIAS E TECNICAS PSICOTERÁPICAS
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR
TECNICAS DE EXAME PSICOLÓGICO
PSICOLOGIA DO EXCEPCIONAL

Em ambas as instituições as disciplinas descritas se utilizam referenciais teóricos oriundos dos saberes das Ciências Biológicas e das Ciências Médicas. Os termos mais utilizados encontrados em seus conteúdos que geram *matrizes*

(Hacking,1999) são: ***diagnóstico, paciente, doença, tratamento, disfunção, equilíbrio, farmacologia.***

Para as duas escolas, a teoria de base utilizada como referência na Psicologia clínica é a psicanálise. Apesar da ruptura radical introduzida por Freud em relação ao modelo médico tanto no plano clínico quanto no próprio estatuto que sustentam os “saberes” destas duas disciplinas, tem-se que, igualmente, considerar que no plano histórico-metodológico, a psicanálise mantém com a medicina laços de pertencimentos. Em sua prática, o psicanalismo como define Castel (1978), assim como em seus efeitos diversos, pode ser considerado como herança da medicina liberal do séc XIX.

Segundo Rodrigues (1999:110-165) Encontramos relatos na literatura que algumas disciplinas apontam outras teorias como a *gestalt*, organizacional, cognitivista, etc, para formar e atuar em saúde, porém a atuação profissional na prática parece ter um caráter psicodiagnóstico, com proposição de terapias e altas, não se diferenciando da referida psicanálise.

Especificamente no que tange a Psicologia, Gagey (1970:102) também diz que a expressão clínica da Psicologia adota o paradigma da clínica médica porque “*dialetizar as funções psíquicas através de confrontações anatômicas(...) ou ainda que se trate de aplicar o conceito de tendência de*

descrever a gênese da inteligência a Psicologia se revela, tão permeável à influências da Biologia que as vezes se faz duvidar se a biologia faz a Psicologia ou a Psicologia faz a biologia”.

6.3 As diferenças fazem a diferença

Devido inúmeras semelhanças citadas entre as escolas, é nas diferenças presentes no plano educacional entre as duas instituições que vamos poder perceber como as *matrizes* geradas no ensino em saúde no que tange a construção do conhecimento em saúde vão se articular na relação discurso-prática.

Na instituição estadual o aluno de graduação tem a liberdade de escolher por algumas disciplinas oferecidas para complementar à sua carga horária semestral, enquanto que na instituição privada o aluno segue um programa já pré-estabelecido a cumprir.

Pode ser que alguns em momentos os alunos da instituição estadual cursem a disciplina optativa com outras áreas de saberes, mas vai depender da vontade e interesse pessoal dos alunos. Já na instituição privada os alunos obrigatoriamente vão cursar uma mesma disciplina em comum com outras

áreas de saber (odonto, Enfermagem, Fisioterapia, etc), como exemplo anatomia humana.

As atividades acadêmicas de formação, estão distribuídas nas diversas atividades citadas, com suas respectivas cargas horárias de acordo com o exposto a seguir

Quadro demonstrativo de estrutura pedagógica entre instituições estadual e particular

	Instituição estadual	Instituição particular
ideal de semestre	10	10
Mínimo de semestre	10	10
máximo de semestres	17	17
Horas aula disciplinas obrigatórias	750	3.280
Horas estágio obrigatória	500	520
Horas atividades complementares	960	200
Horas de trabalho para disciplinas obrigatórias	360	—
Carga total do curso	2067	3780

Pelo quadro, podemos perceber que a instituição privada prioriza a formação dos alunos do 1º ao 4º anos no cumprimento de disciplinas. Apesar de não se considerar uma escola conteúdista, tal cumprimento disciplinar pelos alunos é a meta programática proposta, que deve estar pautada em indicação bibliográfica. Como o MEC prevê nas ementas, que as escolas apresentem em suas propostas de disciplina a literatura utilizada.

Já a instituição estadual prioriza o desenvolvimento e atividades complementares, numa relação de equilíbrio entre cumprimento de carga horária com disciplinas obrigatórias.

Porém se considerarmos verdadeiros os conteúdos dos documentos da justificativa de curso da instituição estadual, percebemos uma defasagem que se torna potente quando pontuamos que eles fazem menção às instituições do Estado nas quais os psicólogos são chamados a atuar. Essas instituições como estão referidas hoje pelo documento, não existem há mais de uma década. Assim se encontra no documento¹³ a seguir:

¹³ Documento obtido em 16.01.2007 e editado para fins do texto acadêmico deste trabalho

Auto descrição dos propósitos da Psicologia na escola estadual

ENSINO
GRADUAÇÃO
<p>PSICOLOGIA: Objeto de Estudo e Áreas de Atuação</p> <p>(...)</p> <p>A área de atuação do psicólogo estende-se a hospitais, ambulatorios, centros e postos de saúde, consultórios, creches, escolas, associações comunitárias, empresas, sindicatos, fundações, juizados de menores e da família, penitenciárias, associações profissionais e esportivas, clínicas especializadas, núcleos rurais e comunitários etc.</p> <p>(...)</p>

Silva PA 2007

Vale ressaltar que mesmo a Psicologia se definido como profissão da saúde para os cursos de graduação, segundo o Ministério da Saúde¹⁴ não há critérios unificados para definir quais são as profissões da saúde. Segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal do Ensino Superior (Capes), as profissões da saúde são abrangidas por 10 áreas científicas: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional.

Já segundo o Conselho Nacional de Educação (CNE), são 12 as profissões da saúde para fins de definição das diretrizes curriculares do setor,

¹⁴ www.saude.gov.br, acessado em 10.01.2007

acrescentando-se às anteriores, exceto Saúde Coletiva, Biomedicina, Ciências Biológicas e Economia Doméstica. Porém para o Conselho Nacional de Saúde (CNS), as profissões da saúde são 14, agregando-se Psicologia, Medicina Veterinária e Serviço Social.

6.4 Iconografia e os relatos dos informantes

Em continuidade à apresentação dos resultados e análises, vamos expor os relatos que se baseiam em duas fontes: a análise da iconografia produzida em cartazes pelos participantes das dinâmicas de grupo, nas quais estão presentes os principais elementos que melhor exprimem a seguinte instrução ao grupo: *“ que as figuras que melhor representem elementos oferecidos pelo curso visando a formação em saúde sejam escolhidas por vocês e coladas...”*.

Enquanto que a segunda fonte refere-se aos relatos extraídos das atividades propostas, utilizando-se da técnica de grupos focais. Esses relatos presentes nos quadros são recortes de discursos que no contexto significavam o processo saúde doença para o informante. Os nomes foram trocados para manter o anonimato, respeitando o termo de consentimento livre e esclarecido,

pode-se aventar uma sub-divisão: interação inter-pares e interação pais-criança.

A temática é explorada de um ponto de vista urbano, classe média, média alta, branca em que se explora essencialmente os aspectos afetivos de uma interação inter-pessoal visando a construção de um núcleo familiar. A perspectiva individualizada e subjetiva impregna toda a expressão imagética. Observa-se a ausência de elementos que fazem referência a Psicologia do Trabalho, à Psicologia Organizacional, à escola, ao temas da pobreza e da vida em comunidade, vara da infância.

Quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 01

	Tereza	Ana	Laura	Raquel	Luciana	Tatiana	Mauricio
SAUDE	Médicos para as pessoas	Pessoas que cuidem da saúde	Precisa se ter hospital	Uma boa estrutura social	Ter acesso ao sistema de saúde	Não se preocupar com a alimentação	Médicos para atendimento da cça
ESPORTE	Jogar bola	Correr bastante	Brincadeiras	Jogos infantis	Jogar bola	Atividade física	Jogos
EDUCACAO	Ensinar as crianças a olhar para a saúde	Aprendizado formal	Crescimento pessoal	Experimentação Para aprendizagem do interação com a natureza	Ler bons livros Ter acesso à artes	Tem que ficar em silêncio para aprender	Escola combina com saúde
AMOR	As pessoas bem relacionadas	Relacionamento entre as pessoas	O afeto gera saúde	Uma pessoa que ama cuida da saúde	Estar com amigos Pais	Afeto constrói a história de vida da cca	a cca amada tem mais saúde
FAMILIA	Apoio. Proteção segurança	Ter os pais presentes	Pais...sorrir...	Interação com pais	De tudo um pouco	Proteção da mãe para crianças Troca entre mãe e filho(a)	Felicidade e paz interior
LAZER	Recreação	Fazer so o que gosta	Não ter trabalho Brincar com cachorro	Brincadeiras infantis	Brincadeiras infantis	Sair para fazer caminhada	Ter saúde para correr e brincar
DINHEIRO	Compra a saúde das pessoas no hospital	Pode pagar o convenio	Poder custear a vida...	Comprar uma cama bem gostosa pra descansar	Viajar e curtir a vida para ficar numa boa	Significa segurança para um dia futuro	Paga os remédios e hospital se precisar deles
ALIMENTACAO	Ter uma alimentação balanceada é fundamental	Comer coisas saudáveis, sem gorduras	Responsável pelo desenvolvimento da cça	É a base do desenvolvimento físico	Importante para desenvolvimento da saúde	Comer o que a mídia não divulga	Comer bem e coisas saudáveis

Silva PA 2007

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 02

	João	Maria	Marta	Mario	Paulo	Reinaldo	Cláudio
SAUDE	Tomar remédios é legal	Não ter doenças é importante	Estar saudável e bem fisicamente	Sentir-se bem sem gripes	Ir ao medico sempre	Se preservar com camisinha	Médicos para atender as cças
ESPORTE	Jogar bola	Correr e ir a academia	Fazer ginástica no parque	Passear com o cachorro para perder peso	Nadar faz bem para saúde	Jogar bola com amigos	Esporte faz bem, qualquer um deles
EDUCACAO	Ler livros instrui as pessoas	A escola tem que ensinar sobre saúde	Na escola as professoras ensinam higiene	Acho que aprender sobre saúde é dever da escola	Na escola podemos construir saberes sobre o que é saúde	Saúde para mim é ter educação, ler livros	Saber lê e escrever é uma forma de ter saúde
AMOR	Estar com a pessoa amada faz bem	As vezes brigar com o namorado me da dor de cabeça	Estar sem amar deixa depressivas as pessoas	Acho que o amor resolve todos os problemas de saúde...	Amar faz bem ao espírito, como a terapia	Sentir-se amado é um remédio para depressão	Acho o amor uma boabeira, fico bem melhor sem ele
FAMILIA	Apoio. Proteção Segurança, tudo isso é saúde	Saúde e sentir-se protegido pela família	Em relação a saúde, a família cuida da gente..	Para mim a família é um apoio quando ficamos doentes	Meu pai cuida de minha saúde	Acho que so a família completa é saúde mental	Família.... sem o apoio dela fica difícil...se ficamos doentes..
LAZER	Recreação	Saúde é ir ao cinema	Saúde é passear	Saúde é não ter compromisso	Correr livre é maravilhosa mente saudável	Adoro não fazer nada...me deixa zen	Gosto de viajar para minha saúde mental
DINHEIRO	Tudo custa caro, sem dinheiro não há saúde	Uma consulta é cara...	Dinheiro compra tudo, até saúde	Acho importante, mas não é so isso a saúde	Ficar sem dinheiro deixa a gente doente...	A saúde é melhor com bastante dinheiro para gastar	Poder comprar é um remédio para depressão
ALIMENTACAO	Comer bem é saudável	Uma alimentação equilibrada gera saúde	Alimentos frescos fazem bem	Ter o queco mer garante uma vida legal	Ficar sem comer mata...faz mal	Adoro comer...para ter saúde	Temos que comer verduras.. bastante fruta para a saúde

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 03

	Gerusa	Tina	Solange	Veronica	Ester	Elisa	Joana
SAUDE	Acho que ter saúde é não tomar remédios	A saúde é uma coisa que nunca vamos ter	Para mim saúde é estar sentindo-se bem mentalmente	É o bem estar bio-psico-social	É o que li numa revista outro dia...tudo de bom	Representa não ter doenças físicas e mentais	Tudo estar sem problemas, sem dores, nem gripes
ESPORTE	Realizar esportes gera saúde	O sedentário deixa doente	Andar faz bem à saúde	Ate jogar peteca faz bem para o corpo e mente	Os esportistas são sarados...e m dia	Quem pratica esporte corre menos risco de ficar doente	Acho que andar e mexer o corpo faz bem à saúde
EDUCACAO	Ensinar saúde é fazer educação	Não acho que a escola ensine saúde	Ler bons livros, teatro, cinema	Concordo..acho que ir ao cinema é saúde	Quem sabe ler, não toma qualquer remédio	As escolas deveriam ensinar a não se auto-medicar	Quem estuda sabe o que é saúde
AMOR	Adoro paquerar. ..me deixa feliz	O amor é o remédio para as dores da alma	Quem ama e não esta só não sofre...ao menos na alma	Amor..pod e ser a solução para os males da alma	Senitr-se amada traz saúde	Que disse que a doença resiste ao amor?	Toda doença cura mais rápido quando temos atenção
FAMILIA	Minha família me protege ...me ampara se eu cair doente	Pai,mãe..é a saúde da vida	Ter família é estar protegido ...estar bem...com saúde	A família é a base da saúde	Meus pais cuidam da minha saúde	A família pode ser a proteção que precisamos à saúde	Minha família me da segurança e paz mental
LAZER	É importante descansar e sorrir	Passear é ter saúde	Ficar com amigos ou ir ao parque deixa a saúde mental em ordem	Adoro ir à praia. Da uma paz mental...	As vezes é preciso não fazer nada...	Diversão e arte fazem bem a qualquer um	Acho importante o lazer para a saúde
DINHEIRO	Ficar sem dinheiro deixa a gente doente porque não podemos pagar as consultas	Não conheço plano de saúde grátis alem do SUS	Acho que dinheiro é bom, mas pode trazer problemas para a saúde	Se dinheiro compra felicidade.. compra saúde também	A saúde depende de quanto a gente gasta com ela	Penso que tudo que se gasta com saúde é o quanto a gente tem de retorno	Saúde e dinheiro são complementares...
ALIMENTACAO	Aquilo que se come é a saúde da gente	Devemos comer o que a mídia não divulga	Folhas..alimentos bem lavados...	Frutas ..verduras.. tudo natural é bom para saúde	A saúde depende da boca...	Comida saudável comida fresca... Natural	Não comer gorduras faz bem para saúde

Em relação ao quadro do sub grupo 03, de fragmentos discursivos, podemos perceber que não diferiu dos demais nas categorias saúde, educação e alimentação. Porém na categoria dinheiro, a saúde pôde ser comparada a um bem de consumo, quando se referem aos convênios; possibilidade de pagamento de serviços médicos e compra de saúde pelo poder financeiro. Nas relações sociais, a categoria família indica proteção e imunidade à doenças, uma vez que foi referida como base e suporte.

SUB GRUPO 04 (8 participantes)

Nesta iconografia, apesar de poucas figuras, podemos visualizar duas menções à saúde diretamente representadas pelo organismo, referentes a saúde bucal pela assepsia e saúde orgânica por meio uma técnica de incisão nas trompas. Também se figura a higiene do ambiente de agentes agressores ao biológico, como responsável pela prevenção. A saúde mental foi aludida como uma das possíveis formas de se curar doenças. Não foram iconografadas figuras que fizessem menção ao curso e a formação em saúde.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 04

	Antonio	Marta	JOÃO	Vera	Paula	Cláudio	Renato	Cida
SAUDE	_aúde é o que vc tem quando não está doente	Saúde é sentir-se fisicamente e mentalment e bem	Bem estar...mental e físico	Acho que saúde é um conjunto de coisas da vida	Ausência de doenças	Saúde física e mental é o equilíbrio	Ter remédios à disposição	Ter assistência medica para população
ESPORTE	Saúde e esporte andam juntos	Poder ter acesso aos esportes é saúde	Correr com o cão é esporte e é saúde	Saber andar de bicicleta no parque	Esporte é saúde de uma forma geral	Acho que Karatê promove a saúde mental	O esporte ajuda no combate ao infarto do coração	Ando no Ibirapuera para ter saúde
EDUCACAO	Pela educação a gente promove saúde	As pessoas deveriam estudar para não ficarem doentes	Acho que saber ler e escrever pode ajudar na saúde da população	A escola deveria ter uma forma de ensinar saúde	Saúde é ter acesso aos estudos., para poder ser esclarecido	Uma pessoa sem estudo não sabe o que é doença ou o que é saúde	As vezes o estudo ajuda a diferenciar o bem e o mal	Educar para A vida é Ter saúde Também
AMOR	Acho que com afeto a gente vive melhor	As vezes a doença cura mais rápido com...	_____	Que ama é feliz...	A vida tende a ser mais _aúde_el com afetos	Amo minha vida e meu corpo, por isso cuido deles	Não acho que saúde e amor anAdam juntos	o que seria da vida sem amor?? Uma eterna enfermidade
FAMILIA	Família e saúde são mesma coisa	A saude depende de termos pais legais	Acho que naossos prentes que dão força quando ficamos doentes	Sem meus pais eu não teria saúde..seria triste	Meus pais são a base de minha saúde	A saúde das pessoas depende dos parentes que ela tem	Quando ficamos doentes é que sabemos quem é a nossa família	Toda família bem estruturada produz saúde para os filhos
LAZER	Adoro me divertir	As vezes fico de bobeira..me da paz mental	Minha saúde depende de minha paz mental..para isso preciso relaxar	O lazer proporcion a saúde para a gente	Adoro andar a toa..sem compromisso, me da paz mental	Quando estresso. Saio por ai sem compromisso para não ficar mal	Ficar com saúde é saber se divertir	Privar a pessoa do lazer é deixá-la louca
DINHEIRO	Necessário para comprar remédios	Quando temos dinheiro a gente fica menos nervoso	Quem tem dinheiro,tamb ém fica doente, mas o tratamento é outro	Pode algum pobre ter acesso à terapia com psicólogo?	Os exames são muito caros...	A doença custa caro para a pessoa	Não quero afirmar, mas pobre tem mais doenças que ricos	Um medico cobra caro pelo serviço de atender a gente
ALIMENTAÇÃO	Comer frutas e legumes é saudável	Dieta é a base de um corpo sadio	Não comer chocolates para não ficar gordo e doente	Evitar coisas que façam mal a saúde é o melhor caminho	Alimentos devem ser bem lavados	Os alimentos devem ser frescos para comer	Não comer gorduras animal para não ter colesterol alto	Deve-se evitar coisas que possam fazer mal a saúde

Realizada com 27 pessoas na instituição privada
SUB GRUPO 01 (09 participantes)

Nesta iconografia percebemos que os participantes não expressaram as contribuições do curso de graduação para os objetivos propostos. Evidenciam-se os elementos culturais das experiências e vivências particulares, nas quais uma noção de que alimentação saudável e equilibrada é sinônimo ou condição para se ter saúde. Traz um recorte de um medicamento que sugere proteção de manhã até a noite, indicando o poder da mídia sobre a interpretação do processo saúde doença. Em relação ao conceito de saúde mental como equilíbrio e bem estar percebemos duas figuras com situações de relaxamento físico, correlacionando a saúde mental com a saúde física.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 01

	João	Fernando	Renata	Priscila	Maria	Ana	Jose	Fernanda	Neide
SAUDE	Para mim ter saúde é poder ir e vir	Acho que saúde é qualidade de vida	Para se ter saúde é preciso saber viver de forma eclética	Saúde e realizar as vontades	Quem tem uma cabeça legal e um corpo são tem saúde	Funcionar a vida de forma livre é saúde para mim	Saúde é não ter nenhum tipo de doença	A vida bem vivida é sinal de saúde	Ficar com a mente e corpo equilibrados ...
ESPORTE	Fazer musculação ativa a mente	Para mim jogar bola com os amigos	Fazer ciclismo pode ativar a circulação	Caminhar na praia é ótimo para saúde	Andar na cidade é um exercício para saúde	Correr no parque	O esporte pode fazer a saúde melhorar em todos os sentidos	Pular..pular..pular---e movimentar-se	Hidroginástica faz bem para a saúde física e mental
EDUCACAO	O acesso à escola é saúde	Saber ler, escrever e poder estudar é saudável	Através da educação a gente aprende sobre a saúde	Poder oferecer ensino a todos sobre saúde	Ensinar escovar os dentes. Lavar as mãos...	Aprender a higiene pessoal garante a prevenção à doenças	Saúde é poder ir a escola e bibliotecas para aprender mais	Quando temos educação não jogamos lixo r e assim Não criamos Ratos	Povo educado é povo com menos doenças
AMOR	Amar traz saúde, já dizia o ditado...	Uma pessoa doente precisa sentir amada para curar	Caso a doença não tenha cura o amor ajuda a suportar a situação	Ame e viva bem a sua vida...feliz	Quando estamos depressivos um carinho resolve	Quero dizer que as tristezas não resistem quando estamos com alguém que amamos	Uma união feliz traz alegria e saúde mental	Amo meu cachorro e ele ate depressivo quando não estamos juntos	as pessoas deveriam ter afetos junto com os remédios..para o corpo e para a alma
FAMILIA	Família ajuda a não cairmos de cama	Eu já acho que se cairmos de cama a família nos acolhe	Família é tudo para a saúde mental	O apoio necessário na hora da doença	Digo sempre que meus pais sabem quando estou doente	Família unida é família saudável	A saúde mental depende do tipo de família que temos	— ————	Saber que temos família para amparar nossas doenças é bom
LAZER	Adoro me divertir	As vezes fico de bobeira..me da paz mental	Minha saúde depende de minha paz mental..para isso preciso relaxar	O lazer proporciona saúde para a gente	Adoro andar a toa..sem compromisso, me da paz mental	Quando estresso. Saio por ai sem compromisso o para não ficar mal	Ficar com saúde é saber se divertir	Privar a pessoa do lazer é deixá-la louca	ir ao parque para descansar é ótimo para saúde
DINHEIRO	Não existe saúde em dinheiro	Sempre estou com dor de estomago se fico sem dinheiro	A saúde custa caro..veja os convênios	O dinheiro faz ate a saúde melhorar	Serve para pagar medicos, hospital e remédios	Quando vejo alguém muito doente pergunto: de que adianta bens materiais?	Impulsiona a vida, a saúde e a doença	Serve para trazer a cura em alguns casos	Acho que so serve para causar dor de cabeça
ALIMENTACAO	Comer furtas e verduras	Comer alimentos saudáveis	Lavar bem os alimentos previne doenças	Não comer coisas na rua, em qualquer lugar	Antes de comer temos que saber da origem da comida	Comer bastante faz mal a saúde	Uma dieta equilibrada ajuda a manter a saúde em ordem	Alimentos frescos e não congelados	Não comer frituras na rua...ajuda a não ter colesterol

felicidade em família também podem ser notadas, mas a categoria dinheiro como sinônimo de saúde e bem estar destaca-se. Não houveram menções de como o curso contribuiu para a formação em saúde.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 02

	Karen	Helena	Maria	Paulo	Cristina	Vera	Lucia	Marta	Odila
SAUDE	Acho que saúde e tudo na vida de uma pessoa	Significa que quando temos saúde, tudo vai bem	Todas as coisas boas da vida são saúde	Não ter problemas de jeito nenhum	Saber que estamos bem fisicamente mentalmente	Sentir se bem	Estar com a mente tranqüila	Não ter aborrecimentos de ordem nenhuma	Saúde é o corpo sadio
ESPORTE	Os esportes auxiliam a saúde como um todo	Praticar esporte aumenta a resistência	Termos saúde é fruto de atividades físicas	Alguém que faça uma atividade física tem mais saúde de que não faz	Sedentarismo é responsável por um monte de doenças	Caminhar no ritmo de cada um para fazer bem à saúde	Tem gente que se mata para ter um corpo em forma, mas há ganhos na saúde	Acho que correr no parque da saúde, porque tem ar puro	Ficamos com o organismo mais resistente
EDUCACAO	A educação pode ajudar na saúde, instruindo as pessoas	Acesso a livros e escolas...ficamos ligados	Educar é instruir..entao em saúde é ficar atento ao que se passa com a gente	Talvez pelo modo que se aprendeu na vida se tenha a saúde	Saber o que se passa é prevenir doenças	As escolas deveriam dar acesso as informações em saúde	Aprender na escola o que são as transmissões de doenças	Poder ser Educado é Poder Conhecer Saúde	Para mim a escola é que prepara para Vida, assim Saúde esta Ai
AMOR	A saúde é proporcional ao que sentimos	Nossa saúde mental depende dos afetos	Não sei direito como, mas sinto que se estamos amando a saúde melhora	As pessoas entre si trocam energia, daí a saúde pode melhorar	Veja as pessoas que foram deixadas..sempre somatizam	Concordo, algumas mulheres separadas sempre desenvolvem câncer de mama	Ouvi dizer que problemas de estomago são frutos de não digerir problemas afetivos	Somatizar esta ligado a não resolver os afetos	a saúde mental depende em muito de como lidamos com o amor
FAMILIA	Da apoio em tudo, todos momentos difíceis	Meus pais cuidam de mim	Acho que ter família so ajuda na saúde na hora que ficamos doente	Uma pessoa sem família deve temer ficar doente	As vezes a família é importante para quando a gente fic doente	Já soube de pessoas que ficaram doentes por conta de problemas com família	Num dado momento da vida, a família passa a ser apoio numa doença das pessoas	Imagine uma pessoa com doença terminal sem ninguém..é horrível	Existe um elo entre pessoas que da força nos momentos difíceis da vida
LAZER	Não fazer nada..em absoluto	Relaxar num spa	Passear com os amigos	Brincar com cachorro...faz bem	Dormir sem preocupações	Poder viajar pelo mundo todo	Ficar na casa dos amigos jogando	Não fazer nada. Ou melhor... Nada	Estar a toa na vida

							conversa fora	obrigado	
DINHEIRO	Poder comprar o carro dos sonhos	Querer viajar pelo mundo inteiro	Pode comprar remédios a vontade	Sem ele ficamos doentes	Ajuda no tratamento de depressão	Ter muito para poder pagar hospitais	Saúde depende de quanto investimo s em nos mesmos		Quanto custa uma vida???
ALIMENTAÇÃO	Tomar bastante sucos	Comer alimentos saudáveis	Não comer gorduras animais	Saber fazer a dieta equilibrada	Controlar os chocolates que ganhamos	Influencia o estado de ânimo da gente	A saúde esta diretamen te ligada a ela	Tomar bastante água para hidratar no verão	Basta controlar a boca..o que ingerimos é o que somos

SILVA PA 2007

Neste quadro como já citado na iconografia, os fragmentos de falas da categoria dinheiro expressam a noção de que a saúde é um bem de consumo, e dependendo de quanto investimos em nós, é o quanto temos de saúde numa relação de proporcionalidade. Segue a mesma forma de raciocínio lógico dos outros grupos sobre a categoria alimentação no que diz respeito a um bem estar físico (que socialmente é aceito como saúde) estar diretamente relacionado ao que é ingerido. Na categoria esporte, considera-se a atividade física responsável pelo modo auxiliar de manter o obter saúde, através do corpo biológico em perfeitas condições de funcionamento. Não houveram expressões discursivas acerca da contribuição acadêmica para sua formação como proposto nas instruções do grupo focal.

SUB GRUPO 03 (09 participantes)

O cartaz iconográfico traz poucas figuras, porem grandes em sua dimensão social de contextos de vivencias e representações. Saúde foi retratada como um estado geral de bem estar, onde prevalecem as relações afetivas, seguido de lazer, como “ pausa para esfriar a cabeça”. Vê-se uma casa que representa o poder do dinheiro proporcionando bem estar material, e assim da mesma forma um estado geral de bem estar mental e físico como significantes de saúde.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 03

	Mara	Claudia	Roberta	Damaris	Joyce	Madalena	Rita	Simone	Rose
SAUDE	A melhor coisa da vida e estar bem	Acho que ter saúde é não tomar remédios	A saúde é uma coisa que nunca vamos ter	Para mim saúde é estar sentindo-se bem mentalmente	É o bem estar bio-psico-social	É o que li num jornal. Aquilo que vc faz para vc	Representa não ter doenças físicas e mentais	Tudo estar sem problemas, sem dores, nem gripes	Ter assistência médica para população
ESPORTE	Poder correr por ai	Saber conduzir a vida como num jogo	Pular corda faz bem para o físico	Queimar calorias na academia traz bem estar físico	Subir escadas faz bem a saúde	Andar pelas ruas faz bem ao físico e ao mental	Fortalece os _ãos_ do corpo	Faço academia porque esta na moda e faz bem	Ando no parque villa Lobos a para ter saúde
EDUCACAO	Ir a escola é um bom começo	Garantir que as pessoas estudem contribui para a saúde	Os estudos podem esclarecer comportamentos	Instrução em saúde é fundamental para população	Acho que os médicos não estudam direito hoje em dia	A saúde esta precária porque o estudo está fraco, ruim	Não existe um compromisso com os estudos, então a saúde fica ruim	Quem estuda sabe se defender. E acaba tendo mais saúde. Porque Reclama	Educar para a vida é Ter saúde Também
AMOR	Adoro paquerar...m e deixa feliz	O amor é o remédio para as dores da alma	Quem ama e não esta só não sofre...ao menos na alma	Amor..pode ser a solução para os males da alma	Sentir-se amada traz saúde	Que disse que a doença resiste ao amor?	A saúde mental deve ter o amor em si	Os sentimentos influenciam diretamente a cabeça do povo	o que seria da vida sem amor?? Uma eterna enfermidade
FAMILIA	Apoio. Proteção Segurança	Ter os pais presentes	Pais...sorrir...	Interação com pais	De tudo um pouco	Proteção da mãe para crianças Troca entre mãe e filho	Felicidade e paz interior	As vezes contribui para o derrame ou infarto	Toda família bem estruturada produz saúde para os filhos
LAZER	Ir ao shopping esfriar a cabeça	Tomar um sorvete sem culpas	Poder não ter compromissos que estressam	Ficar de bobeira, a toa para não ter preocupações	Ficar em casa sem fazer nada	Deixar as coisas acontecerem sem manipular	Ir ao cinema comer pipoca	Ir ao hopi hari sempre	Privar a pessoa do lazer é deixá-la louca
DINHEIRO	Necessário para comprar remédios	Quando temos dinheiro a gente fica menos nervoso	Quem tem dinheiro, também fica doente, mas o tratamento é outro	Pode alguém sem dinheiro ter saúde?	Os exames são muito caros...	A doença custa caro para a pessoa	Não quero afirmar, mas pobre tem mais doenças que ricos	Um medico cobra caro pelo serviço de atender a gente	Um medico cobra caro pelo serviço de atender a gente
ALIMENTACAO	Poder comer comidas saudáveis	Evitar refrigerantes...celulite	Tem gente que fica doente porque como coisas na rua	Alimentos frescos...tipo frutas e verduras	Ser mais natural...evitar industrializados	Se pudesse comeria só folhas-para não engordar	Os alimentos são remédios naturais	Alimentação correta é sinônimo de saúde	Deve-se evitar coisas que possam fazer mal a saúde

Neste quadro as 08 categorias não diferem das análises dos quadros anteriormente apresentados, seguindo a mesma tendência em associar elementos da vivência particular dos informantes nas representações acerca de saúde, evidenciando que o curso de Psicologia não trouxe elementos acadêmicos que pudessem ser incorporados à uma noção de saúde .

ATIVIDADE “03”

Realizada com 21 pessoas na instituição privada

SUB GRUPO 01 (05 participantes)

Neste cartaz iconográfico, fica marcante a presença da prática de esportes como sendo uma forma de expressar saúde. No canto inferior direito, o texto remete a “pressão instável, o maior perigo”, fala dos perigos da hipertensão para os rins e coração. Também notamos que para este subgrupo as relações afetivas interpessoais são elementos que proporcionam saúde no sentido de bem estar. Não trouxe conteúdos do curso como instruído no grupo focal.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 01

	Priscila	Vanessa	Sandra	Lisa	João
SAUDE	Estar bem de um modo geral	Não sentir dores, físicas ou psíquicas	Estar feliz	Acho que saúde é um conjunto de coisas da vida	é o organismo funcionando corretamente
ESPORTE	Auxilia na tratamento de algumas enfermidades	Mantem o equilíbrio do corpo e da mente	As pessoas quando fazem esporte ficam melhores	Poder andar de bicicleta	Ativa a circulação
EDUCACAO	As vezes a faculdade me deixa em duvidas do que é saúde	Eu acho que educação não ensina saúde	Poderia existir uma forma de melhorar o ensino sobre saneamento	A escola deveria ter uma forma de ensinar saúde	a escola de saúde publica ensina saúde?Vou la..
AMOR	Relacionar-se com pessoas pode ajudar na depressão	O amor de meus pais me ajuda na saúde mental	Se amamos ..a saúde mental está meio caminho resolvida	Que ama é feliz...	Para a saúde mental é importante
FAMILIA	Funciona como apoio	Da a segurança para a saúde das pessoas	É quem segura a onda no caso da doença	Sem meus pais eu não teria saúde..seria triste	é a infra estrutura para o desenvolvimento da saúde
LAZER	Sentar embaixo de uma arvore e descansar	Ir a praia para correr	Poder esticar as pernas a vontade	O lazer proporciona saúde para a gente	Ficar com quem quisermos
DINHEIRO	Pode comprar remédios que o medico passa	Realiza fantasias que talvez possam existir num distúrbio	Rico ri à toa...entao acho que deve ser bom	Pode algum pobre ter acesso à terapia com psicólogo?	A saúde custa caro
ALIMENTACAO	Comidas leves fazem bem	Alimentos esterelizados não fazem mal	Uma dieta rica traz saúde	Evitar coisas que façam mal a saúde é o melhor caminho	As pessoas deveriam comer mais verduras e frutas

Silva PA 2007

Este quadro de fragmentos de discursos, 01 relato faz referência a saúde ser um conjunto de situações na vida do indivíduo na categoria saúde. Os demais relatos nessa categoria expressam o bem estar físico como um modo de saúde. Destaca-se a categoria educação, onde os relatos remetem a escola como um lugar de aprender a lidar com a saúde como processo social, mas ainda no âmbito do bem estar físico. Essa afirmação se deu uma vez que cotejamos com a categoria dinheiro, na qual os relatos apontam para o consumo de remédios como resposta a uma possível doença física. As demais categorias se expressaram como os outros subgrupos, não expressando como o curso de graduação contribuiu no sentido de formação acadêmica para saúde.

SUB GRUPO 02 (05 participantes)

Nesta iconografia as figuras estão representando o bem estar físico, através da alimentação, esporte, lazer –dança, o acesso à informação como elementos necessários para se obter saúde. Como percebido nos cartazes dos outros subgrupos, também trouxe elementos de experiências pessoais, particularizadas. Dessa forma deixou-se de abordar como o curso de graduação pode contribuir na formação profissional em saúde a partir de elementos do processo de ensino.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 02

	André	Tonha	Cida	Wilson	Wanda
SAUDE	Quem tem uma cabeça legal e um corpo são tem saúde	Funcionar a vida de forma livre é saúde para mim	Saúde é não ter nenhum tipo de doença	A vida bem vivida é sinal de saúde	Ficar com a mente e corpo equilibrados...
ESPORTE	Jogar bola	Correr bastante	Brincadeiras	Jogos infantis	Jogar bola
EDUCACAO	Educar é instruir..entao em saúde é ficar atento ao que se passa com a gente	Talvez pelo modo que se aprendeu na vida se tenha a saúde	Saber o que se passa é prevenir doenças	As escolas deveriam dar acesso as informações em saúde	Aprender na escola o que são as transmissões de doenças
AMOR	O afeto gera saúde	Uma pessoa que ama cuida da saúde	Estar com amigos Pais	Afeto constrói a historia de vida da cca	a cca amada tem mais saúde
FAMILIA	Em relação a saúde, a família cuida da gente..	Para mim a família é um apoio quando ficamos doentes	Meu pai cuida de minha saúde	Acho que so a família completa é saúde mental	Familia.... sem o apoio dela fica difícil...se ficamos doentes..
LAZER	Passear com os amigos	Brincar com cachorro...faz bem	Dormir sem preocupações	Poder viajar pelo mundo todo	Ficar na casa dos amigos jogando conversa fora
DINHEIRO	Compra a saúde das pessoas no hospital	Pode pagar o convenio	Poder custear a vida...	Comprar uma cama bem gostosa pra descansar	Viajar e curtir a vida para ficar numa boa
ALIMENTACAO	Uma alimentação equilibrada gera saúde	Alimentos frescos fazem bem	Ter o que comer garante uma vida legal	Ficar sem comer mata..faz mal	Adoro comer...para ter saúde

trazidos são experiências particularizadas, que não refletem a contribuição formal do curso de graduação na formação em saúde.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 03

	Sergio	Vinicius	Renata	Vanessa	Cleide
SAUDE	Bem estar geral	Estado de não ter problemas	Saúde não existe	Uma soma de varias coisas na vida da pessoa	a OMS diz o que é saúde... concordo
ESPORTE	Praticar esportes com amigos é saudavel..ajuda a mente e o físico	Para ser esportista tem que ter boa saúde	Saber que atividades físicas contribuem para saúde	As vezes o excesso de esportes faz mal	Contribui para a saúde porque aumenta a resistencia
EDUCACAO	Saber o que se passa é prevenir doenças	As escolas deveriam dar acesso as informações em saúde	Aprender na escola o que são as transmissões de doenças	Poder ser Educado é Poder Conhecer Saúde	Para mim a escola quem prepara para Vida, assim Saúde esta Ai
AMOR	As pessoas bem relacionadas tem menos depressão	Relacionamento entre as pessoas ajuda as doenças a curarem	O afeto gera saúde	Uma pessoa que ama cuida da saúde	Estar com amigos .numa relação de afeto é ótimo para saúde mental
FAMILIA	Da apoio em tudo, todos momentos difíceis	Meus pais cuidam da saude da nossa família	Acho que ter família é bom para saúde na hora que ficamos doente	Uma pessoa sem família deve temer ficar doente	As vezes a família é importante para quando a gente fic doente
LAZER	Ir ao shopping esfriar a cabeça	Tomar um sorvete sem culpas	Poder não ter compromissos chatos	Ficar de bobeira..sem compromissos	Ficar em casa sem fazer nada
DINHEIRO	A saúde tem um preço,geralmente caro	Assistência à saúde é feita pelos convênios de forma que trata melhor as pessoas	Quem paga pode ter melhor assistência à saúde	Infelizmente nem todos podem pagar convênios	Não compra saúde, mas trata da doença de forma digna
ALIMENTACAO	Comer alimentos saudáveis	Lavar bem os alimentos previne doenças	Não comer coisas na rua, em qualquer lugar	temos que saber da origem da comida para ser boa	Comer bastante faz mal a saúde

Silva PA 2007

Neste quadro, os relatos destacam-se pelas categorias amor e educação. Falam-se que as relações afetivas são essenciais para a promoção

organismo biológico para desenvolvimento saudável livre de doenças. O amor relaciona-se nas relações afetivas entre pessoas, e essas relações são responsáveis pela qualidade da saúde mental do indivíduo. A contribuição dos cursos, frente ao propósitos do grupo focal não foram contemplados.

quadro de referencia discursiva acerca da iconografia elaborada pelo sub grupo 04

	Natalia	Anita	Pedro	Selma	Rogéria	Rosana
SAUDE	bem estar fisico geral	Não ter doenças	Não sentir-se mal	Assistência médica quando necessário	Poder contar com hospitais	ter acesso a hospitais e medicamentos
ESPORTE	Um bem à saúde física	Praticar esportes rejuvenesce	O coração fica mais forte com esportes e a saúde melhor	Correr Deixar o corpo livre	Dançar para se ter saúde mental	Nadar para fortalecer os pulmões
EDUCACAO	Ler livros sobre saúde	Ter acesso a cultura para saber lidar com a doença	Saber ler e escrever é sinal de saúde	Freqüentar a faculdade é saúde	Conhecer as coisas sobre saúde e doença	Escolas para todas as crianças
AMOR	As relações podem afetar a saúde	Os afetos implicam saude mental e física	As pessoas se relacionam afetivamente porque precisam das outras para saúde mental	Os relacionamentos interpessoais podem ser saudáveis	Acho que as emoções causam doenças físicas tb	Sinceramente penso que as doenças tem fundo emocional
FAMILIA	Saude de todos esta interligada como parentesco	Um ponto de apoio na hora da necessidade	Tudo que a pessoa precisa para quando fica doente	Segurança nos momentos difíceis	Uma relação particular frente as doenças	Quem de fato fica com vc na hora do desespero
LAZER	Dormir sem hora de acordar	Descompromisso com a faculdade	Jogar bola na praia	Estar passeando sem hora de voltar	Relaxar	Uma praia maravilhosa para saúde mental
DINHEIRO	Traz equilibrio emocional	Compra tudo, menos saúde	Da conforto, e paga os hospitais	Cria condições de melhorar a saúde	Possibilita as pessoas de se cuidarem melhor	Ter bastante é sinal de tranqüilidade, então cabeça em ordem
ALIMENTACAO	Alimentos saudáveis para uma vida melhor	Comer bem é sinal de saúde equilibrada	A comida deve ser preparada com higiene.	Garante um desenvolvimento físico correto se for correta	Deixa bem ou mal..depende de como se come	Tem que ser esterelizada

Neste quadro os discursos remetem como em todos os outros quadros à situações de vivência pessoal expressadas nas categorias como necessárias no cotidiana do individuo ao se atribuir sentido à saúde. Todos os elementos discursivos referem se a saúde como bem estar físico e mental. Um organismo livre de doenças e a mente saudável. Cabe destacar que o subgrupo também teve dificuldades em destacar atribuir significados a partir da vivência curricular.

6.5 Análise dos grupos focais

Nas duas instituições de ensino, uma forma geral, as *práticas discursivas* dos informantes da pesquisa apresentam duas condições em relação ao processo saúde. **Ter** ou **não ter** saúde

“ter acesso a hospitais e medicamentos”

“Não ter doenças é importante”

Desta forma, parece que saúde é um estado provisório ou permanente, onde as pessoas podem estar com saúde, **ter saúde**, ou em seu contrário, **ter doenças**, estar doente.

Ter saúde representa uma fragilidade ou estado transitório, porque ao mesmo tempo se expressa que, ao contrário pode-se estar doente no mesmo nível de transitoriedade.

Fato é que a primeira vista, a matéria semântica nos discursos parece estar sujeita a uma partição dicotômica. Saúde é referida ao seu contrário -

doença, e como já explicitado , parece representar o funcionamento biológico e/ou mental de “perfeito equilíbrio”, corroborado pelas vivências pessoais dos informantes, o que demonstra que falta de contribuição acadêmica para o ensino do processo saúde doença.

É possível especular para as vivências particularizadas trazidas nas atividades propostas, que foi relacionado estar com saúde como “ não ter doenças”.

A frase: “*Quem tem uma cabeça legal e um corpo são tem saúde...*” só ganha sentido se na interação dialógica os interlocutores tiverem por referência comum o bem estar físico, ausência de doenças.

Ao considerarmos os discursos dos participantes dos grupos focais tanto da instituição estadual quanto da instituição particular, verificamos que os conhecimentos acerca do campo da saúde parecem oriundos de uma realidade vista somente a partir dos serviços de saúde oferecidos , como diz Laplantine (1989), e dos sistemas de conhecimento a eles subjacentes como um parâmetro possível para as organizações temáticas das representações sociais do processo saúde doença.

Estes conhecimentos aos quais foram relatados distinguem-se em setores de conhecimentos pertencentes aos espaços sociais diversos.

A priori podemos perceber que a ação em saúde é representada como um saber hegemônico sobre os demais saberes, no sentido que este saber é o único capaz de gerar uma ação profissional e um discurso que produz como efeito concreto de sua enunciação um dado estado de saúde ou doença nas pessoas, seja no plano mental ou físico.

Como mostram os fragmentos de discursos recortados dos quadros anteriores:

Acho que saúde é tudo na vida de uma pessoa	Significa que quando temos saúde, tudo vai bem	Todas as coisas boas da vida são saúde	Não ter problemas de jeito nenhum	Saber que estamos bem fisicamente mentalmente	Sentir se bem	Estar com a mente tranqüila	Não ter aborrecimentos de ordem nenhuma	Saúde é o corpo sadio
---	--	--	-----------------------------------	---	---------------	-----------------------------	---	-----------------------

Ducrot (1972), diz que todas essas frases enquanto atos de linguagem produzem efetivamente importantes efeitos pragmáticos na vida social dos indivíduos. E dentre outras coisas são estes tipos de efeitos que estão por trás do aprendizado de saúde nos cursos de graduação em Psicologia. A reprodução dos conhecimentos obtidos de forma menos crítica fica presente nos discursos.

Também percebemos nos relatos, que os conhecimentos acerca da saúde são provenientes de um plano *intermediário* entre o saber “científico” e o

saber do “senso comum”. Os saberes sobre saúde são dados na medida em que os discursos e ações geram posturas enquanto fatos alternativos. Vejamos os exemplos com outro recorte de discursos:

Adoro me divertir	As vezes fico de bobeira.. me da paz mental	Minha saúde depende de minha paz mental..para isso preciso relaxar	O lazer proporcio na saúde para a gente	Adoro andar a toa..sem comprom isso, me da paz mental	Quando estresso. Saio por ai sem comprom isso para não ficar mal	Ficar com saúde é saber se divertir	Privar a pessoa do lazer é deixá-la louca	ir ao parque para descansar é otimo para saude
-------------------	---	--	---	---	--	-------------------------------------	---	--

Enquanto conhecimento acerca de saúde, estes saberes não existem no plano formal de educação. São “admitidos” socialmente para existir na rede social, sendo validados nas ações dos enunciados na medida em que, ao se contextualizarem na área da saúde se utilizam os parâmetros próprios do sistema, enquanto práticas sociais.

O sistema social urbano, classe media, branca, que “sentimos” na área da saúde também é proveniente do sistema popular de saúde. Os relatos adotam como critérios os serviços ou modalidades de assistência à doença que existem na sociedade atual, tornando possível reconstruir uma representação social que dá origem a várias outras *matrizes* acerca do processo saúde doença:

Recortes de discursos

Sedentarismo é responsável por um monte de doenças
Saber o que se passa é prevenir doenças
Veja as pessoas que foram deixadas, sempre somatizam
As vezes a família é importante para quando a gente fica doente
Dormir sem preocupações
Ajuda de todos os jeitos no tratamento de depressão
Controlar os chocolates que ganhamos, por causa da gordura

Silva PA, 2007

Considerando o mesmo contexto do funcionamento social e da utilização destes sistemas de conhecimentos, encontramos nos relatos seguintes um sujeito que produz saúde como bem de consumo.

Quando temos dinheiro a gente fica menos nervoso	Quem tem dinheiro, também fica doente, mas o tratamento é outro	Pode alguém sem dinheiro ter saúde?	Os exames são muito caros...	A doença custa caro para a pessoa	Não quero afirmar, mas pobre tem mais doenças que ricos	Um medico cobra caro pelo serviço de atender a gente	Um medico cobra caro pelo serviço de atender a gente
--	---	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---	--	--

Sob a forma de conhecimento vulgarizado, segundo Jodelet (1989), a produção dos sentidos postos desta forma, parecem servir de base para formação das representações sociais acerca do processo saúde doença subjazendo aos produtos de mercado (exames, remédios, serviços) o imediatismo do “bem estar físico” : **Tudo pode estar sem problemas, toma o remédio e pronto sem dores, nem gripes...** ou “mental” : **Para mim saúde é estar sentindo-se bem mentalmente**

Isso significa que os emissores do conhecimento produzem ou reproduzem, por exemplo, “a competição”, no ato de divulgar o conhecimento: **...Instrução em saúde é fundamental para população...** Ou quando estão exercitando o seu papel de *Poder de Propiciar Saberes em Saúde*.

Da mesma forma os receptores nessa dialogicidade em *práticas discursivas* estando conscientes ou não, reproduzem esta competição no ato de produzir “saúde”. Como nos recortes discursivos que se seguem:

As vezes a faculdade me deixa em duvidas do que é saúde	Eu acho que educação ensina saúde. Só aplicar os conhecimentos adquiridos aqui...	Poderia existir uma forma de melhorar o ensino sobre saneamento	A escola tem uma forma de ensinar saúde	a escola de saúde publica ensina saúde?Vou la..assim tenho autoridade para...
---	---	---	---	---

Pelo exposto percebemos as variáveis das formações imaginárias de Pêcheux (1969), que nos mostram a imagem dominante do discurso pedagógico, num esquema de compreensão, o qual o objeto do discurso aparece como algo que devemos saber, e enquanto discurso autoritário, o discurso pedagógico aparece como discurso de poder. O discurso que cria uma conotação de certo ou errado é o mesmo que cria a sensação de culpa. Esse discurso se utiliza da estratégia de esmagamento do outro no qual o emissor para ensinar o receptor.

Na mesma perspectiva da educação no âmbito da saúde, esta discussão considera as conseqüências e possibilidades para viabilizar a proposta de um modelo pedagógico de ensino do processo saúde doença, que leve a um saber de tal modo que, seja compartilhado entre os profissionais e sociedade, saberes comuns sobre a saúde e a doença.

Parece então, que dificuldade encontrada no plano pedagógico para ensinar o processo saúde doença é lecionar sobre o tema saúde de acordo com o que afirma Laurell (1991:10):” *...a sociedade capitalista não pode assumir as propostas de causalidade social da doença nem implementar uma política conseqüente(...) já que teria de partir do princípio que a patologia se gera na organização da sociedade*”.

Para tanto, consideramos fundamental no processo de ensino sobre saúde objetivar que ao se adotar novas posturas educacionais frente ao foco da pesquisa tem-se que :

1 não ter como objeto do processo de ensino a sobreposição do conhecimento científico ao conhecimento popular

2 a transmissão de saberes não ocorrem num vazio, e tem lugar em formações sociais ideologicamente ligadas por representações hegemônicas

3 todos os grupos sociais são portadores de conhecimentos e saberes outros, que os científicos.

Um modelo da relação dialogal pode ser o proposto a partir de Paulo Freire (1972) com sua obra “extensão ou Comunicação”. Neste modelo os atores são os professores de Psicologia que ensinam saúde, enquanto que do outro lado estão os alunos em situação de aprendizagem. A relação em comum é que ambos inter-atuam diante do objeto comum: o ensino do processo saúde doença. O sistema de conhecimento que estiver sendo utilizado pode influenciar a natureza do que se propõe ensinar.

É preciso atentar para que num processo de ensino de caráter conteúdista, o contexto social do sistema hegemônico de conhecimento pode

conduzir os alunos para que assumam papéis de produtores e consumidores de saúde, podendo forçar também para que os mesmos alunos confirmem grande importância ao aparato tecnológico que se apresenta no campo da saúde, dado ao imediatismo de seus resultados. O que em princípio pode dificultar a emergência dos aspectos humanos no que tange a interação profissional de cuidados para com o usuário do sistema de saúde. Mesmo que esses aspectos humanos seja aventados nas disciplinas do curso de graduação.

Todos esses elementos constituem importantes barreiras a serem superadas para que na relação dialógica existente no processo de ensino possa emergir uma interação de aprendizagem do processo saúde doença.

Pelo conceito de *giro lingüístico* de Rorty (1990), parece que o desafio dentro dos cursos de graduação de Psicologia para romper com o modelo representacionista e essencialista é a partir das disciplinas que compõem o currículo de formação, perceber dentro do fenômeno social o psicólogo que dialoga com a comunidade interessada. Desta maneira, pode-se ter uma *reflexividade* - Spink MJ (1999)- para que sejam produzidos novos conhecimentos na busca da aplicabilidade do conhecimento científico na prática educativa.

Numa representação gráfica, o processo saúde-doença para a relação educacional poderia ser:

Ao considerarmos a linha “processo”, podemos perceber que está dividida em doença e saúde.

Numa situação real quando pessoa está acometida por uma doença, a tendência é de caminhar em direção à morte (0%). Nesse sentido todos os esforços são em direção oposta (100%) para que a vida social e orgânica dessa pessoa retorne ao menos no ponto cronológico onde tal doença se instalou. Temos que considerar todos os aspectos envolvidos na cena, as perdas e ganhos com o evento. Podem-se perder dinheiro, emprego, pessoas. Com a

doença, existem situações nas quais o preconceito, desinformação ou medo faz com que a sociedade afaste ou simplesmente isole o sujeito.

Por outro lado, os ganhos com a doença podem ser percebidos, quando uma pessoa se vale da situação para obter benefícios. Pode-se reunir a família em torno do evento, ter a atenção dos amigos, privilégios sociais que incluem desde não pagar o ônibus até não enfrentar filas, etc...

No processo de ensino, romper com o essencialismo e com o representacionismo é perceber que para além da situação orgânica exposta, o conceito de saúde tal qual o de felicidade é abstrato. Se assim o considerarmos, teremos sempre um *continuum* na busca pela saúde. Como um coelho com uma cenoura amarrada numa varinha presa ao seu corpo. Quanto mais o coelho corre para pegar a cenoura, esta foge em mesma proporção dele. Então há que se fazer compreender que saúde é um complexo de coisas, na vida das pessoas e, não se resume a um organismo afetado ou estado psíquico alterado.

Já a doença é visível e factual. Pode ser compreendida como um estado que limita as ações da pessoa no seu cotidiano em sociedade. Desta forma, ser um agente transformador não é somente reproduzir um modelo que retire a doença para que a pessoa retorne a um estado físico como antes do fato se instalar e dificultar o cotidiano. Ser transformador é compreender dentro do

contexto social o que significa essa doença. E como lidar com ela dentro das possibilidades que se apresentam no contexto social no qual se insere a pessoa.

Nesta ótica é o grande desafio é produzir conhecimentos para que se possa utilizar a estrutura curricular atual; a realidade social na qual se insere o processo saúde doença e quais os valores a estes atribuídos para vislumbrar um (a) psicólogo (a) diferenciado na apropriação dos conceitos aqui expostos em seus respectivos cursos de formação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho resulta da discussão da apropriação dos conceitos de saúde e doença na perspectiva da formação profissional do psicólogo. Essa formação é tida como fruto de uma construção histórica do homem que se relaciona com o seu meio, em seus modos de vida, saindo da singularidade do que possa vir a representar o binômio saúde-doença. Com esse olhar, refletimos sobre como os cursos de graduação enfatizaram o compromisso ético e político de acesso à saúde enquanto bem cultural fundamental para construção da cidadania, no que se refere à contribuição escolar na formação em saúde.

Foi possível observar que, já há algum tempo, o papel da formação do psicólogo vem sofrendo profundas críticas, no que se refere à sua atuação acentuadamente clínica, pautada num modelo de clínica médica, em uma transposição direta e linear privilegiando, na maioria das vezes, as causas intrapsíquicas em detrimento de causas interpsíquicas ou extrapsíquicas. Principalmente na década de 1980, essas críticas começam a tomar corpo com os trabalhos de Machado et al. (1982), Patto (1984), que fazem uma relação entre Sociedade, Educação e Psicologia Escolar; e na década de 1990

Grandella (1990) e Maluf (1992), que acentuaram os descompassos na atuação profissional do Psicólogo.

Não só na educação, mas dentro da própria Psicologia encontramos críticas e reflexões que versam sobre o verdadeiro papel e a relevância social da profissão, e novas propostas de modelos teóricos que revisam as práticas profissionais. Como resultado desse movimento, percebemos que, na atualidade, o psicólogo está definido como um profissional de “saúde”, na direção de uma psico-higiene como nos aponta Bleger (1992), definindo o conceito com um sentido mais amplo, de bem-estar geral.

Nessa perspectiva, deveria o psicólogo ser um promotor de saúde da população. Porém, Rey (1993) discute uma longa trajetória da conceituação de saúde e mostra que, ao longo do tempo, o conceito de saúde parece estar ligado aos modelos semiológicos descritivos concebendo saúde como ausência de doenças. Ainda segundo o autor, essa postura separa a saúde somática, da saúde mental. Afirma que tal conceituação é equivocada e descreve um complexo processo qualitativo para definir o funcionamento completo do organismo, integrando de forma sistêmica o somático e o psíquico, para formar uma unidade na qual um lado afeta sempre o outro.

Ao considerar essa postura, assumimos que as condições sociais estão ligadas ao desenvolvimento da saúde, na medida em que toda sociedade é

composta por organizações socioeconômicas e, em última análise, elas determinam o modo de vida dos humanos presentes em cada grupo social.

Saúde, então, pode ser compreendida por uma visão sistêmica de fatores relacionados ao modo de vida dos homens e as reais possibilidades de se obter uma vida saudável. Ampliamos assim o conceito de saúde indo além dos limites da ausência de doenças, considerando vários aspectos da vida como moradia, lazer, educação, trabalho, etc. Um equilíbrio entre vários fatores pode compor o grande quebra-cabeças da saúde humana.

Especificamente na questão da formação via educação formal, a nova postura sobre saúde já aparece nos trabalhos de Martinez (1996), considerando o momento e espaço escolar como *lócus* ideal para se compreender saúde, destaca-se que a educação formal em saúde se ancora num conjunto entre sociedade e suas instituições, num processo educativo. Com esse olhar, pudemos analisar a veiculação dos conceitos de saúde e doença no papel dos cursos de formação em Psicologia, considerando as escolas como uma das instituições básicas da sociedade no processo de desenvolvimento da sociedade.

Bock e Aguiar (1995) discutem o tema considerando que o objetivo principal da Psicologia é a promoção da saúde. Segundo as autoras: “o

psicólogo é um profissional que deve trabalhar para a promoção da saúde, superando a prática da prevenção” (p10). Sem negar o papel curativo da Psicologia, as autoras mostram que existe uma carência na práxis e que devemos ir além de tal postura meramente curativa, uma vez que em seu interior traz uma visão patológica que remete unicamente à prevenção de doenças. Urge mudar o foco para um trabalho que seja direcionado à saúde.

Reconhecer que a Psicologia por si só não supre explicar o fenômeno humano, é um ponto importante dentro do processo de educação e formação profissional, devendo, então, recorrermos a outras áreas de conhecimento num intercâmbio seja na atuação profissional ou na produção de conhecimentos. Formar profissionais que busquem a interlocução, na busca de uma postura mais ampla e completa de seu objeto de estudo, definindo-se na sociedade e em seu papel profissional, deveria ser a tônica de uma disciplina específica de formação em saúde para os profissionais.

Temos, na atualidade, uma preocupação bastante presente entre os psicólogos com a construção de uma atuação que esteja na direção de transformação social, cada vez mais inseridas em nosso tempo e cada vez mais comprometidos com um trabalho que possa promover a saúde da população, num sentido político às suas práticas profissionais demarcando mais claramente a sua função social. Mas esse processo somente avança na medida em que haja maior clareza entre Psicologia e Sociedade. Como afirma Camino

(1998:47-48), *"as diversas teorias e práticas psicológicas cooperam diferentemente na construção da cidadania e no destino da humanidade (...) por sua natureza, todo conjunto de conhecimentos e práticas da Psicologia referem-se, de alguma maneira, à concepção do que é o indivíduo e a Sociedade e, portanto relaciona-se também com o processo de construção da consciência coletiva dos direitos da humanidade."* Assim, afirmamos que não existe uma prática profissional "neutra", mas sim um projeto de sociedade que sustenta determinadas ações dentro de um contexto histórico. Vimos que existe nos cursos de graduação discursos sobre o foco educativo em saúde, mas eles deixaram de lado questões ligadas à cidadania, Estado de Direitos, Exclusão Social e Escolar, dessa forma não considerando na formação em saúde que a neutralidade não existe e que toda ação é sempre mediada por questões éticas e políticas.

A necessidade profissional é que, em sua formação, o psicólogo compreenda cada vez mais que as determinações encontram-se na complexa rede de relacionamentos sociais, e o momento para essa discussão de forma reflexiva e didática é na academia. Sair do modelo conservador de promoção de saúde talvez seja apenas um dos caminhos a serem trilhados, mas também é necessário que tenham mais discussões sobre o perfil profissional que as faculdades formam, como diz Branco (1999:33): *"que tipo de profissional queremos formar nos cursos de Psicologia? Comprometidos com a mudança ou com a legitimação das relações sociais? (...) presos a áreas específicas de*

atuação ou capazes de lidar com questões dentro de uma visão de totalidade humana?”. Nas discussões é que podem resultar novas posturas que incluam não só as questões éticas, mas também o desenvolvimento de posturas críticas sobre questões políticas e sociais presentes no contexto da saúde e a intervenção do profissional de Psicologia. Por isso, constatamos a necessidade de uma disciplina de formação em saúde, que possua conteúdos de saúde pública para se permitir, assim, o debate das questões teóricas da Psicologia e das práticas derivadas delas, para se embasar fundamentalmente junto aos estudantes de Psicologia uma construção crítica do “saber” e o “fazer” psicológico.

Pôde-se perceber nos resultados da pesquisa que existem preocupações por parte dos estudantes e dos professores que participaram do estudo, apontando que é imperativo que nos cursos de formação em Psicologia se tenham elementos que subsidiem as alterações no perfil conservador que ainda predomina nas escolas. Essas preocupações não fogem aos movimentos da categoria profissional na medida em que, ao longo do tempo, a Psicologia Brasileira é construída e se constrói num processo descrito por Fontana (1997:203): *“no tempo vivemos e somos nossas relações sociais, produzimo-nos em nossa história. No tempo nos constituímos, relembramos, repetimos e nos transformamos, capitulamos e resistimos, mediados pelo outro, mediados pelas práticas e significados da nossa cultura. No tempo vivemos o sofrimento e*

*a desestabilização, as perdas, a alegria e a desilusão. Nesse movimento contínuo, nesse jogo inquieto, está em constituição o nosso ser **profissional***¹⁵

Uma nova disciplina como espaço de interlocução entre a Psicologia e os interessados em seus “préstimos”, nos cursos de graduação, pode contribuir para o movimento de transformação na direção de uma formação em Psicologia que amplie o conceito de saúde abarcando as condições sócio-históricas dos modos de vida das pessoas. Diretamente na ciência Psicológica, essa outra postura sobre o conceito de saúde recai diretamente no fenômeno psicológico, que historicamente no Brasil centra-se no plano individual, considerando um indivíduo a-histórico, isolado de seu contexto social.

Esse espaço de trocas incluído na grade curricular presente, não teria o caráter de negar a doença, mas implicaria a ampliação da atuação de um profissional que pode trabalhar com a promoção de saúde psicológica inserido nas questões mais amplas da sociedade, de modo a favorecer o seu auto-conhecimento e tornando-o construtor de sua história e cidadania, o que fatalmente desencadeia uma outra característica à intervenção do profissional de Psicologia em saúde. Na busca desse novo profissional, seria possível apontar de fato como a formação propicia a profissionalização das ações do psicólogo voltadas para a maioria da população, em harmonia com a realidade

¹⁵ Negrito nosso.

brasileira, revelando o fenômeno psicológico traduzido nas subjetividades que se apresentam no contexto social, seja ele institucional ou individual.

Nessa perspectiva, romper com o distanciamento entre teoria e prática é fundamental, como nos mostra Bastos (1992:216): *“o modelo dominante de formação não articula o processo unificado à formação científica (para a produção de conhecimentos) e à formação tecnológica (para prestar serviços)”* Acabar com a formação unicamente tecnicista tem por finalidade destituir o domínio por parte do futuro profissional, das técnicas do “como fazer”, que somente aprofundam o hiato entre fazer e o saber.

É importante lembrar que a Psicologia, no que se refere à produção de conhecimentos em saúde, em termos de graduação, restringe-se à busca de desvendar os fenômenos psicológicos, porém nas intervenções em situações reais esses fenômenos estão atrelados a uma realidade social em que os sujeitos, situações, locais e tempos históricos interagem em variáveis que devem ser analisadas, seja por outros profissionais e/ou outras áreas de saber. Por esse motivo que formar o aluno na graduação com uma disciplina específica com elementos de políticas de saúde pode contribuir para que esse mesmo aluno esteja instrumentalizado a desenvolver ações conjuntas com outros profissionais. Preparar-se-á o futuro psicólogo para o enfrentamento do problema na congruência das inúmeras facetas que ele (o problema) assume.

Como desdobramentos dessa experiência de aprendizado podemos ter junto aos novos psicólogos que atuarão na área da saúde discussões coletivas que poderão caracterizar uma nova postura profissional. Baseada na instrumentalização técnica apoiada numa visão teórica consistente, porém com o diferencial que a *compreensão crítica da função social* da profissão estará coteja com a realidade brasileira na área saúde.

Esperamos que com essa compreensão da natureza política da prática profissional os novos psicólogos estabeleçam compromissos concretos para responder a questões presentes em seu cotidiano: Como romper com concepções liberais ainda presentes de forma marcante nas concepções teóricas e práticas dos psicólogos? Como estruturar um novo modelo de formação e atuação que possa garantir o atendimento em saúde para a maioria da população, buscando garantir a apropriação da condição humana para a maioria dessa população?

Pensamos que no projeto de promover a saúde através de práticas psicológicas, em particular via educação, necessita ainda em sua base duas dimensões. A primeira é a ética que seja composta pela solidariedade ao outro e para com o outro, como afirma Guareschi (1998:18): *“reconhecer o outro como uma pessoa com quem entramos em diálogo e que, na convivência, é essencial à nossa realização humana, e não como simples indivíduo que está ao nosso lado, com quem entramos em contato pelo simples motivo da*

sobrevivência, em competição potencial conosco”. Nessa visão relacional entre humanos, a concretude ética determinaria que não haja ninguém privado dos direitos sociais básicos da vida, para que esta não se torne abstrata.

A segunda dimensão a ser considerada, é a política do compromisso com a transformação social. A responsabilidade social da Psicologia em saúde e sua relação com a construção dos Direitos Humanos, uma vez que a mesma Psicologia participa claramente nos processos de exclusão/inclusão que são construídos nos mecanismos inerentes ao interior das sociedades, a partir da maneira como define as diferenças sociais e culturais, como gênero, raça, normalidade e outros. Sem reduzir a Psicologia a uma visão maniqueísta, é urgente que o avanço nas definições psicológicas dos diversos grupos sociais não decorram somente da acumulação de informações sobre esses grupos. Mas também decorram da oposição de visões e posturas se que desenvolvam em função das pertenças sociais e das possíveis ideologias presentes nos diversos grupos.

Uma vez que direcionamos essas duas dimensões, ética e política, frente à realidade tão antagônica de miséria de muitos e riqueza de poucos em nosso país, visando à promoção de saúde, o que aparece como prioridade é mudar a política atual que impõe um quadro em saúde como apresentado hoje. Privar a população ao conhecimento acumulado e sistematizado pela cultura vigente torna-se um gravíssimo problema ético pela ausência de um Direito Básico que

é a Saúde. Não podemos ficar como simples expectadores frente a um cenário tão dramático como essa realidade com a qual nos deparamos, imposta por classes dominantes. Como diz Valls (1996:32), “ *se é verdade que as grandes reformas de que nosso país necessita não são questões apenas éticas, mas também políticas, o inverso não é menos verdade: não são só políticas, são questões éticas que desafiam nosso sentido ético*”.

Não nos parece fácil nem simples construir projetos de educação em saúde que possam alterar a situação atual. No entanto, parece-nos importante que a iniciativa seja dada via educação em saúde na graduação, por meio do exercício dialético da ação-reflexão-ação com o objetivo de fortalecer e qualificar essa tarefa árdua, que também é coletiva e transdisciplinar para podermos propiciar a constituição de uma nova prática profissional para o psicólogo em formação.

Parece, então, que o grande desafio está lançado: tecer entre os múltiplos fios que compõem a rede social, outras formas e cores que possam desenhar e dar formas ao devir profissional, no qual somos e possamos nos reconhecer como construtores da saúde, conforme nos aponta Branco (1999:34): “*não deve haver dúvidas de que o profissional que pretendemos formar se comprometerá com a promoção da saúde. Para tal, não poderemos legitimar as relações de violência instituídas da sociedade. A saúde envolve a*

eliminação da fome, da miséria, da ignorância e de qualquer forma de opressão. O compromisso do psicólogo só poderá ser com a mudança social.”

A ação se faz necessária para uma transformação social, como nos mostra o filósofo francês Pierre Bordieu. Para ele, os agentes sociais não são *“sujeitos conscientes e conhecedores, obedecendo a razões e agindo com pleno conhecimento de causa, conforme acreditam os defensores da Rational Action Theory. (...) Os ‘sujeitos’ são, de fato, agentes que atuam e que sabem, dotados de um senso prático (...), de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão (o que comumente chamamos de gosto), de estruturas cognitivas duradouras (que são essencialmente produto da incorporação de estruturas objetivas) e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada”*. O habitus é essa espécie de *senso prático do que se deve fazer em dada situação* Bourdieu,(1994:42).

Os indivíduos agem de acordo com *“sistemas de disposições duráveis”* de um lado assimilados das estruturas sociais e de outro como respostas pessoais dos próprios sujeitos a situações ocorridas ao longo de sua vida. Os *habitus* são: *“... estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem ser o produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim, sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expreso das*

operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente” Bourdieu (1972:61).

Os sujeitos agem em consonância com seus esquemas de percepção, de pensamento e de ação, que não são imutáveis, mas que são arraigados. Um indivíduo avalia subjetivamente as possibilidades de sucesso numa dada situação por meio: *“de todo um corpo de sabedoria semiformal, ditados, lugares comuns, preceitos éticos (...) e, mais profundamente, princípios inconscientes do ethos, disposição geral e transponível que, sendo o produto de um aprendizado dominado por um tipo determinado de regularidades objetivas, determina as condutas ‘razoáveis’ ou ‘absurdas’ (as loucuras) para qualquer agente submetido a essas regularidades” Bourdieu (1972:62-63).*

Na medida em que os indivíduos pertencentes a um mesmo grupo ou a uma mesma classe têm probabilidades bem maiores de vivenciar as mesmas experiências na mesma ordem do que indivíduos pertencentes a uma classe ou grupo diferente, é possível falar na aquisição de mudanças na classe ou no grupo. *“A homogeneidade objetiva dos habitus de grupo ou de classe (...) resulta da homogeneidade das condições de existência” Bourdieu (1980a:98).*

Pode-se dizer que o habitus da classe é o “habitus individual no que ele exprime ou reflete a classe (ou o grupo)” Bourdieu (1980a: 101).

Há que se deixar guiar pelo *habitus*, e não a obediência consciente a normas, que permite encontrar regularidades no comportamento dos indivíduos. Na medida em que os esquemas de percepção, de pensamento e de ação de um indivíduo são apreendidas da coletividade em que ele vive, os seus *habitus* são estruturas objetivas agindo sobre o seu comportamento. Neste sentido é que tudo se passa como se as regularidades de seu comportamento fossem produto de uma estratégia coletiva seguida inconscientemente pelo indivíduo. *As “práticas podem encontrar-se objetivamente ajustadas às chances objetivas (...) sem que os agentes procedam ao menor cálculo ou mesmo a uma estimação, mais ou menos consciente, das chances de sucesso. Pelo fato de que as disposições duravelmente inculcadas pelas condições objetivas (...) engendram aspirações e práticas objetivamente compatíveis com as condições objetivas e, de uma certa maneira, pré-adaptadas às suas exigências objetivas, os acontecimentos mais improváveis se encontram excluídos, antes de qualquer exame, a título do impensável...”* Bourdieu (1972:63).

O caráter de inconsciência do *habitus* se deve ao que Bourdieu chama de esquecimento da história (Bourdieu, 1972:65). Seria mentalmente impraticável para um humano a cada situação com que se deparasse tentar se lembrar de tudo o que vivera de parecido, das atitudes que então tomara e dos resultados obtidos. O dispêndio de tempo e energia mental é bem menor se for possível retirar lições de cada experiência vivida, ou seja, se o indivíduo puder formular um padrão de comportamento adequado para situações daquele tipo.

Por meio deste procedimento, torna-se possível uma avaliação do tipo de situação que se enfrenta e do esquema de ação adequado a se aplicar. Neste sentido, a ação prática é, simultaneamente: *“necessária e relativamente autônoma em relação à situação considerada em sua imediatez pontual, porque ela é o produto da relação dialética entre uma situação e um habitus (...) e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas, que permitem resolver os problemas da mesma forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidas por esses resultados”* Bourdieu (1972:65).

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J.C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais IN: Moreira, A.S.P, Oliveira, D.C: orgs Estudos interdisciplinares de Representações Sociais. Goiânia: AB ;1998. p 27-38

Alves P.C, _Repensando os Estudos Sobre Representações e Práticas em Saúde/Doença IN: Alves P.C.; Rabelo M.C., Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Relume Dumará; 1998. 248 p

Angelini, A. L. O status do psicólogo em diversos países: excerto da Conferência Internacional sobre Intercâmbio em Psicologia. Boletim de Psicologia, 16/17 (47-50): 3-40. (1964/1965).

Angerami, A.C, Psicologia Hospitalar a Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar , São Paulo: Traço Editora; 1984

Azanha, J. M. P. Cultura escolar brasileira, um programa de pesquisa, in: Educação: temas polêmicos. São Paulo: Martins Fontes; 1995

Azzi, E. A situação atual da profissão de psicólogos no Brasil. Boletim de Psicologia, 16/17 (47-50): 47-62. (1964/1965).

Bakhtin M., The Problem os Speech Genres, IN: Emerson, C; Holquist, M (orgs), Speech Genres adn Others Late Essays, Austin, Texas: University os Texas Press; 1994. p 60-102

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barros, M.B de A, A utilização do Conceito de Classe Social nos Estudos dos Perfis Epidemiológicos: uma proposta. São Paulo: Rev Saúde Publica, nº 20, p 269-73;1986.

Bastos A.V.B. & Achcar R., Dinâmica profissional e formação do psicólogo IN: Conselho Federal de Psicologia. Psicólogo Brasileiro. Práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo. Casa do Psicólogo;1992.

Batitucci, M.D. Psicologia Organizacional: uma saída para uma profissão em crise no Brasil. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Psicologia *Aplicada*. 30 (1-2): 137-156. jan/jun; 1978.

Bernardes, J.S. O Debate Atual Sobre a Formação em Psicologia no Brasil: permanência, rupturas e cooptações nas políticas educacionais.[Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo;2004.

Bleger J, Psico-higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre. Artes Médicas. 3ª ed;1992.

Bock, A. M. et al_ Política educacional e formação profissional do psicólogo; Psicologia: Ciência e Profissão, 4(2):24-33. 1984

Bock, A.M & Aguiar W.M.J, Por uma prática promotora da saúde em orientação vocacional IN Bock A.M.B. et al., A escolha profissional em questão. São Paulo. Casa do Psicólogo;1995.

Bogdan R.C., Biklen S.K. Qualitative research for education : na introduction for theory and methods. 3th ed. Boston: Ally and bacon;1998.

Bordieu, P. Esquisse d'une théorie de la pratique. Genève: Lib. Droz.; 1972.

_____ Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: papyrus; 1994.

_____ Le sens pratique. Paris: Les Éditions de minuit;1980.

Botomé, S. P. Um procedimento para identificação de alternativas de atuação profissional em Psicologia. Psicologia, 13(2): 51-71. 1987

Botomé, S. P. A quem nós, psicólogos, servimos de fato? Psicologia, 5(1): 1-15. 1979.

Braga J.C.S, PAULA, S.G. Saúde e Previdência Social, estudos de política Social, São Paulo:CEBES-HUCITEC Capítulos 2 e 3; 1981. p 41-145

Branco M.T.C, Que profissional queremos formar? *Psicologia ciência e profissão*.18, n. 3;1999. p 28-35

Brasil. Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997 Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.DF. 5 de fevereiro de 1997.

Brasil. Portaria Nº 82 de 3 de janeiro de 2000. Brasília: Gabinete do Ministro da Saúde, Ministério da Saúde; 2000.

Brozek, J. & Massimi, M. (orgs.) *Historiografia da Psicologia moderna* . versão brasileira. São Paulo: Edições Loyola; 1998.

Brundtland, G.H. Speech for the World Health Assembly. WHO; 1998.

Callon, M. e Latour, B. (Orgs.) *La science telle qu'elle se fait*. Paris: Ed. La Découverte; 1991.

Camargo JR., K. R. et al. *Psicologia Médica: um trajeto teórico-institucional*. Série Estudos em Saúde Coletiva. IMS/UERJ, Nº 192; 1999.

Camargo JR., K.R. *Paradigmas, Ciência e Saber Médico*. Rio de Janeiro: Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 6, IMS/UERJ; 1992.

_____. *As Ciências da AIDS e a AIDS das Ciências: Discurso Médico e a Construção da AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ/Relume-Dumará; 1994.

Campos, R. H. F. 30 anos de regulamentação - análise. *Psicologia: ciência e profissão*. CFP, 12(2): 5-7; 1992.

Cardoso de Melo, I.A, *Educação Sanitária, Uma Visão Critica*, Cadernos CEDES, Educação e Saúde. São Paulo: Cortez, nº 4; 1984. p 28-43

Carvalho, A. M. A. "Atuação psicológica": alguns elementos para uma reflexão sobre os rumos da profissão e da formação. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 4(2):7-9;1984.

Carvalho, A. M. A. A Profissão em Perspectiva. *Psicologia*. 2(8):5-17; 1982.

Castel, R. *O psicanalismo*. Rio de Janeiro: Graal Ed; 1978.

Catharino, T. R. *Fragmentos da história da Psicologia no Brasil: algumas*

notações sobre teoria e prática. In: Jacó-Vilella, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H.B.C. (orgs.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. (pp. 167-173). Revista. Rio de Janeiro: UERJ/ NAPE; 1999.

Centofanti, R. Radecki e a Psicologia no Brasil. Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 3(1): 3-50; 1982.

Coimbra, C. M. B. Práticas .psi. no Brasil do .milagre.: algumas de suas produções. In: Jacó-Vilella, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H.B.C. (orgs.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. (pp: 75-91). Revista. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1999.

Conselho Federal de PSICOLOGIA. (2003). Profissão psicólogo - legislação e resoluções para a prática profissional. Brasília, nº 1.

Contini M.L.J, Discutindo o Conceito de Promoção de Saúde no Trabalho do Psicólogo que Atua na Educação, *Psicologia Ciência e Profissão*, 2000, 20(2), 46-59

Costa, J.F. A face e o verso: Estudos sobre o homoerotismo II. São Paulo: Ed. Escuta; 1995..

_____. Sem fraude, nem favor: Estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Ed. Rocco; 1998..

Cuenca A.M.B; Andrade M.T.D; Noronha D.P; FERRAZ M.L.E.F; Guia de Apresentação de Teses, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006.

Davies B.; Harré R.; Positioning: The Discursive production of Selves. Journal for The Theory os Social Behavior, vol 20, nº1; 1990. p 43-63

Eco U. apocalittici e integrati, Milao, Bompiani;1965.

Faleiros, V.P, A Política do Estado Capitalista. São Paulo: Cortez; 1980. p 41-74

Farr, R. Representações Sociais: a teoria e sua historia. IN: Textos em Representações Sociais. Petrópolis: Vozes; 1995. p 31-59

Ferraz, M.B. Qualidade de Vida: Conceito e um breve histórico. Revista Jovem Médico, nº 4, 219-222; 1998.

Fontana, R.C.A, Como nos tornamos professoras: aspectos da constituição do sujeito como profissional da educação. [tese de doutorado]. Campinas. Unicamp;1998

Foucault, M.._Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

_____.O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária; 1990.

Geertz, C. Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2002.

Gimeno Sacristán,_J._Poderes instáveis em educação. Tradução: Beatriz Neves. Porto Alegre: Artes medicas sul; 1999. p 11-69

Grandella J.O. Psicólogo (ser ou não ser?) escolar ou um ator á busca de um papel IN Programa e resumos da XX reunião anual de Psicologia da SRPR. Ribeirão Preto;1990.

Green, B, A Saúde do Mundo. Suíça: abr/mai; 1983. nº13, p7

Guareschi, P.A, Ética, justiça e direitos humanos IN: Conselho federal de Psicologia. Psicologia, Ética e Direitos Humanos. Brasília, CFP;1998.

Hacking, I. (1999), The social construction of what?_ Harvard University Press; 1999. 253 p

Hemeroteca, Para saber das coisas: falando da política nacional de saúde do trabalhador e das doenças relacionadas ao trabalho. Sao Paulo;2006. p 5-67

Ibáñez, T. Municiones para disidentes – Realidad - Verdad - Política. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.;2001.

Jacó-Vilella, A. M. Formação do psicólogo: um pouco de história. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 8(4) supl. Jul/dez: 79-91;1999a .

Jacó-Vilella, A. M. Psicologia: um saber sem memória? In: Jacó-Vilella, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H.B.C. (orgs.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. (pp. 247-255). Revista. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE;1999b.

Jacó-Vilella, A. M. Jabur, F; Conde Rodrigues, H.B, *ClioPsyché: Historias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Nape UERJ; 1999.

Jovchelovitch, S. Vivendo_a Vida Com os Outros: Intersubjetividade, Espaço Público e Representações Sociais IN: Guareschi, P. *Textos em Representações Sociais*, Petrópolis: Vozes; 1995. p 65-85

Jurberg, M. Adequado a quem? Rio de Janeiro: Rádice. 2(9): 20; 1979.

Keide, R. & Jacó-Vilella, A. M..Mens in corpore.: o positivismo e o discurso psicológico do século XX no Brasil. In: Jacó-Vilella, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H. B. C. (orgs.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. (pp. 261-280). Revista. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE; 1999.

Kitzinger J.,_The Methodolgy of Ofus Group: The Importance of interaction Between Research participants. *Sociology of Health & Illness*. Vol 16, n 1; 1994.

Kuhn,T. A estrtutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva;1996.

Latour, B.. *Jamais Fomos Modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1994.

Lebrun G. O que é poder? São Paulo. Brasiliense;1984.

Leme, M.A.V; Bussab. V.S.R; Otta, E. A Representação Social da Psicologia e do Psicólogo, *Psicologia Ciência e Profissão*, Vol 9, nº1; 1989. p-29-35

Lemle, A, A Questão da Pesquisa nos Hospitais Universitários. *Ciência e Cultura*, Revista da ASBPC; 1989. 41(4): 329-38

Lima, N.T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: Uma história em três dimensões. In: Finkelman, J. (Org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Luz, M.T. Saúde e Instituições Médicas no Brasil. In: Guimarães, R.(Org.) Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

_____. Natural, Racional, Social e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro: Campus;1988.

_____. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. Rio de Janeiro:Série Estudos em Saúde Coletiva nº 62; 1993b.

Machado, R. Ciência e Saber: A trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

Maluf M.R. Psicologia e educação: paradoxo e horizonte de uma difícil relação IN I congresso nacional de Psicologia Escolar. Identidade e perspectiva. Anais. Campinas. ABRAPEE/PUCCAMP. Átomo ed;1992.

Mancebo, D. Formação em Psicologia: gênese e primeiros desenvolvimentos. Pp. 93-120. In: Jacó-Vilela, A. M.; Jabur, F.; Rodrigues, H. B. C. (orgs.). Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil. Revista. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE; 1999.

Mancebo, D. Formação do psicólogo: uma breve análise dos modelos de intervenção. Revista Psicologia: Ciência e Profissão. CFP, 1(17):20-28; 1997.

Martinez A.M, La escuela: um espacio de promoción de salud. Psicologia escolar educacional. N. 1,p 19-24

Martins, H. V. Uma revolução e um revolucionário? A Psicologia na época de Mira y López. In: Jacó-Vilela, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H.B.C. (orgs.). Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil. (pp. 301-308). Revista. Rio de Janeiro: UERJ/ NAPE; 1999.

Merjhy, J.C.S.B, Manual de Historia Oral._São Paulo.: Loyola; 1996.

Mello, S. L. Psicologia e profissão em São Paulo. São Paulo: Ática; 1983.

Mello, S. L. P. A formação profissional dos psicólogos: apontamentos para um estudo. Psicologia. 1(1): 15-20;1975

Minayo, M.C S; O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica IN: Guareschi, P, Jovchelovitch, S orgs. Textos em Representações Sociais. Petrópolis:Vozes;1995. p 89-111

_____, Estrutura e Sujeito, Determinismo e Protagonismo Histórico: Uma Reflexão Sobre a Práxis da Saúde Coletiva, IN:ABRASCO, Vol 6 nº 1; 2001. p 7-19

Minicucci,A, Dinâmica de Grupo, Teorias e Sistemas, São Paulo: Atlas; 2002. 5ª ed

Ministério da Saúde, Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília; 1986. p 117

Monroe P. História da educação. São Paulo. Editora Nacional;1979. 14ª ed.

Morse J.M, Field P.A., Qualitative research methods for health professionals.2nd ed. Thousand oaks.Sage;1995.

Moscovici,S. A Representação Social da Psicanálise. Rio de janeiro: Zahar; 1978.

Nunes E. D. Introdução, IN: Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos, São Paulo: Global; 1983. p 15-24

Organización Panamericana de La Salud. Participación de la Comunidad en La Salud y El Desarrollo en Lãs Américas, EUA; 1987. p 94

Orlandi, E.B. A Análise de Discurso: algumas observações, Delta: Vol II nº1; 1986. p 105-126

Ozellas, S. Os Cursos de Psicologia e oas Programas de Psicologia Social: Alguns dados do Brasil e da América Latina, Psicologia e Sociedade, vol 8, nº1, jan/jun; 1996. p 121-143

Paro, V.A, Administração Escolar: Introdução Crítica, São Paulo: Cortez;1986.

Pilon, A.F, Desarrollo de La Educación en Salud: Una actualización de conceptos. São Paulo: Revista de Saúde Pública. v 20, nº 5; 1986. p 391-6

Patto, M. H. S. Psicologia e Ideologia . uma introdução crítica a Psicologia escolar. São Paulo: Ed. T.A.Queiroz;1984.

Penna, A. G. Minha caminhada na Psicologia. In: Jacó-Vilella, A. M.; Jabur, F. & Rodrigues, H.B.C. (orgs.). Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ,/ NAPE; 1999. p 13-34

Penna, A. G. Formação de psicólogos no Brasil_I. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 1(32): 545-548; 1980.

Perrenoud, P. et ali. Formando professores profissionais. Quais estratégias? Quais competências? Porto Alegre: Artmed; 2001.

Pinto, A.V, Sete Lições sobre Educação de Adultos, São Paulo: Cortez; 1987. 5ª edição

Quivy R.,_Manuel de Recherche en Sciences Sociales, Paris: Bordas; 1988.

Ralph, C. O pacote da Psicologia. Rio de Janeiro: Rádice. 2(9): 17-19;1979.

Reis A.O.A, Discurso da Saúde Pública sobre a adolescente grávida: avatares. [Tese de Doutorado]. São Paulo Faculdade de Saúde Pública. USP;1993.

Rey, F.G, Personalidad, salud y modo de vida. México, UNAM; 1993.

Reigota M, Les Représentations Sociales de L´environnement et Les Pratiques pédagogiques quotidiennes des Professeurs de Sciences à São Paulo Brésil. [These de Doctorat]. Louvain, Faculte de Psychologie et des Sciences de L´Education. Université Catholique de Louvain; 1990.

Rodrigues, H.B.C, Sobre as histórias das práticas grupais: explorações quantpo a um intrincado problema, IN Jacó-Vilela, Mancebo, Psicologia Social, abordagens sócio-hiostóricas e desafios contemporâneos. Rio de janeiro, Ed UERJ;1999. p 110-165

Rorty, R. El giro lingüístico. Barcelona: Paidós/ICE-UAB;1990.

_____. La filosofía y el espejo de la naturaleza. Cátedra: Madrid,1979.

Rosario. C, e Cols, Condições de Vida e Saúde dos Brasileiros IN: A Saúde em Estado de Choque. São Paulo: Espaço e Tempo;1986. p 36-58

_____, Estado, Educação e Saúde, a higiene da Vida Cotidiana. Cadernos CEDES. Educação e Saúde. São Paulo: Cortez, nº4;1984. p 05-27

_____. Biomedicina, saber e medicina: uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC; 2003.

Sá, C.P. Representações Sociais: O conceito e o estado atual da Teoria IN Spink, M.J. O conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense; 1995. p 19-45

Santos, Boaventura de Souza. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

_____. A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.

Saviani.D, Educação: Do Senso Comum à Consciência Filosófica. São Paulo: Cortez; 1987. 8ª edição.

Scheibe, L. Pedagogia Universitária e Transformação Social. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP; 1987. 190p

Silva, PA, Psicologia Hospitalar no HC: Uma Reflexão a Partir da História, Memória e a Prática Institucional do ano de 1950 a 2002. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP FSP-USP; 2002.

Silva, T. T. E Moreira, A. F. B. Territórios contestados. Petrópolis: Vozes; 1995.

Spink, M.J ,O Conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social, São Paulo: Brasiliense; 1995. p 5-15

Spink, M.J, Linguagem e produção dos sentidos no cotidiano, Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.

Spink, M.J., Delimitação Teórica-Científica e Metodológica da Psicologia da Saúde, Brasília: VII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar; 1997. p 2-10

Spink, MJ, O conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. Cad. De Saúde Pública, 1993;9; 300-98

Spink, P Analise de Documentos de Domínio Público, IN: Spink, M.J. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Apresentações Teórico Metodológica. São Paulo: Cortez; 1999.

Srour, R. H, Classes, Regimes, Ideologias._São Paulo: Ática; 1987.

Tirado, F.J; Domènech, M, Extituciones Del Poder Y Sus Anatomias._Madrid: Universidad Autônoma de Barcelona, *Política y Sociedad*, 36 ; 2001. p 191-204

Turato E.R, Tratado da metodologia de pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemologica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed.Petropolis:Vozes;2003.

Valls A.L.M, O que é ética? São Paulo. Brasiliense. Coleção primeiros passos;1998.

Veiga-Neto, A. Currículo e Cultura. Texto apresentado no curso de extensão *Teoria e Prática da Avaliação Escolar*, promovido pela UFRGS, para o Conselho de Diretores das Escolas Agrotécnicas Federais, na EAF de Sertão, 1995. coletado em 08/11/2003 em: <http://orion.ufrgs.br/faced/alfredo/sertao.htm>.

Wagner, W. Sócio Gênese e Características das Representações Sociais IN: Moreira A.S. P, Oliveira, D.C,orgs, Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais, Goiânia,:AB; 1998. p3-25

Waitzkin, H. Uma Visão Marxista Sobre Atendimento Médico, Rio Grande do Sul: CEBES; 1980.

Weber, S. & Carraher, T. Reforma curricular ou definição de diretrizes? Uma proposta para o curso de Psicologia. Psicologia. 8(1): 1-13. 1982

Wetherel, M & Potter, J. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. In: López, A. J. G. & Linaza, J. L. Psicologías, discursos y poder_(PDP). (pp. 63-78). Madrid: Visor Dis. S.A; 1996.

Wendhausen, A,_Educação em Saúde: Possibilidades de uma Proposta. [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal de Santa Catarina; 1992.

ANEXOS