



**Universidade Federal do Piauí
Campus Ministro Reis Velloso
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPsi**

Francisco Bruno Paz Soares

**A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: INTERFACE COM A SAÚDE
COLETIVA**

.

**Parnaíba
2018**

Francisco Bruno Paz Soares

**A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: INTERFACE COM A SAÚDE
COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

**Parnaíba
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial Prof. Cândido Athayde – Campus Parnaíba
Serviço de Processamento Técnico

S676f Soares, Francisco Bruno Paz.
A formação em psicologia: interface com a saúde coletiva [manuscrito] /
Francisco Bruno Paz Soares. – 2018.
178 f. : il. color.

Impresso por computador (printout).
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Piauí,
2018.
Orientação: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo.

1. Psicologia. 2. Formação. 3. Saúde Coletiva. I. Título.

CDD: 150

Francisco Bruno Paz Soares


A Formação em Psicologia: Interface com a Saúde Coletiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

Aprovada em: 11/10/2018


Banca Examinadora:



Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo (UFPI, Orientador)



Prof. Dra. Ana Kalliny Severo de Sousa (UFPI, Membro Interno)



Prof. Dra. Magda Diniz Bezerra Wimmenstein (UFRN, Membro Externo)

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter me dado essa fé de lutar pelos meus sonhos e por uma Psicologia mais engajada nas causas sociais.

Aos meus pais Mauro Sérgio Soares e Geórgia de Sousa Paz, pelo apoio incondicional nessa caminhada, por cada manhã e noite trabalhadas para que fosse possível a construção desse estudo e a minha própria como profissional e ser humano. Amo vocês!

Ao meu irmão George Henrique, por todo apoio dito e não dito nessa caminhada, e por assim como eu, escolher trilhar o caminho de uma Psicologia politicamente ativa na construção de nossa sociedade.

Aos meus avós paternos Luzia Soares e Francisco das Chagas Soares, pelo exemplo e afeto a mim dados durante minha vida e pôr na busca de condições melhores de vida terem se arriscado a enfrentar o mundo, fazendo com que toda uma geração familiar usufrísse de melhores condições.

Aos meus avós maternos George Ximenes e Maria José de Sousa Paz, por me criarem desde os seis meses de idade, sendo atores ativos na minha formação como ser humano, tanto afetivamente, quanto de princípios.

Ao Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo, pela confiança, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, e por ser o maior incentivador na superação de meus limites.

A minha prima Maria Vitória Paz e minha tia Flávia Paz, que acompanharam todo meu processo de crescimento físico e profissional, sendo locais de afeto e cumplicidade a mim.

Aos meus amigos Wesley de Carvalho e Erivan Santos, por me acolherem durante minha estadia em Parnaíba, por me mostrarem que família excede muito mais que laços sanguíneos. Sou eternamente grato por todo apoio a mim concedido!

Ao meu amigo Ádilo Lages Passos, por cada dia que me acolheu com uma palavra de carinho, por toda cumplicidade durante esse processo. Sem você nada disso seria possível!

Ao meu amigo Jean Carlos, por ser o melhor amigo que alguém pode um dia desejar, sou grato por nossa amizade construída desde a graduação e que somente cresce cada dia mais.

À minha amiga Karoline Braga, por me acolher na Universidade, e tantos momentos de afeto e carinho.

À minha melhor amiga Maria Rita, que não me abandonou nos momentos que mais me sentir sozinho, sendo presença constante nessa caminhada, meu sinônimo de amizade, caráter e força!

Ao meu grande amigo Pedro Henrique Oliveira, por estar comigo em cada momento, bom ou ruim, me ajudando com palavras e gestos tão significativos que jamais poderei retribuí-los.

À Profa. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein, por aceitar contribuir com a construção desse estudo, sendo um exemplo profissional na busca por uma Psicologia crítica e ativa nas questões sociais.

À Profa. Dra. Ana Kalliny Severo de Sousa pelas suas ricas contribuições que enriqueceram em demasia todo processo de construção do estudo.

Ao Prof. Dr. Antônio Vladimir Félix da Silva, por estar sempre pronto a me ouvir, acolher e ser um exemplo de resistência na luta pelas minorias e causas sociais.

À minha amiga Mayara Gomes, por toda ajuda dada para que fosse possível a realização da pesquisa. Sou eternamente grato!

Às minhas amigas Brisana Índio e Andressa Carvalho, companheiras de orientação, por todo apoio me dado durante todo o processo do Mestrado.

Ao meu amigo Kairon, por ter sido um companheiro diário em grande parte do Mestrado.

Aos alunos, Universidades e Faculdades que aceitaram participar do estudo.

E, a todos que assim como eu, são por amor às causas perdidas!

Lista de Figuras

Figura 1. Dendograma de classes para o corpus dos nomes das disciplinas	94
Figura 2. Dendograma de classes para o corpus de ementas.....	95
Figura 3. Dendograma de classes para o corpus das referências.....	97

Lista de Quadros

Quadro 1. Caracterização dos Planos Pedagógicos de Cursos.....	93
Quadro 2. Caracterização dos eixos analíticos	99

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos graduandos que contemplam a etapa empírica.....	98
---	-----------

Lista de Siglas

- ABEP**- Associação Brasileira de Ensino em Psicologia
- ABRASCO**- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- APA**- *American Psychological Association*
- APC**- Atuação Psicológica Coletiva
- CAPS**- Centros de Atenção Psicossocial
- CFP**- Conselho Federal de Psicologia
- CHD**- Classificação Hierárquica Descendente
- CNE**- Conselho Nacional de Educação
- CNS**- Conselho Nacional de Saúde
- DCN**- Diretrizes Curriculares Nacionais
- DEGES**- Departamento de Gestão e Educação na Saúde
- ESF**- Estratégia de Saúde da Família
- FENAPSI** - Federação Nacional dos Psicólogos
- IES**- Instituição de Ensino Superior
- LDB**- Lei de Diretrizes e Bases
- NASF**- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS**- Organização Mundial de Saúde
- OPAS**- Organização Pan-americana de Saúde
- PPC**- Projetos Pedagógicos de Cursos
- PSF**- Programa Saúde da Família
- RAPS**- Rede de Atenção Psicossocial
- SGTES**- Secretária de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde
- SRT**- Serviços de Residência Terapêutica
- SUS**- Sistema Único de Saúde

Soares, F. B. P. (2018). A formação em psicologia: interface com a saúde coletiva (Dissertação). Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil.

Resumo

Mais do que a inserção em diferentes espaços institucionais de saúde e ampliação dos cenários de atuação profissional, a entrada do psicólogo na Saúde aproximou a profissão do campo de debates da Saúde Coletiva, exigindo um modo diferenciado de estar nos serviços e pensar o universo das políticas. Partindo disso, indagamos: Como a Saúde Coletiva tem sido discutida na formação em Psicologia no Brasil tanto em termos oficiais por meio dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, quanto em relação ao currículo vivido? Como objetivo geral propomos: investigar os fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde Coletiva que orientam os processos formativos em Psicologia no Brasil desde a resolução Nº 8, de 7 de Maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia. Como específicos: a) identificar os fundamentos epistemológicos acerca da Saúde Coletiva presentes nos currículos de psicologia; b) analisar as dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas desenvolvidas no decorrer da formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde Coletiva; e c) conhecer a forma com que os estudantes de Psicologia do Piauí vivenciam e se implicam com os processos formativos para atuar na Saúde Coletiva. Metodologicamente, trata-se de um estudo de cunho descritivo, com abordagem qualitativa, estruturado em duas etapas. A primeira com base no delineamento documental, utilizou como fonte de produção dos dados os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Psicologia (PPC) no Brasil, disponíveis em domínio público (n=30). A análise, apoiada no *software* IRAMUTEQ, contemplou três componentes: Disciplinas (n=727); Ementas (n=727) e Referências Bibliográficas (n=428). A segunda contemplou uma pesquisa de campo com graduandos dos cursos de Psicologia de Instituições de Ensino Superior das cidades de Parnaíba/PI e Teresina/PI (n=16). Como instrumentos para produção de dados nessa etapa, utilizamos a técnica de entrevista grupal. Tais entrevistas foram analisadas, com base no processo de análise das práticas discursivas, por meio da técnica dos Mapas de Associação de Ideias. Os dados de ambas as etapas do estudo foram organizados nas seguintes categorias de análise: 1) Modelo Biomédico; 2) Modelo de Saúde Pública e 3) Modelo de Saúde Coletiva. Conclui-se que apesar do nítido avanço na formação em Psicologia no que tange ao âmbito curricular de conteúdos e práticas alicerçadas ao modelo de Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária, tais concepções precisam ser urgentemente ampliadas, principalmente em relação ao currículo vivenciado no cenário piauiense.

Palavras-Chave: Psicologia; Formação; Saúde Coletiva.

Soares, F. B. P. (2018). A formação em psicologia: interface com a saúde coletiva (Dissertação). Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil.

Abstract

More than the insertion in different institutional spaces of health and extension of the scenarios of professional performance, the entrance of the psychologist in Health brought the profession closer to the field of Collective Health debates, demanding a different way of being in services and thinking about the universe of policies. From this, we ask: How has Collective Health been discussed in the Psychology training in Brazil, both in official terms through the Pedagogical Projects of the Courses, and in relation to the lived curriculum? As a general objective, we propose to investigate the epistemological, methodological and ethical-political foundations of Collective Health that guide formative processes in Psychology in Brazil since Resolution No. 8, of May 7, 2004, establishing the National Curricular Guidelines (DCN) for the undergraduate courses in Psychology. As specific: a) to identify the epistemological foundations about Collective Health present in the psychology curricula; b) analyze the theoretical-methodological and technical-operative dimensions developed during the course in Psychology to work in the field of Collective Health; and c) to know how the Psychology students of Piauí experience and are involved with the formative processes to act in Collective Health. Methodologically, this is a descriptive study, with a qualitative approach, structured in two stages. The first one, based on the documentary design, used the Pedagogical Projects of the Psychology Courses (PPC) in Brazil, available in the public domain (n = 30). The analysis, supported by the IRAMUTEQ software, included three components: Disciplines (n = 727); Menus (n = 727) and Bibliographical References (n = 428). The second included a field research with undergraduate students of Psychology courses at Higher Education Institutions in the cities of Parnaíba / PI and Teresina / PI (n = 16). As instruments for data production in this stage, we used the group interview technique. These interviews were analyzed, based on the process of analysis of the discursive practices, through the technique of the Maps of Association of Ideas. Data from both stages of the study were organized into the following categories of analysis: 1) Biomedical Model; 2) Public Health Model and 3) Collective Health Model. It is concluded that despite the clear progress in Psychology training regarding the curricular scope of contents and practices based on the Collective Health and Health Reform model, such conceptions need to be urgently expanded, especially in relation to the curriculum experienced in the Piauí scenario.

Keywords: Psychology; Formation; Collective Health.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	vi
Lista de Quadros.....	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Siglas	ix
Resumo	x
Abstract	xi
1 INTRODUÇÃO	13
2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E O PROCESSO FORMATIVO PARA O SUS	27
2.1 Saúde Coletiva: Fundamentos Epistemológicos, Metodológicos e Ético-políticos..	27
2.1.1 Critica ao Modelo Biomédico e contribuições da Saúde Coletiva ao campo da Saúde.....	29
2.1.2 Práticas e Formação em Saúde Coletiva	34
2.1.3 Principais embates e desafios para o campo de Saúde Coletiva	40
2.2 O SUS e a Formação em Saúde: Desafios Atuais.....	44
3 INTERSECÇÕES ENTRE PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA.....	64
3.1 Âmbito Teórico-Epistemológico	64
3.2 Fundamentos Técnico-Operativos.....	69
3.3 Norteadores Ético-Políticos.....	75
3.4 Formação para Saúde.....	78
4 PERCURSO METODOLÓGICO	84
4.1 Tipo de estudo	84
4.2 Cenário, Participantes e Instrumentos para Produção dos Dados da Pesquisa	86
4.3 Procedimentos de Análise de dados	89
4.4. Análise Documental	89
4.5 Análise das Práticas Discursivas	90
4.6 Aspectos Éticos	91
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	93
5.1 Modelo Biomédico.....	101
5.2 Modelo de Saúde Pública	118
5.3 Modelo de Saúde Coletiva	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES	172

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo discute sobre as interfaces entre Psicologia e Saúde Coletiva, tomando como eixo central a análise da formação de psicólogas e psicólogos para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Para Carvalho, Bosi e Freire (2009), mais do que a inserção em diferentes espaços institucionais de saúde e ampliação dos cenários de atuação profissional, a entrada das psicólogas e dos psicólogos na Saúde aproximou a profissão do campo de debates da Saúde Coletiva (e também das Abordagens Psicossociais em Saúde Mental), exigindo um modo diferenciado de estar nos serviços e pensar o universo das políticas públicas nesse âmbito. Segundo os autores, o encontro com a Saúde Coletiva trouxe a Psicologia o envolvimento com um “contexto complexo, cuja dinâmica e historicidade se expressam no modelo assistencial vigente, marcado por questões de natureza política, âmbito no qual a própria definição de saúde vem sofrendo constantes alterações, em compasso com o movimento socio-sanitário” (p. 61).

Para situar a Psicologia nesse debate é importante sinalizar que a Saúde Coletiva congrega, de acordo com Nunes (2009a), aquilo que “[...] havia sido produzido em Medicina Preventiva, Medicina social, Planejamento em Saúde, Pesquisas Epidemiológicas, Políticas de Saúde, Ciências sociais em Saúde” (p.27). Sendo assim, é condição *sine qua non* para quem adentra nos estudos dessa área, inteirar-se do processo de construção histórica e das grandes linhas de discussão epistemológica, teórica e metodológica que conformam a Saúde Coletiva.

Tal entendimento justifica a difícil definição de um conceito mais circunscrito e específico acerca do campo da Saúde Coletiva, podendo o mesmo ser comparado a um mosaico, pois é formado por diversas áreas do conhecimento que se aproximam quando a compreensão dos problemas ultrapassa determinado limite específico. Para Nunes (2009a), os inúmeros núcleos de saberes que compõem a Saúde Coletiva podem ser organizados em três grandes áreas: 1) Epidemiologia; 2) Política e o Planejamento; e 3) Ciências Sociais e Humanas. A partir

da apresentação sucinta de cada uma delas, reuniremos os elementos do campo problemático que orientarão nossas questões de pesquisa.

A Epidemiologia constitui-se como um campo que não possui fácil definição, devido tanto a característica dinâmica do campo da Saúde ao qual se propõem atuar, como também por sua complexidade. Rouquayrol (2009) conceitua a mesma como “Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades” (p. 321). Dentre os principais objetivos da Epidemiologia, de acordo com a autora, se encontram: 1) descrever a distribuição e magnitude das doenças; 2) promover informações para o planejamento e gestão e 3) identificar a origem dos fatores etiológicos do processo de adoecimento.

Drumond Jr. (2009) considera a ciência epidemiológica um eixo organizativo das diversas práticas realizadas nos diferentes níveis de atenção em saúde, fazendo com que a mesma, segundo Ayres, Calazans, Saletti Filho e França Junior (2009), adquira uma posição paradoxal pela possibilidade de expandir seu referencial teórico-metodológico a outras áreas, como também se vincular preponderantemente a validação biomédica, de base quantitativa. A posição paradoxal ocupada pela Epidemiologia está relacionada à própria construção histórica de seu campo teórico-metodológico, baseando-se seu entendimento sobre o processo de adoecimento em um primeiro momento no modelo de risco, caminhando até o conceito mais utilizado, atualmente, que se refere à vulnerabilidade (Barata, 2005). Ayres *et al.* (2009) explica essa construção histórica afirmando que, a partir da década de 1980, com o início da epidemia da AIDS, começou a ser utilizado fatores probabilísticos com base na ciência epidemiológica a fim de identificar quais fatores de risco estavam associados à doença. Tais fatores foram identificados em grupos de pessoas mais suscetíveis, referentes aos homossexuais, hemofílicos e usuários de cocaína, considerados “grupos de risco”, o que ocasionou o crescimento dos estereótipos e preconceito. Logo algumas críticas a respeito do tema surgiram, particularmente

por parte da organização dos movimentos sociais somado as contribuições da Psicologia Social e da Educação, cujas problematizações deslocaram a ideia de “grupos de risco” para “comportamento de risco”. No entanto, o conceito de “comportamento de risco” atribuía grande parte da responsabilidade do adoecimento ao indivíduo, o culpabilizando por tal processo, isto acrescido de modificações no perfil epidêmico da AIDS, relacionado agora a indivíduos com menor poder social, como pobres, negros e mulheres. Tal deslocamento fez com que fosse necessário a utilização de uma nova chave analítica, a partir do entendimento de “análise de vulnerabilidade”, que além de considerar os fatores individuais no processo de adoecimento, afirma que fatores coletivos, sociais e contextuais, também influenciam o mesmo, sendo tal modelo o mais utilizado na atualidade pela ciência epidemiológica (Ayres *et.al.*, 2009).

Barata e Barreto (1996), ressaltam que a Epidemiologia pode adquirir preponderantemente duas vertentes. A primeira considerada hegemônica se refere à ênfase na tecnificação e formalização do processo saúde-doença. A segunda, contra hegemônica, subdivide-se em duas: uma direcionada para o estudo das interações entre as características genóticas-fenóticas; a outra busca inserir no estudo do processo de adoecimento os determinantes sociais da saúde, sendo a mesma denominada de Epidemiologia Social.

A Epidemiologia Social se originou no início do século XIX, através da concepção de que os fatores sociais influenciam de forma significativa no processo de saúde-doença. No entanto, a mesma sofreu um decréscimo com a elaboração da teoria dos germes na segunda metade do mesmo século, caracterizada por atribuir apenas a uma pequena parcela de responsabilidade a esses fatores. Somente a partir da década de 1960, a Epidemiologia Social ganhou força novamente por meio dos movimentos sociais e políticos de busca pelos direitos civis, dentre eles a Saúde entendida como determinada por múltiplos e complexos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, além do biológico (Barata, 2005).

Barata (2005) afirma que a Epidemiologia Social se diferencia do modelo epidemiológico clássico de atuação pela ênfase dada explicitamente ao estudo dos fatores sociais que influenciam o processo de saúde-doença da população. Sendo que, Ramos, Hora, Souza, Pereira e Hora (2016) afirmam que a Epidemiologia Social possui forte relação com as ciências sociais, através da investigação de como as condições sociais afetam o processo de adoecimento, tratando as mesmas como prioridades e não apenas como características secundárias, propondo uma abordagem intersetorial da realidade.

Existem diferentes modelos de Epidemiologia Social, dentre eles se encontram: 1) a ecoepidemiologia, que busca superar os problemas teóricos da muticausalidade articulando os diversos componentes, através de interações e mudanças estruturais, compreendendo o processo saúde-doença a nível populacional; 2) o capital social, que objetiva compreender como a desigualdade de renda determina alterações na saúde; e 3) o curso de vida, que leva em consideração a trajetória vital como influência no adoecimento (Ramos, Hora, Souza, Pereira & Hora 2016).

Com a implantação do SUS e a operacionalização de seus princípios o campo da Epidemiologia ampliou sua atuação para as doenças crônicas e a mortalidade evitável (acidentes e violência), fazendo com que os profissionais da saúde a utilizem cada vez mais em sua prática. Dentre os principais instrumentos de atuação, destaca-se: 1) o estabelecimento de prioridades; 2) a vigilância e o monitoramento; e 3) avaliação (Drumond Jr., 2009). Apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, o campo da Epidemiologia ainda possui dificuldades relacionadas à redução e naturalização do social, por meio da impessoalidade adotada em seus métodos (Barata & Barreto, 1996). Sendo que, esse caráter estritamente técnico adotado somado ao isolamento das equipes e profissionais em áreas de conhecimento específicos nos dispositivos de saúde, segundo Ayres (1992), podem propiciar a restrição da ciência epidemiológica a um campo estritamente instrumental, descritivo e não analítico.

Posto isso, é necessário a ampliação da Epidemiologia a outras áreas, evitando a estruturação dos serviços de forma fragmentada, promovendo práticas preventivas que não se orientem apenas por parâmetros biomédicos, mas voltadas para o social. O trabalhador de saúde seria então o agente mediador entre o sujeito e os recursos para a construção de sua saúde, que possui como fator essencial em suas ações a intersetorialidade (Ayres *et al.*, 2009).

Por esta perspectiva, têm os psicólogos que atuam no SUS lançado mão desta importante ferramenta que é a Epidemiologia para orientar e planejar intervenções clínicas e demais ações preventivas?

Em estudo realizado por Sarriera *et al.* (2009) sobre a relação entre Psicologia e Epidemiologia, verificaram que os psicólogos de paradigmas cognitivo-comportamental e comunitário consideram a utilização de dados epidemiológicos apenas para descrição da prevalência de doenças e distribuição de recursos, enquanto os de enfoque ecológico-contextual enfatizaram a importância dos dados para orientar sua atuação no campo da saúde. Os mesmos autores propõem que os profissionais da Psicologia devem se aproximar e discutir os conceitos da Epidemiologia para sua atuação desde a graduação.

Partindo disso, convém levantar outras indagações: De que forma as questões da ciência epidemiológica têm sido tratadas pela Psicologia? A Epidemiologia é discutida na formação em Psicologia? As aproximações entre Psicologia e Saúde Coletiva têm promovido que interfaces com o debate da Epidemiologia Social?

Respaldamo-nos na segunda grande área que configura a Saúde Coletiva, doravante denominada de Gestão e Planejamento, para Nunes (2009a) esta ganhou força e relevância a partir do pós-guerra de 1945, sendo que nos países periféricos isso ocorreu a partir das décadas de 1950 e 1960. No Brasil, é sob o efeito da crise do capitalismo em meados da década de 1970 e em meio das movimentações do processo de construção da Reforma Sanitária brasileira, que

o debate em torno da Gestão e Planejamento em Saúde é retomado e aprofundado (Nunes, 2009b).

Schraiber *et al.* (1999) entendem a área de Planejamento e Gestão como o centro da produção técnica-científica na Saúde Coletiva, pois articula o âmbito político com a tecnicidade no cuidado em saúde, exigindo do gestor uma tríplice inserção no campo da saúde: técnico, político e técnico de política. Para Onocko-Campos (2000), o Planejamento e a Gestão possibilitam a utilização de atividades que quebrem a dicotomia e estagnação entre política e as práticas de saúde, possuindo características tanto de método, quanto também de processo social para redução da alienação, por meio da participação política. Sendo assim, trata-se de uma área que não se resume apenas a criação de planos e projetos, mas atuando nos âmbitos da informação, avaliação e do trabalho em equipes.

O processo de planejamento pode ser dividido em quatro momentos fundamentais: 1) Explicativo: observação e identificação dos problemas; 2) Normativo: definição dos objetivos; 3) Estratégico: traçar o curso das ações e 4) Tático-Operacional: ações em si. Sendo que, os mesmos não são etapas estáticas, mas dinâmicas, podendo se iniciar o processo por qualquer uma delas (Paim, 2009). Muito embora, de acordo com Onocko-Campos (2000), a gestão nesse campo, em muitos momentos, acaba ficando focada em ações de caráter explicativo, supervalorizando os instrumentos em detrimento das necessidades reais presentes nos sistemas e redes de saúde, promovendo o aprofundamento da dicotomia na atuação entre técnica e política.

Rivera e Artmann (2010) elencam que os principais problemas do Planejamento e Gestão no campo da Saúde são: a) presença de uma visão instrumental e quantitativa; b) deficiência na análise de questões sociais; e c) problemas de liderança e na formação. Além disso, Teixeira e Sá (1996) ressaltam que o ensino na graduação envolvendo a área do Planejamento e Gestão é realizada por disciplinas gerais e inespecíficas, se limitando apenas a

exposição das grandes temáticas, sem o necessário aprofundamento nos planos epistemológico, prático e ético-político de seus métodos para operacionalização de Políticas Públicas de Saúde mais próximas as necessidades da população.

Tais questionamentos somados a constatação de que Administração e Gerenciamento constam entre as habilidades e competências que o Psicólogo deve adquirir em sua formação, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2004), provoca indagações acerca da relação entre Psicologia e essa importante área da Saúde Coletiva para o SUS: De que forma a Gestão e Planejamento em Saúde são apresentados na graduação em Psicologia? Como a formação em Psicologia tem tratado a aproximação com essa área de debate no campo da Saúde Coletiva?

A terceira grande área que compõe o campo da Saúde Coletiva se refere às Ciências Sociais e Humanas. Nunes (2009b) afirma que os primeiros trabalhos relacionando à medicina a aspectos sociais no Brasil foram realizados no início do século XX, pelos chamados médicos tradicionais ou folcloristas, possuindo forte ligação com o pensamento higienista da época, dentre eles Nina Rodrigues (1862-1906),¹ Artur Ramos (1903-1949)² e Afrânio Peixoto (1876-1947)³.

No entanto, o primeiro trabalho concreto e amplo sobre a relação social-saúde foi realizado somente em 1950, por Oracy Nogueira (1917–1996)⁴, ao pesquisar sobre a influência de fatores ambientais e sociais na aquisição de Tuberculose, durante sua dissertação de Mestrado (Nunes, 2009b). Contudo, Barros (2014) ressalta que foi a partir da década de 1970 que a emergência das Ciências Sociais no campo da Saúde ocorreu, possuindo como contexto: 1) alto índice de mortalidade infantil; 2) falta de atenção básica para a população pobre; e 3)

¹Psiquiatra e Antropólogo, considerado o fundador da antropologia criminal brasileira e pioneiro nos estudos sobre a cultura negra no país.

²Psiquiatra e Antropólogo, possuindo grande destaque nos estudos sobre a cultura negra e a identidade brasileira.

³Médico e Historiador ocupou a cadeira sete da Academia Brasileira de Letras.

⁴Sociólogo, sua obra aborda temas como o estigma, preconceito, as relações raciais, família, metodologia, estudos de comunidade, sociologia das profissões, entre outros.

controle sobre os determinantes sociais do adoecimento. Esses fatores, somados a crítica ao modelo de educação médica realizado na América Latina, foram de primordial importância para a discussão do modelo de Saúde Pública vigente na época, sendo grandes influências para a construção do campo da Saúde Coletiva, e a consequente criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979 (Nunes, 1994).

Nunes (2009b) ressalta que a produção da área de Ciências Sociais da saúde aumentou consideravelmente na década de 1980 e 1990 devido à criação da ABRASCO e as mudanças no perfil de mortalidade da população para doenças crônicas e a violência. Destaca-se nesse sentido o trabalho de tese de Amélia Cohn (1980) sobre o modelo previdenciário brasileiro e sua participação no processo político, assim como a dissertação de mestrado de Lilia Blima Schraiber (1989) sobre a educação médica como uma prática preponderantemente técnica e inserida no modelo capitalista.

Apesar das Ciências Sociais possuírem posição estratégica no campo da Saúde Coletiva e dos avanços ocorridos na aproximação da esfera social com a Saúde nas últimas décadas, Loyola (2012) ressalta que a formação em Ciências Sociais realizada com os profissionais da saúde ainda é limitada e frágil. Sendo isso problematizado por Canesqui (1998) ao afirmar que o ensino dos profissionais de saúde apresenta uma enorme quantidade de conteúdo tecnicista, relacionados aos aspectos biológicos, com pouca inserção dos aspectos sociais.

No caso da Psicologia, enquanto uma das ciências do campo das Humanidades e que se propõem atuar tanto de forma prática como teórica no campo da Saúde, é pertinente nos indagarmos sobre algumas problemáticas que podem reverberar nessa relação: Como as temáticas das Ciências Sociais são discutidas na formação em Psicologia para o campo da Saúde? Com base em quais parâmetros teórico-metodológicos e ético-políticos este diálogo tem se dado? Esta relação possibilita a construção de um pensamento crítico acerca dos fatores sociais, econômicos e políticos na formação em Psicologia para atuação nos serviços de Saúde?

Quais interfaces podem ser realizadas entre as áreas que compõem o campo de Saúde Coletiva e a formação em Psicologia?

Para Barros (2014) as principais dificuldades para a inserção das Ciências Sociais nos currículos da formação dos profissionais de saúde são: 1) currículo sobrecarregado de disciplinas específicas da área objeto da formação, dificultando a entrada de novas disciplinas com temas transversais e que abordem o campo de saberes interdisciplinares da Saúde; 2) ênfase na cultura biomédica; 3) pouco suporte das Instituições de Ensino Superior para qualificação em Ciências Sociais dos Docentes; e 4) inserção das Ciências Sociais preponderantemente nas disciplinas básicas. Assim como, mesmo quando as temáticas sociais são inseridas nas disciplinas, não existem garantias que o currículo proposto será concretamente realizado.

Canesqui (1998) propõe então que as principais medidas a serem tomadas para a melhora substancial no processo de formação desses profissionais no campo das Ciências Sociais são: 1) ampliar a capacitação e articulação com outros campos disciplinares; 2) aprimorar os conteúdos ensinados nos currículos; 3) ampliar o acervo bibliográfico; e 4) adequar as ementas dos cursos para os diferentes perfis profissionais. Loyola (2012) ressalta ainda a necessidade de desenvolver um currículo básico contendo os principais conteúdos, temáticas e discussões do campo da Saúde Coletiva.

Para modificação dessa realidade é necessário o empenho de mudanças que ultrapassem o caráter estritamente metodológico, mas propiciem articulações entre a tríade instituições de ensino - sistema de saúde - movimentos sociais (Bernardes, 2004). No âmbito da formação em Psicologia, só quatro décadas após a instituição do currículo mínimo, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) a resolução N° 8, de 7 de Maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia, sendo, posteriormente, acrescido um projeto pedagógico complementar para formação de professores de Psicologia, por meio da resolução N°5 em 2011 (Brasil, 2004, 2011).

As DCN propõem que a formação em Psicologia possui como objetivo dotar o profissional de conhecimentos que contemplem competências e habilidades referentes à: 1) Atenção à saúde, 2) Tomada de decisões, 3) Comunicação, 4) Administração e Gerenciamento, 5) Liderança e 6) Educação permanente. Sendo que, tais habilidades devem ser construídas a partir de seis eixos estruturantes: I) fundamentos epistemológicos e históricos que possibilitem ao graduando o conhecimento acerca das bases epistemológicas contidas na construção do saber psicológico; II) fundamentos teórico-metodológicos que promovam uma visão ampla em relação aos variados métodos e estratégias de produção do conhecimento científico em Psicologia; III) procedimentos para a investigação científica e a prática profissional, de forma a garantir o uso adequado tanto dos instrumentos e estratégias de avaliação e de intervenção quanto a competência para adequá-los a problemas e contextos específicos; IV) fenômenos e processos psicológicos que se constituem classicamente como objeto de investigação e atuação da Psicologia, a fim de propiciar vasto conhecimento de suas características; V) interfaces com campos afins do conhecimento visando a demarcação acerca da natureza e a especificidade do fenômeno psicológico e compreendê-lo em sua interação com fenômenos biológicos, humanos e sociais; e VI) práticas profissionais direcionadas para assegurar um núcleo básico de competências que permitam a atuação profissional e a inserção do formando em diferentes contextos institucionais e sociais. Propõem também, devido à diversidade de contextos da inserção profissional não apenas na área da Saúde, que a formação deve se diferenciar em ênfases curriculares⁵ (Brasil, 2011).

No entanto, para Bernardes (2004) tais tentativas de renovação na formação em Psicologia foram inseridas pelo discurso político e econômico neoliberal vigente, que tenta transformar o currículo em um instrumento estritamente técnico. Isso é demonstrado, conforme as análises do autor, a partir da radicalização da especialização em Psicologia já durante a

⁵Entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia (Brasil, 2011, p.4).

graduação, por meio das ênfases curriculares presentes nas DCN, como também pela presença de discursos relacionados à Psicologia aplicada e técnica que priorizam a tecnicidade em detrimento das dimensões histórica e política, promovendo o que considera como um processo de despolitização da educação e uma visão utilitarista e instrumental das potencialidades humanas (Bernardes, 2004).

A ênfase dada à tecnicidade e ao caráter instrumental durante a formação em Psicologia também é ressaltada por Guareschi, Dhun, Reis, Machry e Bannemann (2010), em seu estudo ao analisar a forma como os currículos de seis cursos de Psicologia do Estado do Rio Grande do Sul apresentaram modificações para formar profissionais de saúde. Com base na análise genealógica das bibliografias de cada disciplina, os autores dividiram os currículos analisados em três eixos temáticos: 1) biomédicas caracterizadas por perspectivas naturalizadas e biológicas sobre o processo saúde doença, contidas por disciplinas realizadas no início da graduação e sem integração com as demais, correspondendo a 15,5% do currículo; 2) psicopatologia e avaliação psicológica composta por disciplinas de um viés tecnicista e mecanicista, com foco central na doença, relativas a 55% do currículo e 3) psicologia social e comunitária relacionadas a disciplinas que priorizam intervenções sociais, presentes em 29,5% dos currículos, podendo ser subdivididas em três vertentes: 1) contendo sistemas teóricos tradicionais da Psicologia Social Americana; 2) voltadas para teorias sociais críticas, composta por autores de orientações da chamada psicologia sócio histórica e do construcionismo social; e 3) vinculada aos autores pós-estruturalistas, com o destaque para o filósofo Michel Foucault, dentre outros. Para os mesmos autores, tal cenário reflete o pouco conteúdo relacionado a Saúde Coletiva durante a graduação, e mesmo quando voltados para esse campo enfatizam apenas a possibilidade de ampliar a atuação e não problematizam aspectos como a dicotomia entre o psíquico e o físico, a dificuldade de aproximar as fronteiras entre os campos de saber e a

necessidade de promover um posicionamento ético-político no processo formativo (Guareschi *et al.*, 2010).

Partindo dessas problematizações e a necessidade de estudos que aprofundem as bases epistemológicas, metodológicas e ético-políticas da profissão no âmbito da Saúde Coletiva, a pergunta que orienta a realização dessa pesquisa é: como a Saúde Coletiva tem sido discutida na formação em Psicologia no Brasil tanto em termos oficiais por meio dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, quanto em relação ao currículo vivido?

Como psicólogo recém-formado, tais questionamentos sobre a formação em Psicologia para atuação no campo da Saúde Coletiva partem também de problematizações construídas durante meu próprio processo formativo, marcado pela ênfase dada a aplicabilidade e utilização de técnicas circunscritas ao âmbito clínico e psicodiagnóstico, sendo apresentadas por meio de manuais que delineiam o passo a passo da atuação, e/ou pela grande quantidade de estágios em serviços interventivos de atenção secundária e terciária em saúde. Estes fatores também são ressaltados por Cury e Ferreira Neto (2014), ao pesquisarem sobre o processo de construção dos estágios curriculares do curso de Psicologia, por meio de documentos referentes ao período de 1961 a 2004. Os autores enfatizam que as DCN não modificam a tradição de foco somente em aspectos intraindividuais do processo saúde-doença-cuidado dada na formação em Psicologia, nem problematizam a utilização de tais habilidades e competências propostas, culminando com o processo de cisão entre teoria e os estágios ofertados, sendo os segundos com ênfase preponderante no âmbito hospitalar durante a mesma, fazendo com que seja necessária a realização de estudos para a compreensão dos avanços e retrocessos dessa institucionalização.

Outro aspecto a ser destacado, refere-se às noções de ética e política promovidas durante meu processo formativo, sendo marcado por discussões preponderantemente relacionadas ao conceito de ética com base no código de ética profissional e circunscrita a uma disciplina

específica, permanecendo ausente nas demais, além da inexistência de discussões acerca do compromisso político e de um projeto de profissão dos psicólogos ao decorrer do curso. Isto, para Beato e Ferreira Neto (2016), promove a manutenção do paradigma hegemônico relacionado à racionalidade técnica e objetiva em detrimento da construção ética e política de forma crítica durante todo o processo formativo, reverberando em um *modus operandi* apolítico e a-histórico de atuação nos serviços.

É sob esse plano de problematizações, portanto, que apresentamos como **objetivo geral** para este estudo, investigar os fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde Coletiva que orientam os processos formativos em Psicologia no Brasil desde a resolução N° 8, de 7 de Maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia. Como **específicos**: a) Identificar os fundamentos epistemológicos acerca da Saúde Coletiva presentes nos currículos de psicologia; b) Analisar as dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas desenvolvidas no decorrer da formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde Coletiva; e c) Conhecer a forma com que os estudantes de Psicologia do Piauí vivenciam e se implicam com os processos formativos para atuar na Saúde Coletiva. Este último objetivo específico visa propiciar a compreensão e discussão da formação de forma integral, ou seja, tanto em termos oficiais por meio dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, quanto em relação ao currículo vivido no cenário piauiense.

A dissertação está estruturada por dois capítulos teóricos. O primeiro, com o intitulado “A construção do campo da saúde coletiva e o processo formativo para o SUS”, trata sobre os fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde Coletiva, finalizando com o debate sobre o SUS e a formação em saúde em meio aos desafios atuais. O segundo capítulo, com o título “Intersecções entre psicologia e saúde coletiva”, versou sobre os desafios para a atuação e para formação articulando Psicologia e Saúde Coletiva. Após os debates

teóricos, apresentamos capítulo com o percurso metodológico, posteriormente o capítulo com os resultados e discussões/análises da pesquisa.

2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E O PROCESSO FORMATIVO PARA O SUS

2.1 Saúde Coletiva: Fundamentos Epistemológicos, Metodológicos e Ético-políticos

A partir da década de 1970 diversos estudos foram desenvolvidos nos departamentos de medicina preventiva que direcionavam críticas aos modelos Preventivista⁶, Integral⁷, e de Medicina Comunitária⁸, como também as suas concepções de saúde, e mais propriamente dita, de Saúde Pública adotada. Dentre os trabalhos destacam-se os de Sergio Arouca (1941-2003)⁹, Cecília Donangelo (1940-1983)¹⁰ e Ricardo Bruno (1946-1996)¹¹ (Nunes, 2009a).

Sergio Arouca com sua tese de doutorado denominada de “O Dilema Preventivista”, estuda o discurso preventivista por meio do método arqueológico proposto por Michel Foucault. Em meio à análise que propõe não se furta de recorrer ao materialismo dialético para propor que o trabalho médico era diretamente produtivo para a recuperação, manutenção e reprodução da força de trabalho (Arouca, 1975). Para autor, o Modelo Preventivista surge como uma disciplina-tampão ao articular medicina e o modelo capitalista de produção, objetivando modificações na prática médica, atuando ativamente na manutenção da condição social instaurada como um projeto interno de mudança que não existe concretamente, mas somente no mundo das representações.

Cecília Donnangelo em seus estudos acerca da prática médica afirmava que esta participa ativamente da reprodução econômica, política e ideológica presente no modelo

⁶Este modelo utiliza como parâmetros conceituais básicos o aporte teórico do modelo de história natural das doenças, apontando para a possibilidade de modificação das responsabilidades médicas, por meio de mudanças no processo formativo e pedagógico e não diretamente nas práticas adotadas (Paim, 2006b).

⁷Modelo que efetua críticas a fragmentação da prática médica, propondo o descentramento do enfoque biológico no processo de adoecimento, por meio da incorporação de aspectos relacionados à família e à comunidade (Donangelo & Pereira, 1976).

⁸Este movimento ideológico está vinculado à resposta das tensões sociais contidas nos movimentos por busca de direitos civis e de enfrentamento à segregação racial na década de 1970 nos Estados Unidos, possuindo dentre seus parâmetros estratégicos a regionalização e a participação da comunidade (Paim, 2006b).

⁹Médico, Professor na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz.

¹⁰Socióloga, Professora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP).

¹¹Médico, Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DPM/FMUSP).

capitalista, por meio do processo de manutenção da força de trabalho e como agente de controle das tensões e antagonismos sociais (Mota, Silva & Scharaiber, 2004). Donnangelo problematizou a função social da medicina a partir de sua estrutura social, afirmando que a mesma tinha sua atuação, seja através do Estado ou de forma privada, diferenciada de acordo com a classe social ao qual estava sendo atendida, relacionando a ampliação dos serviços e da normatividade médica ao processo ao qual denominou de “Medicalização da Sociedade”. Desta forma a ciência médica participava ativamente da atividade de valorização do capital, aplicado a produção industrial no âmbito da saúde (Donnangelo & Pereira, 1976).

Ricardo Bruno estudou a medicina como uma prática social e participante do processo de trabalho, criticando a objetividade do trabalho médico, considerando a doença como um juízo de valor. A análise do autor considera a descrição da posição social do doente no decorrer da história. Para tanto, propunha que a medicina deveria ter como objeto de estudo as classes sociais e que o trabalho médico estava articulado com sua posição privilegiada na estrutura social que fazia parte (Mendes-Gonçalves, 1979). Da mesma forma que Arouca (1975), defendia que o materialismo histórico se configurava como possibilidade de pesquisa teórica e aplicada, não apenas se restringindo a uma posição política e ideológica, mas como crítica do diagnóstico realizado com base no biologicismo e reducionismo marcante da prática médica, que levava em consideração principalmente apenas aspectos biológicos em detrimento dos sociais e psicológicos.

Ayres e Santos (2017) ressaltam que Ricardo Bruno problematizava a Saúde Pública realizada no Brasil durante a década de 1970, pois em sua visão a mesma tinha como objetivo a preservação da divisão social do trabalho, propondo a necessidade de construção de uma teoria do Processo de Saúde, capaz de instrumentalizar a intervenção médica sobre o âmbito social, sendo necessária para isso a incorporação de um compromisso político e ideológico.

Em seus estudos sobre as Práticas de Saúde e Tecnologia, Ricardo Bruno critica o conceito tradicional de tecnologia, considerado apenas como “coisas em si”, ou seja, pelos instrumentos que representa. Propõe que “tecnologia” é resultante do processo de produção e criação do social, a partir da relação homem-natureza-objeto. Com base nisso, ressalta para a necessidade de integração entre clínica e epidemiologia na atenção primária, a partir do estudo do Processo de Trabalho em Saúde, utilizando como agente organizador desse processo a teoria das Necessidades de Agnes Heller (Mendes-Gonçalves, 1979).

Os estudos de Arouca, Donnangelo e Ricardo Bruno dentre outros, propuseram a modificação no modelo Preventivista e a ampliação do conceito de saúde, como sendo um processo biopsicossocial, composto por diversos âmbitos, não somente o pedagógico-acadêmico como proposto anteriormente pelo preventivismo, mais também de práticas e gestão integradas (Nunes, 2009a). Desta forma, sentia-se a necessidade da existência de uma associação que promovesse a congregação dos interesses das instituições formadoras, em um cenário marcado pelo desgaste de orientações e concepções embasadas no modelo clássico de Saúde Pública, sendo isto concretizado, como já aludido, por meio da criação da ABRASCO em 1979 (Nunes, 1994). É sobre isso que falaremos nos tópicos seguintes ao tratarmos sobre os fundamentos do campo de Saúde Coletiva a partir de três eixos de discussão: 1) crítica ao modelo biomédico e contribuições da Saúde Coletiva ao campo da Saúde; 2) práticas e formação em Saúde Coletiva; e 3) principais embates e desafios para o campo de Saúde Coletiva.

2.1.1 Crítica ao Modelo Biomédico e contribuições da Saúde Coletiva ao campo da Saúde

Para Birman (1991), a Saúde Coletiva objetiva ser uma leitura crítica acerca do projeto médico-naturalista preponderantemente adotado na prática em saúde, sendo fundamentalmente

um campo multidisciplinar, coexistindo em seus âmbitos uma diversidade de aportes teórico-metodológicos, sem *a priori* definir qualquer hierarquia ou atribuir juízo de valor aos mesmos. Desta forma, o campo de Saúde Coletiva emerge tanto como uma corrente de pensamento, no qual a originalidade a distância dos modelos até então adotados na América Latina, como também por ser um movimento social, articulado a união de condições políticas e institucionais da Reforma Sanitária Brasileira (Nunes, 1994).

Sendo assim, Osmo e Scharaiber (2015) consideram que o campo da Saúde Coletiva instituiu-se como duplamente reformador no âmbito epistemológico: de um lado por criticar o modelo de assistência adotado, que promovia a construção de necessidades de saúde culturalmente propostas, marcada por uma concepção liberalista e privatizante de atenção e serviços, que objetivam a satisfação de tais necessidades, seja no caráter privado ou/e público, como também por sua crítica ao processo de alienação tecnocientífica deste campo. Cohn (2013) entende a Saúde Coletiva como um caleidoscópio, pois dependendo da forma que o operacionalizamos, este muda de conformação, ou seja, tal campo está intrinsecamente relacionado aos fenômenos sociais, presentes no contexto que serão realizadas as dinâmicas da saúde.

Mais do que ser a simples junção de referenciais do modelo Preventivista, de Medicina Social e de Saúde Pública, a Saúde Coletiva se estrutura como campo de saber e prática, em lugar do termo “público”, o significante “coletivo”. Tal termo surge como entendimento de que é necessário promover um descentramento do lugar do Estado e a relativização de seu poder, o que propicia a abertura do campo da Saúde para novas leituras, pautadas no reconhecimento das diferenças entre as variadas áreas que o compõe (Birman, 1991).

Para Osmo e Schraiber (2005), os pressupostos básicos que marcam o campo teórico-conceitual da Saúde Coletiva, referem-se: 1) a saúde estar articulada a estrutura da sociedade, por meio do âmbito econômico, como também político-ideológico, possuindo desta forma um

caráter histórico; 2) as ações de saúde em todos os níveis de atenção são caracterizadas como práticas sociais, contemplando em si as influências dos diversos grupos sociais; 3) o objeto da Saúde Coletiva é construído na relação limítrofe entre aspectos biológicos e sociais; e 4) o conhecimento desenvolvido por este campo não é construído somente por meio do contato com a realidade em questão, mas pela compreensão dos parâmetros ético-políticos que os circunscrevem.

Marsiglia (2013) considera a Saúde Coletiva como uma alternativa epistemológica de afastamento de duas tendências que ocupam posições opostas no campo científico atual: o teorismo caracterizado pela construção de práticas de forma abstrata, sem o necessário rigor teórico-metodológico; e o empirismo, marcado pela adesão a abordagens particularistas, que não possibilitam dar visibilidade para o singular e circunstancial da realidade. A autora ainda circunscreve as propostas de ação da Saúde Coletiva em três grandes frentes: a) a previdência social, a política de saúde e organização dos serviços, objetivando a promoção do acesso a tais âmbitos para todas as camadas da população; b) a articulação entre as condições de saúde e a conjuntura social no qual estão submetidas às diferentes classes sociais, propiciando a análise e intervenções sobre o perfil de morbimortalidade; e c) o investimento em ações de planejamento e distribuição dos recursos humanos para a saúde.

Campos (2000), nesse sentido, defende que a Saúde Coletiva é uma subárea do campo da Saúde, sendo que sua inserção se dá por meio de dois planos que se transversalizam. No plano horizontal, os campos de saberes e as práticas da Saúde Coletiva constituiriam parte de saberes e práticas de outras categorias profissionais e atores sociais. No que tange ao plano vertical, a Saúde Coletiva significaria uma área de intervenção específica, partindo de tal proposta sua práxis seria tarefa de todos os profissionais de saúde nos mais diversos níveis de atenção, como também da própria população por meio do controle social. Já para Nunes (1994),

seguindo outra linha, identifica na Saúde Coletiva três grandes áreas: Epidemiologia; Ciências sociais em Saúde; e a Política e Planejamento já aludidas.

À vista disso, Leal e Camargo Junior (2012) afirmam que o importante neste mosaico de concepções e áreas descritas que marcam a Saúde Coletiva é compreender que existe mais de uma noção de verdade e que estas exercem diferentes posições em disputa, a depender dos sujeitos sociais em enfrentamento. Os autores consideram que tal campo se estabelece a partir da construção dos saberes e práticas entre as mais diversas disciplinas que contemplam o âmbito da saúde, estas sempre em constante interação, buscando fluidez em suas fronteiras para que sejam realizados movimentos de inserção e sobreposição.

Neste sentido, o trabalho em Saúde Coletiva, além de contemplar os âmbitos técnico, econômico e ideológico, envolve um componente ético-político vinculado ao projeto de emancipação dos seres humanos, por meio do conjunto de práticas eticamente comprometidas com o campo da Saúde, contextualizando as necessidades sociais presentes no território. Esta atuação é, portanto, integralmente perpassada por valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia (Paim, 2006a). Partindo disso, Birman (1991) também ressalta esta dimensão, afirmando que o discurso naturalista da medicina sempre colocou entre parênteses a dimensão política da atuação sanitária, desta forma a Saúde Coletiva seria a alternativa para a reestruturação do campo da Saúde, ao destacar a dimensão ética, política e simbólica, relativizando o discurso anátomo-fisiológico hegemônico.

Tal posicionamento ético-político adotado pela Saúde Coletiva também é descrito por Campos (2000), ao propor que dentre os principais avanços deste campo encontra-se o investimento não somente no aspecto corporal dos sujeitos, mas pensá-los como cidadãos de direito, que possuem potencialidades e criticidade sob os meios de levar sua saúde.

Esse debate é atualizado e aprofundado por Passos e Barros (2000) ao proporem pensar a clínica enquanto campo e atuação transdisciplinar. Para os autores, a concepção de

transdisciplinaridade promove a desestabilização dos campos epistemológicos, por meio da desconstrução tanto da dicotomia sujeito/objeto, quanto entre as disciplinas que contemplam o campo da Saúde. Partindo dessa perspectiva, não se trata de abandonar as práticas e saberes específicos de cada disciplina, mas construir intercessores, ou seja, elementos de passagem entre uma área e outra. Dessa forma, não existiria uma única verdade a ser conservada e mantida estaticamente no âmbito clínico, o mesmo promoveria um processo de construção e reconstrução contínuo de suas ações, na medida em que busca estabelecer interlocuções com os demais campos. A partir disso, a clínica transdisciplinar, se constituiria, como um sistema aberto, sendo ela mesma um campo de interconexões com diferentes áreas (Passos & Barros, 2000).

Desta maneira, a importância social e política das decisões no âmbito da Saúde, fazem com que as discussões acerca do aspecto ético necessitem ultrapassar os limites de uma perspectiva que visa apenas a normatividade das ações, sendo tais questões intrinsecamente relacionadas aos direitos humanos. Partindo disto, a Saúde Coletiva possui dentre seus aspectos constitucionais o compromisso político, constituindo a principal questão neste âmbito a eleição das prioridades dentre as inúmeras necessidades presentes no território. Ademais, a atuação profissional deve ser construída e reconstruída cotidianamente sob a égide de um marco ético-político socialmente proposto (Barata, 2005).

Dimenstein (2001) reitera que a proposta da Saúde Coletiva traduz possíveis rotas para que se possa trilhar na Psicologia, a partir de uma perspectiva crítica, em que afirmar uma concepção mais ampliada de saúde também implica no compromisso em reorientar as práticas profissionais de modo a deslocar o viés burocrático e a lógica individualizante que tanto norteia os serviços, além de constituir trabalhadores e usuários comprometidos em defesa do SUS.

2.1.2 Práticas e Formação em Saúde Coletiva

Paim (2006a), afirma que a natureza do campo da Saúde Coletiva está constituída em um triedro que contempla componentes ideológicos, teóricos e práticos, caracterizados por: 1) abertura a paradigmas ético-estéticos que desenvolvam formas não hegemônicas de conceber e promover cuidado; 2) produção de espaços tanto na academia, como na comunidade e serviços, para o exercício da transdisciplinaridade, promovendo articulações entre reflexão e prática, com base em abordagens que produzam tensões e transcendam concepções dicotômicas do tipo individual/coletivo, afetivo/racional e qualitativo/quantitativo; e 3) construção de territórios compostos por sujeitos políticos e de desejo, comprometidos em realizar transformações no campo da Saúde, por meio de reflexões críticas e de práticas realizadas em diversos âmbitos da vida acadêmica e social.

Por ser um campo novo e existir apenas no Brasil, como também se articular em dimensões tanto teóricas como práticas dos serviços de saúde, a Saúde Coletiva confunde-se em alguns momentos com a dimensão político-administrativa, necessitando desta forma de reflexões mais profundas acerca da amplitude de sua práxis (Osório & Schraiber, 2015). Tal afirmação pode ser demonstrada tanto pela própria dificuldade na sua definição, quanto na delimitação dos campos que a compõem. Esse debate é muitíssimo atual até mesmo para orientar as profissões da saúde nesse campo, como por exemplo, a Psicologia.

Cohn (1992) objetivando resgatar as principais tensões de ordem teórico-metodológica que contemplam o campo da Saúde Coletiva elenca as mesmas em três grandes problemáticas. Uma primeira tensão refere-se à análise macroestrutural das políticas e serviços de saúde, que apresenta em contrapartida a sua utilização, dificuldade de articulação de tal modelo a realidades específicas. Uma segunda tensão diz respeito ao fato de as análises dos processos históricos das políticas de saúde em alguns âmbitos são somadas a aspectos institucionais e organizacionais, o que para a autora possui origem em outros paradigmas que não o marxista.

Já a terceira tensão consiste de que a reforma sanitária brasileira, atribuída como horizonte para a constituição do campo, também acaba por limitar a produção do conhecimento aos seus parâmetros teórico-normativos (Cohn, 1992).

O fato de a Saúde Coletiva ser um campo que contempla diferentes concepções teóricas, práticas e políticas, ou seja, apresentando uma natureza híbrida, também é ressaltado por Luz (2009), ao propor duas lógicas de “regime de produção de verdades”, que necessitam ser diferenciadas no mesmo. A primeira refere-se à lógica teórica epistemológica de produção do conhecimento, que pode adquirir tanto características explicativas quanto apenas descritivas. A segunda é a lógica operativa e pragmática da eficácia, por meio de intervenções normativas sobre a vida, objetivando a vigilância e erradicação da doença coletivamente.

Com base em tais lógicas, Luz (2009) circunscreve três modelos teórico-metodológicos que coexistem na Saúde Coletiva, tanto em relação ao campo de saber, de práticas e nas formas de expressão científica. O primeiro refere-se ao paradigma da multidisciplinaridade, caracterizado pelo trabalho de cientistas e técnicos ser realizado por meio de seus saberes específicos e propostas interventivas especializadas, voltados para uma temática em comum de teorização da Saúde. Este modelo é considerado clássico na atuação em Saúde Pública, persistindo nas grandes organizações internacionais que normatizam o campo, fazendo-se dominante principalmente em momentos de crise sanitária, fornecendo embasamento teórico-prático para o enfrentamento de endemias e epidemias. O segundo modelo é denominado de paradigma da interdisciplinaridade, marcado pela emergência de subdisciplinas que possuem grande densidade conceitual, especializadas em novos objetos, possuindo métodos de investigação contemporâneos e novos parâmetros teóricos. Tal modelo é construído a partir de interseções entre “disciplinas mães” e pela necessidade de resolutividade de problemáticas que ultrapassam os limites de áreas de conhecimento específicas. Por fim, o terceiro modelo é o paradigma da transdisciplinaridade, pautado em produções discursivas comunicativas e na

horizontalidade das ações entre os diversos campos de saber, sem delimitar *a priori* hierarquias em termos metodológicos e teóricos, por meio da proposta transdisciplinar.

Paim e Almeida Filho (1998) também caracterizam o campo de Saúde Coletiva como sendo marcado por concepções e práticas interdisciplinares, e não como disciplina científica isolada, assim como muito menos uma especialidade médica. Para os autores, a Saúde Coletiva contempla práticas que possuem como objeto as necessidades sociais da Saúde, utilizando instrumentos de diversas especialidades, que pautam intervenções centradas no território, independentemente da área profissional e da instituição ao qual está vinculado. Assim, identificam quatro objetos que embasam as ações em Saúde Coletiva: a) políticas: distribuição do poder; b) práticas: modificações de comportamentos coletivamente; c) técnicas: organização dos processos produtivos; e d) instrumentos: meios para a produção das intervenções.

Ao adotar uma perspectiva teórico-metodológica alicerçada no campo de Saúde Coletiva além de propiciar a aproximação entre ensino e território de trabalho também promove reflexões críticas acerca dos modelos de atenção em diferentes conjunturas, confrontando-se com o modelo médico hegemônico, reduzido ao uso de tecnologias e ações individuais e curativas, portanto, ineficazes ao que tange as necessidades sociais e concretas da população. Deste modo, as “ferramentas” do trabalhador em Saúde Coletiva são pautadas na organicidade das ações e socialmente construídas, com isto tal trabalho confere uma dupla-face ao profissional: o de técnico de necessidades de saúde e de gerente de processos de trabalho e ações de cuidado em saúde ou produção de serviços. Ou seja, na medida em que identifica, descreve e explica as necessidades, promovendo ações interventivas, também organiza os serviços e ações de cuidado ofertadas, objetivando impactos positivos sobre o âmbito da saúde coletivamente (Paim, 2006a).

No que tange ao âmbito da formação, Bosi e Paim (2010) apontam que o processo de instauração e ampliação do SUS promove uma necessidade cada vez maior de profissionais de

Saúde Coletiva nos diversos dispositivos que compõem a rede de atenção. No entanto, para os autores, as instituições de ensino, no geral, até o momento não conseguiram se adequar à nova realidade, distanciando-se de perfis profissionais imersos em discussões epistemológicas, teórico-metodológicas e ético-políticas da Saúde Coletiva; ao contrário, forma-se profissionais focados em norteadores técnico-interventivos e inoperantes diante às reais necessidades sociais em saúde (Bosi & Paim, 2010).

Para contemplar tais demandas tornam-se necessários constantes movimentos de discussão e análise acerca do modelo formativo desenvolvido nas instituições de ensino, a fim de promover a constituição de profissionais orientados tanto teoricamente, quanto em termos interventivos a partir de concepções interdisciplinares e da Saúde Coletiva. Desta maneira, torna-se imprescindível a construção de formações em saúde que conjuguem marcadores biológicos integrados aos oriundos das Ciências Humanas e Sociais, deslocando o foco em características individuais para uma dimensão de cuidado coletiva e condizente com a realidade brasileira (Bosi & Paim, 2010).

Entretanto, o modelo de formação em saúde acadêmica atual, segundo Medeiros (2018) parece, ainda, conservar e enfatizar norteadores curriculares vinculados ao campo de Saúde Pública, para tanto privilegia em suas discussões uma organização pedagógica voltada a características técnicas do cuidado em Saúde. Por conseguinte, foca-se no manuseio e análise de recursos estatísticos e epidemiológicos, a fim de identificar determinados fatores considerados primordiais na propagação dos agentes nosológicos no meio público. Tal ênfase aproxima o processo formativo em saúde atualmente de arcabouços teórico-práticos arcaicos e anteriores ao movimento de Reforma Sanitária brasileira (Medeiros, 2018).

Em vista disso, Almeida Filho (2013) enfatiza que existe uma nítida discrepância entre as reais necessidades para uma formação de recursos humanos em saúde voltada ao SUS, e mais propriamente dita, ao campo de Saúde Coletiva, com os perfis profissionais formados nas

instituições de ensino na atualidade. Partindo disso, o autor aponta três processos que contribuem para reprodução e manutenção de tal cenário. Primeiramente, o difícil acesso aos cursos de saúde, considerados de elevado prestígio social, afastando grande parte da população de menor renda ao acesso de tais carreiras, o que contribui incisivamente para membros que tendem a reproduzir entendimentos sobre o processo saúde-doença-cuidado intraindividuais e privados. Em segundo lugar, projetos pedagógicos curriculares voltados para componentes biológicos projetados para conteúdos e práticas específicos de cada área da saúde, enquanto são escassas discussões interdisciplinares, promovendo trabalhos em equipes de saúde deficitários. Por fim, em terceiro lugar, os nítidos déficits em conteúdos teórico-metodológicos voltados para o âmbito social e que possam constituir visões do processo de cuidado pautadas em concepções humanistas e ampliadas de saúde, por meio do referencial crítico da Determinação Social da Saúde, e do campo de Saúde Coletiva (Almeida Filho, 2013).

Desta forma, é possível perceber, ao tecer análises acerca do cenário atual de formação em saúde, que é nítida a necessidade de ampliação dos modelos formativos atuais, focados na doença, excessivamente voltados aos componentes técnico-operativos, e ainda marcados pela ênfase no contexto hospitalar. À vista disso, torna-se urgente a complementação ou substituição de tal modelo por outro: pautado na integralidade das ações em saúde, contemplando em suas discussões a promoção, prevenção e educação para saúde, de maneira integrada e construída a partir da participação social dos demais atores envolvidos por esse processo (governo, profissionais, IES, docentes, estudantes, usuários, dentre outros), com vistas para formações profissionais mais condizentes com as necessidades sociais tanto individuais, quanto coletivas (Falkenberg, Mendes, Moraes & Souza, 2014).

Para Meneses, Silva, Castellanos e Ribeiro (2017), a Saúde Coletiva vem conquistando nas últimas décadas dois importantes espaços na formação de profissionais em saúde: o primeiro por meio da inserção de conteúdos específicos do campo nas diferentes graduações

em saúde, sendo as diretrizes curriculares marcos normativos de tal processo; e o segundo por meio do constante crescimento de pós-graduações em Saúde Coletiva. No entanto, apesar da conquista desses espaços, os autores apontam alguns pontos nodais que ainda precisam ser superados, destacando a carência de formação interdisciplinar e crítica, em contraponto ao modelo biomédico, que age ativamente para manutenção da Saúde Coletiva como campo marginalizado em linhas gerais durante o processo formativo. E, a operacionalização das formações que mesmo em certa medida possuem norteadores com similaridades ao campo de Saúde Coletiva, ainda se mantém concentradas em períodos e regiões específicas do país (Meneses, Silva, Castellanos & Ribeiro, 2017).

Almeida Filho (2013) aponta que para superar tais impasses é preciso promover um constante processo de reflexão em relação aos componentes cruciais do processo formativo em cena, tais como: Qual base epistemológica é discutida durante a formação em saúde? Que noções sobre Social? A Universidade Brasileira está em consonância com as demandas sociais da saúde no país? Dentre as propostas atuais que promoveram avanços em tais debates encontra-se a criação de graduações em Saúde Coletiva que apostam na formação de profissionais pautados em referenciais epistemológicos contra hegemônicos, construídas a partir de noções do processo saúde-doença-cuidado que contemplam no centro de suas discussões componentes afetivos, subjetivos e políticos (Teixeira, 2003).

Desse modo, em Saúde Coletiva, a integralidade das ações deve ser o norteador da construção curricular, a fim de compreender as necessidades específicas do campo e o desenvolvimento de profissionais condizentes com os princípios do SUS. Assim, o processo formativo deve promover situações que levem aos alunos problematizações acerca da realidade atual, necessidades sociais de cada território de cuidado e dos diferentes níveis de atenção em saúde, a fim de propor articulações entre ensino-serviço-comunidade e construir valores vinculados à democracia, à autonomia e à emancipação (Bosi & Paim, 2010).

2.1.3 Principais embates e desafios para o campo de Saúde Coletiva

Sobre os desafios para o campo da Saúde Coletiva, Cohn (1992) identifica cinco principais tensões. A primeira se refere à relação entre os marcos de análise macroestruturais e a análise institucional das políticas. Tal relação acaba por reverberar o que diz respeito às análises das políticas de saúde, focando somente na inserção da perspectiva macroestrutural histórica reverberando na excessiva ênfase dada a natureza macro, e no uso de um conceito de Estado de classes, que em linhas gerais carece de definições concretas. A segunda tensão diz respeito à constatação que a análise dos processos históricos das políticas de saúde ao somada a aspectos institucionais e organizacionais contemplam outros paradigmas e não somente o marxista. A terceira tensão é sobre o movimento de Reforma Sanitária no cenário brasileiro ter sido o horizonte inicial da Saúde Coletiva; isto é gerador de certos limites para produção de conhecimentos a partir de outros marcos e perspectivas pautados na teoria da Determinação Social da Saúde, como por exemplo, as abordagens psicossociais e pós-estruturalistas. Em relação à quarta tensão, esta comporta forte tendência a realização nas análises dos acontecimentos de nível micro a partir de sentidos determinados pelos macro processos enquanto marco explicativo central. A quinta tensão trata-se da relação ou articulação, no nível analítico, entre as categorias trabalho e cidadania. Sendo que, ao propor articular tais categorias, a Saúde Coletiva contribui para a promoção de transversalidades entre os diversos processos imersos nesta relação (estado, capital, modos de produção, âmbitos administrativo e organizacional, dentre outros) (Cohn, 1992).

Por outro lado, Marsiglia (2013) aponta três eixos de discussões que atualmente desafiam o campo de Saúde Coletiva. O primeiro eixo a qual denomina de políticas de saúde e organização dos serviços se refere à promoção de cuidado e desenvolvimento de serviços de saúde em áreas mais distantes dos grandes centros econômicos, a fim de contemplar um grande aporte populacional que vive em situação de extrema pobreza. Para tanto é necessário o

desenvolvimento de estratégias em saúde que visem diminuir as desigualdades de acesso, aumentar a eficácia e efetividade da promoção de cuidado e inserir concretamente no cotidiano dos mais variados dispositivos e níveis de atenção práticas que contemplem as necessidades sociais das camadas da população que possuem menor poder aquisitivo. Contudo, além de integrar realidades e nichos populacionais específicos emerge também o desafio à Saúde Coletiva de indicar quais problemáticas se apresentam em comum com o restante da população. No que tange ao segundo eixo de discussão, este se refere à relação entre as atuais condições de vida marcadas pelos novos padrões de acesso e consumo de alimentos, além de modificações no perfil etário e de morbimortalidade na população com as crescentes mudanças nos processos produtivos das organizações de trabalho. Com base em tais aspectos, necessita-se de transformações nas práticas, organização e objetivos dos dispositivos de saúde, a fim de contemplar tais necessidades, por meio de atendimentos contínuos e que integrem os mais diversos níveis de atenção. Em relação ao terceiro eixo, contempla o campo de discussões acerca da formação em recursos humanos em saúde, marcado pela emergência nas últimas décadas de significativas alterações nos processos de trabalho na saúde, tais como a terceirização dos profissionais, e os processos de privatização e precarização das instituições públicas de saúde. Desta maneira, são notórios os desafios de se pensar modelos formativos em saúde que promovam discussões e sejam estratégias de enfrentamento ao atual cenário de desmonte do SUS.

Almeida Filho (2013) reitera que dentre os principais embates atuais para o campo de Saúde Coletiva se encontra a formação para os trabalhadores de saúde no cenário brasileiro. O autor ainda propõe que as instituições de ensino devem compor um dos eixos prioritários na agenda acerca das demandas para avanços substanciais do SUS no país, por meio de propostas de construção de novos modelos formativos em saúde que propiciem a formação de profissionais engajados com as necessidades sociais. Por conseguinte, devem contemplar em

seus parâmetros curriculares tanto habilidades e competências técnicas, como por exemplo, trabalhar em equipes multiprofissionais, quanto componentes ético-políticos, a partir do comprometimento com a humanização e participação social no planejamento, operacionalização e avaliação de suas práticas.

Para Cohn (2012) existe uma grande tensão na Saúde Coletiva em relação ao estudo das políticas de saúde. Isso é gerador de disputas entre a dimensão técnica-operativa deste campo e o âmbito político, principalmente no que se refere às tomadas de decisões e prioridades a serem alcançadas. A autora aponta ainda que tal disputa possa ser visualizada em dois processos: 1) priorização substancial de componentes técnicos do cuidado enfatizando os objetos e instrumentais específicos do campo da saúde, fazendo com que os profissionais tendem a tornar-se somente técnicos para aplicação de tais aparatos tecnológicos; e 2) uma perda gradativa de visões críticas em relação ao campo de produção do conhecimento na interface entre as Ciências Sociais e o campo de Saúde Coletiva. Por conseguinte, são cada vez mais enfatizados consultorias e estudos específicos de ambos os campos de forma isolada, contemplando temáticas caras a cada um e os processos que nelas estão presentes.

No entanto, de acordo Luz (2009), é necessário a preservação da complexidade e variabilidade paradigmática que constitui a Saúde Coletiva. Para a autora, tal complexidade demonstra os avanços em termos epistemológicos alcançados no campo, utilizando-se para isto instrumentos e práticas tecnológicas construídas na interface com as variadas áreas de conhecimento, englobando tanto as ciências consideradas sociais, quanto as da saúde, desde que estas estejam em consonância com a realidade social. Paim (2006a) propõe então a realização de processos formativos voltados para o campo da Saúde que promovam a construção de perfis profissionais, contemplando conhecimentos e habilidades provenientes da Epidemiologia, Planejamento e Gestão e Ciências Sociais.

Marsiglia (2013) elenca dentre as temáticas emergentes da Saúde Coletiva no século XXI: a) a questão da violência principalmente nos grandes centros populacionais, mas que a cada dia se dissemina em todas as regiões, sendo a segunda maior causa de procura para atendimentos nos variados serviços e níveis de atenção em saúde, além do aumento da população de rua, principalmente nas capitais; b) o processo de intensificação dos movimentos migratórios e de refugiados para outros países, principalmente em direção aos maiores centros comerciais, o que reverbera em uma nova força de trabalho marcada pela precarização das condições laborais, doenças profissionais, e profundas violações nos direitos trabalhistas e previdenciários; c) políticas brasileiras de atenção à saúde indígena; d) gênero e sexualidade; e e) educação popular. Além disso, Dimenstein, Leite, Macedo e Dantas (2013) chamam também atenção para aspectos da saúde relacionados aos contextos rurais e povos tradicionais.

Nesse sentido, Cohn (2012) afirma que “exemplos de desafios não nos faltam. Um deles: o que são hoje os movimentos sociais? Certamente não são os que eram na década de 70, estudados por Ruth Cardoso. O que são hoje os novos sujeitos sociais coletivos?” (p.19). No caso brasileiro, é nítido o processo de sucateamento do campo da Saúde, sendo isso resultado de uma trajetória construída a partir dos escassos investimentos, principalmente na atenção primária, cenário agravado de forma significativa nos últimos anos por reformas no campo dos direitos que atingiram duramente a proteção social, isto somado ao desmonte do SUS configura, para autora, de uma nova “questão social”¹². Tal conjuntura filia-se a antigas problemáticas, que ainda se mantêm presentes na realidade brasileira (dificuldades de acesso aos serviços, falta de materiais e instrumentos para realizar procedimentos, atraso de salários, déficit de pessoal,

¹²Para Pastorini (2010) não se trata de uma “nova questão social”, uma vez que, as características essenciais da “questão social” que possui suas origens no século XIX ainda estão vigentes. Assim, a “questão social” capitalista permanece sendo um conjunto de problemas que se referem à forma como os homens se organizam para produzir e reproduzir num determinado contexto histórico, sendo suas expressões presentes na esfera de reprodução social. Ou seja, trata-se de novas expressões da mesma “questão social”, compreendendo que os traços iniciais de sua origem ainda permanecem porque não foram superados.

etc), e emergem como desafios e embates para o campo de Saúde Coletiva (Gomez & Thedim-Costa, 1999).

Em vista disso, Feuerwerker (2005) destaca que ao mesmo tempo em que ocorreram avanços na implantação do SUS, o sistema de saúde privado também foi beneficiado ao ser designado constitucionalmente como complementar. Para autora o subsistema privado promove valores tanto aos profissionais, quanto aos usuários marcados pela concepção de direito no âmbito da saúde, como algo circunscrito ao consumo de serviços e medicamentos. Tal cenário promove dicotomias, tanto epistemológicas tais como a relação sujeito/objeto, quanto entre teoria/prática. Partindo disso, a atuação e organização realizadas nos serviços de saúde operariam sob a lógica de concepções biológicas do processo saúde-doença. Dessa forma, a formação para a saúde seria um elemento *sine qua non* de manutenção e reprodução de tais práticas, por meio de poucas discussões voltadas ao SUS, focando-se na aquisição de técnicas e procedimentos específicos em detrimento de compromissos sociais e políticos (Feuerwerker, 2005). Por isso a importância de colocar tais elementos em debate. É sobre este ponto que trataremos na última seção deste capítulo

2.2 O SUS e a Formação em Saúde: Desafios Atuais

A partir da implantação do SUS em 1990 deu-se início a construção de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com base em princípios e diretrizes comuns a todo território brasileiro, possuindo como instância regulamentadora a Lei Orgânica da Saúde aprovada em 1990 (Leis nº 8.080/90 e nº8.142/90) (Brasil, 1990). Com a sua regulamentação, as discussões acerca da formação para o campo da saúde foram intensificadas, uma vez que, desde que tal sistema foi desenvolvido, o mesmo provocou inúmeras modificações nos serviços

e práticas de atenção em saúde, propondo importantes alterações no processo formativo e no desenvolvimento de profissionais para atuarem neste âmbito (Cavalheiro & Guimarães, 2011).

Desde o ano de 1986, quando foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, o âmbito da formação de profissionais para o SUS estava dentre as pautas discutidas, verificando-se a necessidade de construção de programas voltados para este aspecto (Silva & Santana, 2015). Objetivando sistematizar e implantar uma política específica para a questão dos recursos humanos voltados ao SUS, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão e Educação na Saúde (DEGES), este contido na Secretária de Gestão e Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que propunham a construção de uma política de âmbito nacional para a formação e desenvolvimento de profissionais da Saúde. Para isto foram desenvolvidos programas como: polos de educação permanente¹³, AprenderSUS¹⁴, VerSUS¹⁵, e as Residências Multiprofissionais¹⁶. Contudo, apesar dos inúmeros avanços que tais programas representam para a questão formativa vinculada ao SUS, sua implantação e operacionalização apresentam diversos desafios, tais como: 1) ênfase durante as formações de conteúdos prioritariamente tecnicistas; 2) fatores sociais, éticos e políticos são pouco discutidos, priorizando-se aspectos formais do SUS e dos serviços; 3) fragmentação da atuação em níveis específicos, distanciando-se de propostas integrativas e intersetoriais (Cavalheiro & Guimarães, 2011).

Para Almeida Filho (2013), a crise no SUS é multifacetada, composta por fatores vinculados ao subfinanciamento, ênfase em uma gestão burocrática, que pouco possui capacidade para adotar concepções que visem práticas pautadas na integralidade e equidade em

¹³Promovem integração interinstitucional entre educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis, também, pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde.

¹⁴Proposta que teve como centro a ideia de integralidade entendida como a transformação das práticas profissionais e “da própria organização do trabalho.

¹⁵Um projeto estratégico do ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida que acontece desde 2002, com foco na formação de trabalhadores para o SUS.

¹⁶Trata-se de um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

suas ações, além disso, ainda há distorções nos modelos de formação em saúde. Dentre tais distorções elencadas cita-se a construção de currículos fechados, com pouco embasamento interdisciplinar, promovendo ênfase nas especialidades de cada área isoladamente, o que reverbera na manutenção do processo de alienação dos segmentos profissionais neste âmbito, dificultando a realização de trabalhos em equipes multiprofissionais nos serviços.

Desta forma, o processo formativo para o campo da saúde acaba, já durante a graduação, se constituindo como uma espécie de “especialização prematura”, marcada pela realização de poucos estudos gerais, que promovam uma ampla visão do processo saúde-doença, como também do cuidado pautado no referencial crítico das necessidades sociais da saúde (Almeida Filho, 2013). Tais afirmações podem ser demonstradas por estudos que têm destacado a ênfase dada durante a formação em saúde para conteúdos teóricos e práticos que focam em aspectos segmentados do indivíduo, voltados para características biofisiológicas, desconsiderando a necessidade de compreensão, por parte do graduando, do processo de saúde-doença, integrado as características sociais, históricas e políticas do usuário (Damiance, Topete, Daibem, Ferreira & Bastos, 2016).

Oliveira, Balard e Cutol (2013), consideram como principais desafios para a formação dos trabalhadores em saúde: 1) processo de vigilância em saúde pautado nas necessidades sociais do usuário; 2) manutenção e operacionalização do conceito de atenção integral à saúde durante e após a formação graduada; 3) realização de trabalhos de educação em saúde junto à população; 4) e promover o ensino de formar interdisciplinar, buscando a integração de saberes entre as diferentes disciplinas que compõem o campo da Saúde. Os autores propõem que o processo formativo em saúde deve buscar a integralidade como principal alternativa para a obtenção de concepções e práticas humanizadas, pautadas na cidadania e na construção de espaços de valorização dos aspectos sociais e afetivos, facilitando desta forma o próprio processo de ensino-aprendizagem dos alunos.

Batista e Gonçalves (2011) ressaltam que as propostas curriculares não devem ser construídas a partir de perspectivas verticalizadas, ou seja, definidas *a priori* somente por instâncias administrativas sem levar em consideração as realidades locais. É urgente articular os cenários em que os cursos estão circunscritos com os serviços e as dinâmicas da população em geral, se quisermos avançar com formações mais bem qualificadas para atuar a partir do SUS.

Por outro lado, Passos e Carvalho (2015) ratificam que o processo formativo para a saúde ainda segue pautado com base na obtenção de habilidades e competências que objetivam a localização de atitudes e comportamentos relacionados a entidades etiológicas, por meio de perspectivas de ensino a partir de ações pedagógicas prescritivas, que promovem estratégias de capacitação e treinamento circunscritas a transferências unilaterais de conhecimento. Ainda alerta que, as capacitações continuadas servem muitas vezes para corrigir profissionais considerados “descapitados” ou desatualizados, passando a adquirir determinadas características selecionadas *a priori*.

Por essa lógica, os estudantes são “treinados” para que possam realizar operacionalmente o modo correto e normatizado de fazer sua atuação, nos diferentes níveis de atenção em saúde. E para aqueles que, mesmo após o processo formativo, não se enquadrarem nos parâmetros normativos contidos no campo, a alternativa se dá pela realização das denominadas “reciclagens”. Desta forma, a formação para o SUS adquire, em diversos momentos, caráter corretivo. Formar em tal sentido seria sinônimo de adequar (Passos & Carvalho, 2015).

Dentre tais níveis de atenção em saúde, pode-se destacar o nível primário, por meio de ações de Prevenção e Promoção a Saúde, sendo uma condição primordial diferenciar estas estratégias de cuidado. O termo “prevenir” possui o significado de preparar; evitar; chegar antes de. Deste modo, a Prevenção em saúde exige a realização de ações pautadas em conhecimentos

do modelo de História Natural das Doenças, a fim de dificultar e impedir os surgimentos de doenças específicas, reduzindo sua incidência na população. Sendo que, a base de tal discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, visando o controle da transmissão de doenças infectocontagiosas e a redução de doenças degenerativas, por meio de atividades de divulgação de informações científicas e recomendações médicas para a modificação de hábitos/comportamentos considerados insalubres da população (Czeresnia & Freitas, 2003).

Já o termo “promover” possui o significado de dar impulso a; fomentar; gerar. Desta forma, a Promoção da Saúde define-se de maneira mais ampla que a Prevenção, pois refere-se a ações que não se restringem a uma doença específica, mas compreendem uma gama de intervenções voltadas para melhorias de forma integrada da saúde dos indivíduos e seu bem-estar. Tais estratégias enfatizam e envolvem a transformação das condições de vida e de trabalho, contemplando tanto componentes estruturais/materiais, quanto subjetivos e sociais, relacionados a saúde da população. Neste sentido, compreende a Saúde como um processo complexo, sendo condicionado por diversos fatores ambientais, sociais, políticos, afetivos, dentre outros. Bem como, envolve o fortalecimento da capacidade individual, subjetiva e coletiva para lidar com a multivariabilidade das condições da saúde. Sendo assim, promoção vai além de uma simples aplicação de instrumentais e técnicas normativas, utilizando-se de instrumentos técnicos, individuais, subjetivos e coletivos (Czeresnia & Freitas, 2003).

Partindo disso, em 2006, o Ministério da Saúde lançou por meio da portaria 637, de 30 de Março a política Nacional da Promoção da Saúde visando a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde por meio do entendimento de seus condicionantes e determinantes (modos de vida, habitação, trabalho, educação, cultura, dentre outros). Contudo, dada a amplitude de tal objetivo, é nítido que, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a atuação de profissionais ainda necessita de suporte teórico e prático acerca dessa estratégia de cuidado em saúde nos diferentes espaços de intervenção. Para tanto,

é necessário que tais discussões sejam inseridas desde o âmbito formativo durante a graduação, por meio da implementação efetiva de norteadores teóricos, práticos e ético-políticos permeados por ações de promoção em saúde, utilizando estratégias de ensino e aprendizagem que privilegiem a criatividade e a inovação das práticas assistências adotadas, bem como, discussões acerca do SUS, seus diversos dispositivos e níveis de atenção (Brasil, 2006).

Neste sentido, ao discorrerem sobre o âmbito das políticas educacionais, Carvalho e Ceccim (2009) problematizam as graduações na área da Saúde afirmando que elas não são direcionadas à formação teórico-conceitual e metodológica que promova à construção de competências voltadas a integralidade de suas ações no SUS. Muito pelo contrário, os processos formativos na área da Saúde ainda acumulam uma tradição conteudista, pautados no excesso de carga horária e compostos por disciplinas técnicas, desvinculadas de propostas que contemplem articulações com a pesquisa e a extensão, predominando o formato enciclopédico, orientado para a doença, buscando-se adquirir meios interventivos de reabilitação/cura do usuário. Este cenário é corroborado por Almeida Filho (2013), ao constatar que os modelos de educação superior desenvolvidos no cenário brasileiro permanecem presos a lógica hospitalocêntrica e privatizante, que se demonstram incapazes para dar resolutividade às necessidades sociais presentes no território, treinando técnicos competentes e especialistas em áreas segmentares, mas de pouca implicação sociopolítica com as políticas públicas de saúde.

Mesmo sob o cenário de adequação dos cursos de graduação às Diretrizes Curriculares Nacionais para área de Saúde ainda assim as formações têm se apresentado preponderantemente fragmentadas, baseadas na dicotomia teórico e aplicado, prevalecendo à transmissão de conteúdos vinculados as ciências naturais, em detrimento dos princípios e fundamentos epistemológicos, teórico-metodológicos e ético-políticas da Saúde Coletiva aqui aludidos (Almeida Filho, 2013).

Por esta perspectiva, Carvalho e Ceccim (2009) relacionam metaforicamente a formação em saúde a uma “colcha de retalhos”, costurada a partir de uma concepção de corpo sem alma, desarticulada ao restante dos corpos presentes no território, de natureza considerada pura, comportamento mensurável e explicável por meio das ciências naturais. Para legitimar tal comparação, os autores enfatizam que a exposição e transmissão do conhecimento nas IES, têm ficado centradas na figura do professor, no livro texto e em estágios supervisionados, pautadas em avaliações consistidas pela memorização mecânica dos conteúdos, operacionalizadas em provas de teor cognitivo e não em vivências de si e de apropriações sob características históricas, políticas e sociais. Desta forma persiste a ausência de práticas interdisciplinares e interprofissionais, que reverberam em déficits de comunicação entre os profissionais e a própria gestão nos serviços.

Para Oliveira, Balard e Cutol (2013) as concepções e práticas de saúde e doença desenvolvidas durante o processo formativo em saúde podem ser compreendidas por um modelo de ensino dividido em dois eixos de vertentes epistemológicas contrastantes: o modelo hegemônico ou tradicionalmente denominado Flexneriano ou biomédico; e o que está em construção nomeado de Integralidade.

O primeiro modelo considerado biomédico possui como marcadores a ênfase dada aos aspectos biofisiológicos, voltados para o agente etiológico, a história natural da doença e dissociado do sujeito e seu âmbito social e histórico, propondo ações em grande parte circunscritas ao nível secundário de atenção, promovendo uma visão limitada do processo saúde-doença. Este modelo de ensino distancia a prática em saúde das necessidades da população e da realidade dos territórios em quem vivem, sendo que acabam realizadas sob a marca do hospital e do laboratório como locais de aprendizagem. Já o modelo de Integralidade propõe uma visão global do processo saúde-doença, não excluindo os agentes biológicos, mas somam-se a eles fatores psicológicos, ambientais e socioculturais em constante

intercomunicação. Portanto, sua atuação é desenvolvida sob uma perspectiva ampliada, que dar ênfase a humanização das ações em saúde, a partir da intersectorialidade e da participação da população por meio do controle social (Oliveira, Balard & Cutol, 2013).

Ao que tange o perfil dominante do egresso do ensino superior em Saúde no Brasil, Almeida Filho (2013), aponta que estes possuem pouco conhecimento e nenhum compromisso ético-político com o SUS, apresentando envolvimento ainda incipiente na gestão da saúde, com déficits claros na compreensão do trabalho em equipe multiprofissional e fraca formação para atendimentos pautados em concepções humanísticas nos aspectos psicológicos, sociológicos e filosóficos. O mesmo autor enfatiza que tais fatores se reverberam na pequena apropriação da realidade institucional dos serviços e das condições de vida das comunidades, o profissional desta maneira assume e atua para manutenção da conjuntura política e social que os serviços estão imersos, marcada pela ênfase na privatização das ações e no “comércio da saúde”.

Lima (2008) relaciona o processo formativo em saúde instituído atualmente ao modelo neoliberalista, por meio da noção de habilidades e competências. Para o autor tais concepções tendem a desqualificar os aspectos subjetivos da atuação, construindo o modelo de formação com base nas imposições do mercado, em detrimento das necessidades sociais do território e do próprio educando. O aumento no número de IES privadas que contemplam cursos do campo da Saúde voltados para o lucro e com baixa qualidade de ensino, preponderantemente pautado em concepções tecnicistas e biofisiológicas, tem sido uma marca desse cenário.

Outro fator que contribui diretamente para a construção e manutenção da formação em saúde que desconsidera os princípios e valores do SUS, de acordo com Damiance *et al.* (2016), refere-se à desatualização de muitos professores e preceptores de práticas que adotam em suas disciplinas e práticas de estágio e treinamento profissional conteúdos e norteadores técnicos sustentados por paradigmas biologicistas, circunscrevendo o ensino na figura do médico e em tentativas de modificações de suas práticas, desconsiderando a integração com os demais

campos e aspectos sociais. Os autores propõem que as competências didáticas, teóricas e práticas dos docentes precisam ser ampliadas, aproximando-se de referenciais pautados nos princípios do SUS, visando práticas integrativas e democráticas, que propiciem a participação de todos os atores envolvidos.

Silva e Santana (2015) voltam seus olhares para os estágios presentes no processo formativo em saúde, ressaltando que a separação entre os de atenção primária a saúde e aqueles realizados na alta complexidade refletem a fragmentação tanto prática como teórica desenvolvida na graduação, distanciando-se da realidade social e de uma organização mais coerente das práticas de saúde, além de privilegiarem o currículo biomédico, por meio de ênfases em aspectos biofisiológicos. Segundo os autores tal cenário reverbera-se em práticas de saúde circunscritas a esfera “curativa” em detrimento de um equilíbrio entre tais conteúdos e ações de promoção e prevenção. Com isso, dificilmente os estudantes irão apropriar-se em sua práxis do entendimento ampliado sobre o processo saúde-doença.

Para Feuerwerker (2005), o contexto político brasileiro atual, de perdas de direitos, principalmente no que tange as políticas sociais, reverbera no processo de sucateamento do SUS, com déficits nítidos na quantidade de profissionais, como também recursos e estrutura. Diante da atual conjuntura de golpe em meio ao contexto de ruptura democrática do governo ilegítimo do vice-presidente Michel Temer tais perdas e desmonte intensificaram. Sob esta perspectiva, destacam-se como principais desafios para o SUS: 1) a necessidade de recuperar a ampla participação de todas as esferas (sociais, profissionais e políticas) na construção das políticas de saúde; 2) a abertura de novos espaços para experimentação de práticas que integrem os três níveis de atenção e contemplem as necessidades sociais e comunitárias; e 3) a ampliação da produção de conhecimento pautado em estratégias de gestão democrática.

Visando modificações neste cenário, foram desenvolvidos nos últimos anos programas e estratégias que visam uma maior integração entre ensino-serviço a fim de aproximar tanto

profissionais, quanto docentes do campo da Saúde da realidade e necessidades do SUS. Dentre estes podemos destacar a criação em 2004 do Fórum Nacional de Educação das Profissões da área da Saúde (FNEPAS). Tal ator surge como uma tentativa de articulação entre as diferentes entidades que contemplam o campo da formação e capacitação dos profissionais da área da Saúde no cenário brasileiro. Por conseguinte, o grande diferencial deste órgão se dar pela tentativa pioneira de unir diferentes profissões em torno de discussões acerca da construção de modificações na formação em saúde, destacando-se propostas de ações multiprofissionais (Gonzalez & Almeida, 2010).

Partindo disso, Gonzalez e Almeida (2010) também destacam a criação em 2005 do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), que surge como mais uma das alternativas propostas pela ação interministerial entre os Ministérios da Saúde e Educação. O PRÓ-SAÚDE objetiva realizar uma significativa aproximação entre os perfis de profissionais de saúde desenvolvidos nas instituições de ensino superior com as necessidades da atenção básica em saúde no Brasil, esta operacionalizada principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desta forma, o PRÓ-SAÚDE contempla uma das maiores entidades de gestão e administração de serviços de saúde no país, contribuindo para a humanização do atendimento hospitalar, em especial do SUS.

Em 2008, visando complementar as ações do PRÓ-SAÚDE o Ministério da Saúde desenvolve, por meio da SGTES, em parceria com o Ministério da Educação, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET- Saúde). Tal programa se caracteriza como uma estratégia para ampliação da formação de cursos em saúde, por meio da formação de grupos compostos por graduandos de cursos diversos desse campo, sendo estes alocados em áreas consideradas prioritárias para o SUS. Para tanto, promove incentivos que objetivam uma maior integração entre ensino, serviço e comunidade, além de propiciar um maior contato já durante

o processo formativo dos graduandos com às necessidades do SUS (Mira, Barreto & Vasconcelos, 2016).

Contudo, apesar dos significativos avanços alcançados pela criação e operacionalização do PET- Saúde, Mira, Barreto e Vasconcelos (2016) identificam algumas limitações para melhores resultados em sua implementação devida: 1) uma pequena adesão de profissionais que não participaram diretamente do programa, mas que estão presentes no cotidiano dos serviços, participando pouco efetivamente das práticas desenvolvidas; 2) dificuldades de integração do grupo de estudantes com as equipes de saúde; 3) pouco engajamento e comprometimento dos preceptores com as ações desenvolvidas pelo PET- Saúde; e 4) predominância de ensinamentos dos procedimentos técnicos, reverberando em uma formação fragmentada dentro do próprio programa.

Para Gonzalez e Almeida (2010) entre as diversas estratégias para promover modificações na graduação de profissionais da saúde destaca-se o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança nas Profissões da Área da Saúde. Este curso visou a sistematização e operacionalização para implantação do AprenderSUS, se diferenciando dos demais programas até então lançados por ter sua construção realizada de maneira coletiva, possuindo como objetivo à ampliação na quantidade de profissionais qualificados para atuação nos diferentes dispositivos que contemplam o SUS.

Além disso, nos últimos anos se inicia o processo de inserção na Educação Permanente em Saúde de cursos desenvolvidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), criada pelo Ministério da Saúde em 2010, visando promover capacitação e aperfeiçoamentos profissionais para os trabalhadores da saúde, por meio da construção de parcerias com diversas universidades do país. Os resultados do programa demonstram ser positivos, apontando para significativos avanços em relação ao cuidado, trabalho em equipe e

gestão dos serviços de saúde, destacando-se dentre os cursos ofertados a especialização em saúde da família (Marin *et al.*, 2017).

Furlanetto *et al.* (2014) apontam que nesse sentido de modificações na formação para o campo da Saúde ocorreram importantes alterações nos componentes curriculares no curso de Medicina em Junho de 2014. Tais mudanças visam uma maior inclusão do SUS nas práticas obrigatórias realizadas ao decorrer da graduação, além de enfatizar o nível de atenção básica e o serviço de urgência e emergência por meio de um maior número de estágios obrigatórios em ambos os níveis de cuidado. Ademais, os estudantes passam a cada dois anos por avaliações durante seu processo formativo, sendo que tais resultados serão acrescidos nos exames dos programas para residência médica. Os autores ainda apontam que as novas DCNs em Medicina possuem dentre seus eixos prioritários habilidades e competências que incluem atenção em saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Por consequente, ressaltam que tais adequações deveram contemplar a totalidade dos cursos até o ano de 2018, e visam à construção de novos perfis profissionais que estejam em consonância com uma formação humanística, generalista e crítica frente às necessidades sociais da realidade brasileira.

Contudo, para Furlanetto *et al.* (2014) é necessário cuidado ao focar somente em modificações por meio da inclusão de novos parâmetros curriculares e disciplinas na formação, especialmente se forem vistas como detentoras de determinados conhecimentos visualizados durante o processo formativo de maneira isolada e fragmentada com os demais. Para tanto, segundo os autores, são necessários no processo de construção de modelos formativos críticos e integrados a realidade locais que tais mudanças ultrapassem as esferas normativas e burocráticas e compreendam tanto professores, quanto estudantes como atores ativos desta construção.

Além de modificações no contexto específico da formação em Medicina, Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam que no decorrer da última década outros cursos que englobam o

campo da Saúde também passaram por modificações a fim de promoverem mudanças na construção de seus processos formativos, destacando-se a formação de farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros, educadores físicos e psicólogos. Tais cursos realizaram acréscimos em seus parâmetros curriculares visando atender às necessidades sociais em saúde, com ênfase no SUS, além da tentativa de contemplar durante suas formações uma maior integralidade de suas ações e um aumento significativo na qualidade e humanização do cuidado (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

No que se refere especificamente a Psicologia, 2018 é considerado o ano da formação, sendo coordenado um processo nacional de revisão de suas Diretrizes Curriculares Nacionais pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) e a Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI). Tal processo visou mobilizar docentes, graduandos e profissionais para a construção de propostas de novas diretrizes (CFP, 2018).

Primeiramente foram realizadas Reuniões Preparatórias com o objetivo de discutir a formação da psicóloga e do psicólogo brasileiro, a fim de elaborar propostas para a revisão das DCN. Em seguida realizou-se Encontros Regionais para a discussão das propostas elaboradas durante as Reuniões Preparatórias. Sendo que, após aprovadas tais propostas e eleitas as delegadas e eleitos os delegados nos Encontros Regionais, foi realizado um Encontro Nacional, no qual foram discutidas 121 propostas e aprovadas 33 pelas 85 delegadas e delegados presentes. Após a realização do Encontro Nacional, um grupo de especialistas membros da ABEP elaborou a minuta das novas DCN, sendo a mesma então aberta à consulta pública. Encerrada a consulta pública, o grupo de especialistas passou à etapa de construção final do documento, que foi formalmente submetido ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e depois, referendado por ele, ao Conselho Nacional de Educação (CNE), para que se siga os trâmites e procedimentos de sua posterior aprovação (CFP, 2018).

Dentre as propostas que compõem a minuta enviada ao CNS destaca-se a proposição de que o curso articule os componentes curriculares em torno dos seguintes eixos estruturantes: 1) fundamentos epistemológicos e históricos, que possibilitem ao graduando o conhecimento acerca das bases epistemológicas que contemplam a construção do saber psicológico, desenvolvendo a capacidade de avaliar de maneira crítica a apropriação do conhecimento oriundo da Psicologia e suas linhas de pensamento; 2) fundamentos teórico-metodológicos que garantam a obtenção crítica do conhecimento disponível, promovendo uma visão ampla em relação aos diferentes métodos e estratégias para a produção do conhecimento científico em Psicologia; 3) Fenômenos e processos psicológicos que constituem classicamente o objeto de investigação e atuação da Psicologia, a fim de propiciar o conhecimento de suas características conceituais, e dos modelos explicativos que compõem o campo, além de seu desenvolvimento atual; 4) procedimentos para a investigação científica e de atuação profissional, de forma a garantir tanto o domínios dos instrumentos, estratégias, e técnicas profissionais, quanto a realização de sua seleção e adequação aos contextos específicos de intervenção profissional; 5) interfaces com campos afins do conhecimento, a fim de promover a articulação do campo psicológico com outros campos de saberes; 6) políticas públicas, contemplando seus fundamentos e práticas, objetivando reconhecer sua diversidade e garantindo nos currículos, conhecimentos oriundos das áreas de Assistência Social, Educação, Saúde, Trabalho, Segurança Pública, entre outras; e 7) práticas profissionais direcionadas a partir de um núcleo comum¹⁷ para uma atuação profissional em diferentes contextos e instituições (CFP, 2018).

O documento proposto ainda sugere que os cursos de graduação em Psicologia terão caráter generalista¹⁸, sendo compostos, como ressaltado nos eixos estruturantes, por um núcleo

¹⁷ Definido por um conjunto de competências, habilidades, conhecimentos e atitudes que refletem a formação básica e obrigatória para toda psicóloga e psicólogo brasileiro (CFP, 2018).

¹⁸ Caracteriza-se pela presença de um núcleo comum, que estabelece uma base comum para a formação em Psicologia no país e uma capacitação básica para lidar com seus conteúdos, como campo de conhecimento e de atuação, e deve contemplar os conhecimentos relacionados aos eixos estruturantes (CFP, 2018).

comum, e por ênfases curriculares¹⁹, selecionadas por cada curso, que propiciem a diversidade e a atenção para as características regionais. Além disso, propõe que o curso de graduação em Psicologia terá duração de 4.000 horas, integralização mínima de cinco anos, sendo oferecido em modalidade presencial, tendo em vista as particularidades da profissão, que requer uma fundamental vivência das relações interpessoais, ficando facultada aos cursos uma oferta de no máximo 20% na modalidade de ensino a distância. Bem como, a formação de professores de Psicologia ocorrerá a partir de um projeto pedagógico complementar e diferenciado, sendo este elaborado em conformidade com a legislação vigente que regulamenta a formação de professores no Brasil (CFP, 2018).

Apesar das grandes contribuições que tais propostas promovem ao processo formativo, convém indagar se, em termos de diretrizes constitucionais para atenção à saúde, a integralidade compreende um dos principais eixos dos parâmetros curriculares dos cursos, no sentido de inserir tal princípio mais organicamente no chamado currículo vivido, permitindo transformações que ultrapassem a simples inserção ou remoção de disciplinas nas “grades” curriculares. Para tanto, é necessário a construção de novas práticas pedagógicas e estratégias de ensino-aprendizagem que busquem diálogos mais profícuos entre ensino-serviço-comunidade, pois “não é na estrutura formal que encontramos a qualidade, mas nas suas operações, interações, desafios e oportunidades” (Ceccim & Feuerwerker, 2004, p. 1405).

Em vista disso, Roman *et al.* (2017) apontam que nos últimos anos foram desenvolvidas as denominadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tais instrumentos são pautados em desafios que devem ser realizados pelos alunos, promovendo a possibilidade de serem atores ativos no processo de construção do conhecimento. Desta maneira, o professor assume uma postura de facilitador e orientador desse processo, permitindo uma maior articulação entre instituições de ensino, serviços e comunidade, na medida em que valoriza tais atores e propicia

¹⁹ Um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia (CFP, 2018).

uma construção coletiva das práticas do sistema de saúde em processos formativos pautados na criticidade e dinamismo em seu caminhar acadêmico (Roman *et al.*,2017).

Dentre as novas metodologias ativas de ensino-aprendizagem que estão sendo desenvolvidas nos processos formativos em saúde destacam-se três: a) A primeira denominada de aprendizagem baseada em problemas (ABP) se refere a estratégias que são pautadas intencionalmente na resolução de problemas para a construção do processo de ensinar e aprender compreendendo a educação como uma prática social. b) A segunda nomeada de espiral construtivista se dá por meio de seis movimentos: os três primeiros são denominados de “síntese provisória” e focam-se na identificação dos problemas, formulação de explicações e elaboração de questões de aprendizagem; já os outros três constituem uma “nova síntese”, baseada pela busca de novas informações, construção de novos significados e avaliação das ações. c) Por fim, a terceira metodologia, se refere ao uso de simuladores virtuais em cursos da área da saúde, sendo utilizados como estratégias para o desenvolvimento de práticas e comportamentos dos futuros profissionais que sejam apropriadas para determinadas situações (Roman *et al.*,2017).

Outras propostas inovadoras em relação à formação para saúde se referem aos cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI), que são graduações de duração plena no campo da Saúde que contemplam em suas grades curriculares norteadores teórico-metodológicos que visam agregar uma formação geral humanística, científica e artística. Tal formação apresenta um olhar panorâmico deste campo, incluindo discussões acerca do conceito de Saúde imersas por perspectivas históricas, sociológicas, antropológicas, políticas e culturais, promovendo uma análise comparativa entre os diversos sistemas de saúde do mundo, além de problematizações entre a relação pública e privada, como também uma profunda análise sobre o mercado de trabalho e as diversas profissões que compõem o campo da Saúde (Teixeira, Coelho & Rocha, 2013).

Por outro lado, Campos (2007) propõe um método para análise e cogestão de coletivos ou método da roda, que visa um modo diferenciado para realizar gestão, no qual coloca como prioridade a participação de todos os sujeitos imersos e implicados no processo de trabalho em saúde. Desta maneira, altera o modelo tradicional de realizar gestão, deslocando o intervir “sobre” para intervir “com”, sendo assim, amplia-se o conceito de trabalho como circunscrito somente a esfera produtiva, mas compreende integralmente o próprio processo de formação e constituição dos sujeitos. Nesse sentido, entende o trabalho a partir de uma tríplice finalidade: produção de bens e serviços, organização e a interferência na produção social e subjetiva dos trabalhadores e dos próprios usuários (Campos, 2007).

Ceccim e Feuerwerker (2004), dentre outros, apresentam como alternativa o conceito de “quadrilátero da formação”, constituído pelas faces de ensino – gestão – atenção – controle social. Tal modelo propõe construir e organizar um processo formativo pautado em processos interativos e de ações sob a realidade, visando modificação e novos caminhos que identifiquem a paisagem móvel composta por indivíduos, instituições e coletividades. Os autores ressaltam que cada face libera e controla fluxos específicos, contemplam interlocutores diferenciados e ocupam espaços-tempo contidos em diferentes motivações, sinalizando aspectos éticos, organizacionais, estéticos e tecnológicos.

Por esta perspectiva, Ceccim, Bravin e Santos (2009) propõem ações interventivas sob a gama de fatores problemáticos para formação em saúde, destacando-se: 1) reconhecer a inadequação da formação profissional em saúde, nos três níveis de atenção, com os parâmetros do SUS e as necessidades sociais da população; 2) perceber a ineficácia dos métodos pedagógicos tradicionais adotados, propondo referenciais teórico-metodológicos que visem o acolhimento concreto dos usuários; e 3) ampliação da resolutividade no trabalho em equipes multiprofissionais.

Dialogando com esses autores, Almeida Filho (2013) ressalta a necessidade de criação de novos modelos formativos em saúde, que sejam condizentes com os princípios do SUS, adotando trabalhos interdisciplinares e ações engajadas na participação social, adotando parâmetros humanizados em suas ações. Silva e Santana (2015) somam tais propostas à reestruturação das matrizes curriculares, objetivando a compreensão dos aspectos subjetivos da saúde do ser humano, a partir da consideração da formação/educação como momentos integrados e presentes no cotidiano dos serviços e não como ações delimitadas somente ao âmbito acadêmico.

Guimarães e Silva (2010) pensam o processo de formação em saúde como um processo que perpassa necessariamente pela adoção de propostas educativas comprometidas por parâmetros ético-políticos voltados para a cidadania e solidariedade, norteados ao enfoque da Saúde Coletiva. Trata-se, segundo os autores, de buscar compreender o processo saúde-doença a partir das questões ambientais e sociais, afastando-se da formação tradicional dirigida para o mercado, que trata a saúde como um bem de consumo.

Dessa forma, Passos e Carvalho (2015) propõem o processo formativo em saúde como um “modo de caminhar”, apostando nas adoções de práticas sociais, que promovam vínculos de solidariedade e corresponsabilidade. Formar seria sinônimo de interferir e interceder na realidade do território, tanto do ponto de vista macro quanto micro, por meio de ações de intercessão. Os autores ressaltam ainda que a realização da formação em saúde a partir de intercessões propicia a adoção de estratégias pedagógicas que superem o modelo de transmissão tradicional do ensino, pois em suas concepções não existem modos corretos de fazer, mas processos comprometidos com premissas éticas e políticas, estes criados e recriados a partir da necessidade de cada território.

Perguntamo-nos, a partir de Damiance *et al.* (2016), como exigir a adoção do compromisso ético na atuação realizada pelos profissionais da saúde se a formação acontece

precariedade, acrítica e fragmentada? Tais respostas perpassam pela construção de práticas pedagógicas que possibilitem a compreensão em todo o período formativo pautadas na integralidade, contemplando conceitos e práticas que abordem temáticas de promoção, prevenção e planejamento em saúde, propiciando a construção de concepções direcionadas ao compromisso social, transformando a prática de saúde sob os sujeitos para ações com os sujeitos (Oliveira, Balard & Cutol, 2013; Passos & Carvalho, 2015).

Mourão e L'Abbate (2011) entendem que o currículo está perpassado por relações de poder, desta forma sua construção e implantação não são neutras, nem muito menos são frutos de um processo asséptico pautado somente na elaboração de instrumentais e técnicas interventivas. Ao contrário, representa, em variadas conjunturas, o resultado de um processo de disputas entre posicionamentos e interesses dos mais variados (políticos, sociais, culturais, pedagógicos, dentre outros) que mesmo sendo silenciados ou apresentando-se ocultos estão intrinsecamente presentes na operacionalização de tais diretrizes e objetos. Assim, tais processos de construção dos parâmetros curriculares necessitam de profícuas reflexões e análises a fim de dar visibilidade às diversas contradições e tensões que *a priori* lhe compõem (Mourão & L'Abbate, 2011).

Além disso, as questões que contemplam os aspectos éticos e humanos relativos à formação em saúde têm sido preteridas em sala de aula, à medida que não são adotados parâmetros metodológicos de ensino que instiguem o aluno a assumir tais compromissos (Carvalho & Ceccim, 2015). Daí a ênfase de muitos autores, a exemplo de Batista e Gonçalves (2011) referirem para necessidade de construção de modelos pedagógicos renovadores, na perspectiva “aprender fazendo”. Esse é um conceito-chave para inversão do modelo tradicional da produção de conhecimento, pautado na díade unicausal teoria/prática, assumindo agora posição preponderantemente dinâmica, por meio do processo de ação/reflexão/ação.

Procuramos delinear ao longo deste capítulo os fundamentos do campo da Saúde Coletiva e o processo formativo para o SUS, como forma de suscitar novos debates acerca desses dois campos, que são interconectados entre si. No capítulo seguinte, ao delinear as interfaces da Psicologia e a Saúde Coletiva, procuramos dar visibilidade tanto aos campos de tensões que se apresentam em tal relação, quanto às propostas de interlocuções entre os mesmos, na medida em que as problematizamos.

3 INTERSECÇÕES ENTRE PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA

Neste capítulo, buscamos compreender as interfaces entre Psicologia e Saúde Coletiva, na medida em que propomos reflexões acerca dos campos de tensões que contemplam tal relação. Partindo disso, visamos dar visibilidade aos inúmeros desafios para a entrada e manutenção da Psicologia na Saúde Coletiva, a partir de quatro eixos de discussão: 1) âmbito teórico-epistemológico; 2) fundamentos técnico-operativos; 3) norteadores ético-políticos; e 4) formação para Saúde.

3.1 Âmbito Teórico-Epistemológico

O SUS foi construído com o intuito de contemplar os três níveis de atenção em saúde, na medida em que integram na operacionalização de suas ações, as três esferas de governo no Brasil, articulando para isso, políticas e serviços que englobam tanto a promoção e prevenção da Saúde, quanto à realização de procedimentos curativos e reabilitação. Tais ações são pautadas, por meio da descentralização dos serviços, pelas especificidades do território e pela atuação por equipes multiprofissionais (Vasconcelos & Pasche, 2009). Assim, são cada vez mais frequentes discussões sobre a necessidade de participação e entrada de profissionais de diferentes formações no campo da Saúde, bem como a incorporação e reconhecimento das diversas áreas que contemplam a Saúde Coletiva (Paiva & Ronzani, 2009).

Dentre os profissionais que ampliaram sua inserção e atuação nos diferentes níveis e serviços no SUS estão os psicólogos. Contudo, para Carvalho, Bosi e Freire (2009), desafiado a inserir-se no campo da Saúde Coletiva, o psicólogo defronta-se com um complexo contexto, no qual a dinâmica e historicidade são expressas por meio do modelo assistencial em vigor. Tal modelo é marcado por questões de ordem política, domínio no qual a própria definição de Saúde

vem sofrendo modificações, objetivando entrar em compasso com os princípios e parâmetros que contemplam o SUS. Os autores reiteram que ao migrarem para Saúde Pública, os psicólogos acabam utilizando conhecimentos pautados na prática clínica tradicional, não realizando revisões e contextualizações necessárias. Esta transposição de um fazer tecnicista e estático de uma realidade para outra, faz com que a organização da Psicologia na Saúde Coletiva fique deficitária, não contemplando os fundamentos epistemológicos e teórico-metodológicos da segunda na atuação da primeira (Carvalho, Bosi & Freire, 2009).

Dimenstein (2001) endossa esse debate apontando que mesmo a entrada de psicólogos nas instituições públicas de saúde ter propiciado a ampliação no número de locais e âmbitos de atuação profissional, tal cenário não promoveu mudanças significativas em relação aos norteadores conceituais e epistemológicos que alicerçam as ações desenvolvidas nestes espaços. Portanto, não foram realizadas atualizações expressivas para contextualizar tais marcadores, a fim de promover reinvenções nos parâmetros conceituais considerados tradicionais da profissão, estes voltados para o âmbito clínico-hospitalar. Daí, surgem nítidas dificuldades na construção de novos arcabouços teóricos na Psicologia que visem aproximação com outros campos, e mais propriamente dita, a Saúde Coletiva.

Para a atuação no campo da Saúde Coletiva, é necessário um modo diferenciado de estar a serviço do outro. Desse modo para atuar nesse campo, exige-se da Psicologia a adoção de posturas críticas e reflexivas, bem como comprometidas com a realidade social e política dos serviços, por meio de ações integrativas e norteadores teórico-epistemológicos que devem ir além dos rótulos diagnósticos. Assim, para a inserção da Psicologia neste campo, torna-se necessário que a mesma busque novas leituras e bases epistemológicas, que vão de encontro aos mais variados campos e espaços institucionais da vida, se distanciando de norteadores conceituais centrados somente em aspectos mentais e psicológicos (Carvalho, Bosi & Freire, 2009).

Desta forma, inspirando-nos em Birman (1991), a Saúde Coletiva seria uma alternativa para a reestruturação da atuação da Psicologia no âmbito da Saúde Pública, promovendo o processo de abertura da mesma a novas leituras, com base no reconhecimento dos diferentes saberes que constituem esse campo, na medida em que pode dar destaque às dimensões políticas e simbólicas do processo saúde-doença-cuidado, por outro lado, relativizar o modelo biomédico e psicologizante ainda hegemônico em nossa ciência e profissão.

No entanto, por ser um campo novo e situado ainda somente no cenário brasileiro, a Saúde Coletiva em diversos momentos acaba, por vezes, sendo confundida a uma dimensão estritamente político-administrativa no âmbito da Saúde, reconhecida como Saúde Pública, carecendo de maiores reflexões acerca da amplitude de seu campo epistemológico. Ademais, Birman (1991) ressalta que “o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde” (p.14).

Em vista disso, este cenário faz com que se origine a necessidade que tais discussões também sejam realizadas nos demais campos que busquem interseções com a Saúde Coletiva, e conforme aqui discutido, no interior da própria Psicologia. Desta maneira, é necessária a promoção de debates sobre as diferentes compreensões epistemológicas e conceituais acerca do campo de Saúde Coletiva pela Psicologia, visando promover interconexões e consolidar seus alicerces (Osório & Schraiber, 2015). Mas isso não significa “exilar” os conhecimentos específicos da Psicologia em uma zona exógena. Pelo contrário, faz-se necessário integrá-los à variados norteadores conceituais que contemplem o processo saúde-doença-cuidado, além de aproximar a ciência psicológica do campo de debates da Saúde Coletiva tanto no âmbito profissional, quanto acadêmico (Birman, 1991).

Em relação à natureza da Saúde Coletiva, esta é constituída a partir de um triedro que abrange componentes ideológicos, saberes e práticas. Desse modo, tal campo não contempla

somente um movimento ideológico, nem apenas o âmbito das Políticas Públicas de Saúde... Compreende muito mais! Apresenta uma epistemologia crítica, voltada para questões sociais, a partir da conceituação de saúde como um processo dinâmico e em permanente interação com o meio social.

Tendo em vista que a Saúde Coletiva pode ser organizada em três grandes áreas (Epidemiologia; Política e o Planejamento; e Ciências Sociais e Humanas), perguntamo-nos: de que forma tais áreas são discutidas na Psicologia atualmente? A partir de quais norteadores? Promove-se alguma interconexão entre seus arcabouços teórico-conceituais no sentido de ampliar os olhares para o processo de saúde-doença-cuidado?

Partindo da proposta de Campos *et al.* (1997) na qual propõem que o processo de institucionalização dos saberes e a organização em práticas se constituiriam por meio da construção de núcleos e de campos. Entendendo o núcleo como um espaço de aglutinação dos conhecimentos, sendo componente essencial para a construção de um saber específico de uma área profissional; e o campo como um espaço de interação entre diferentes saberes, possuindo limites imprecisos, promovendo apoios mútuos entre variadas disciplinas, a fim de concretizar seus objetivos teóricos e práticas. Em vista disso, como a Psicologia tem composto o núcleo de saberes específicos, possibilitando interconexões, trocas e construído novos referentes em conjunto com outras áreas do saber no âmbito do campo da Saúde Coletiva?

Para Zurba (2011), a aproximação entre o saber psicológico e o campo da Saúde Coletiva deve ocorrer por meio da efetivação e adoção dos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade). Neste sentido, é necessário que o psicólogo incorpore em seus fundamentos teórico-práticos aspectos interdisciplinares, que de acordo com a autora, estariam relacionados tanto ao saber clínico, quanto a Psicologia Social. Porém, entendemos que é preciso que este profícuo diálogo se estabeleça de forma mais profunda com as bases epistemológicas e teórico-práticas da Psicologia para que não se fique elegendo certas subáreas

que poderia ter mais proximidade com a Saúde, excluindo outras tão importantes como a área educacional, gestão e trabalho, comunitária, ambiental, etc.

Zurba (2011) ainda aponta o desenvolvimento de algumas habilidades necessárias para esta incorporação. Dentre as mesmas, destacam-se: 1) capacidade de trabalho em equipe; 2) adoção de linguagem acessível tanto como os demais profissionais, quanto aos usuários; 3) ultrapassar o ambiente do *setting* terapêutico tradicional, por meio de visitas e atendimentos domiciliares. Partindo disso, seria necessário ao psicólogo adotar em sua atuação concepções de rede voltadas para o diálogo entre os três níveis de atenção em saúde (primária, secundária e terciária).

Lima (2005), acerca da intersecção Psicologia e Saúde Coletiva, propõe como perspectiva a Atuação Psicológica Coletiva (APC). Assim, a orienta e fundamenta com base no SUS, possuindo como principal objetivo as práticas psicológicas que se distanciam da clínica tradicional. A APC pondera que o psicólogo deve pautar suas intervenções em trabalhos integrativos, articulando com outros campos profissionais, de modo a promover convergências aos fundamentos da Saúde Coletiva, tanto no nível primário de atenção, quanto aos demais níveis. Este modelo apresenta como ferramenta, dois elementos: a) a escuta psicológica cautelosa, acompanhado da aposta em condutas profissionais construídas socialmente; e b) reafirmação da importância de considerar a subjetividade no processo saúde-doença.

No entanto, Dimenstein (2001) aponta que carecemos de discussões dentro do próprio núcleo profissional acerca tanto das posturas, quanto de componentes teóricos que possam nortear a atuação do psicólogo no campo de Saúde Coletiva, compreendendo a sua eficácia e alcance social. Nesses termos, é preciso cuidado para não adotarmos uma crença intrínseca em componentes técnicos vinculados a campos tradicionais da Psicologia, de maneira que poucas são as ações que promovam a construção de referenciais críticos e em compasso com as reais necessidades sociais em saúde. Pelo contrário, para autora, tal operação realiza uma espécie de

transplante de modelos teórico-epistemológicos em sua grande maioria ultrapassados e em descompasso com as realidades locais.

Carvalho, Bosi e Freire (2009) endossam esse debate afirmando que o psicólogo ao se inserir no campo de Saúde Coletiva ainda se limita a realização de técnicas e instrumentais tradicionais da profissão, assumindo “uma postura de alergia à diferença” (p.68). Para os autores, as modificações em tal cenário apontam para necessidade de adoção de posturas críticas e reflexivas por parte dos psicólogos mais engajados com as questões sociais, a fim de promover práticas que ultrapassem a simples realização de diagnósticos. Para isso, exige-se dos profissionais que vão ao encontro aos usuários, sendo presença rotineira nos diferentes espaços para produção de saúde e cuidado, além de agentes ativos na luta pelas causas sociais.

Tais aspectos até aqui levantados demonstram e dão visibilidade ao processo de distanciamento da Psicologia e os pressupostos básicos que marcam o campo teórico-conceitual da Saúde Coletiva, mesmo em meio ao esforço de alguns autores em delimitar como objeto de estudo pontos em intersecção entre uma e outra. Apesar de o esforço de certos autores em proporem possíveis aproximações da Psicologia com a Saúde Pública, chama atenção para o investimento de ações visando à ampliação do modelo assistencial, com a incorporação de novos cenários de atuação e experiências práticas. Em contraponto, continuam adotando tanto no campo teórico, quanto no desenvolvimento de suas ações, propostas marcadas por concepções psicológicas hegemônicas, sejam no âmbito público e/ou privado. Tais perspectivas distanciam-se da Saúde Coletiva, campo esse duplamente reformador, do ponto de vista epistemológico, ao criticar as concepções de saúde e o modelo tecnoassistencial adotado (Matos, 2004; Osmo & Schraiber, 2015).

3.2 Fundamentos Técnico-Operativos

Bernardes e Guareschi (2010) ressaltam que, ao articular-se ao campo da Saúde Coletiva origina-se a necessidade, nas práticas psicológicas, de construção de novos meios e instrumentos de trabalho em saúde. O coletivo seria desta forma, para os autores, uma ameaça à racionalidade intrinsecamente contida nas práticas da Psicologia, à medida que, como uma justaposição de forças, o mesmo fragiliza as formas de controle psicológico sobre a vida, formando um conjunto heterogêneo de vetores de subjetivação que surgem a partir da relação entre indivíduo e cidadania, e não como nas práticas dominantes em Psicologia, pautadas na relação sujeito e mundo privado.

Em vista disso, trata-se, pois, de promover ações e estratégias na Psicologia, a fim de distanciar a profissão de posturas interventivas focadas somente em componentes técnicos, pautados no saber-fazer hegemônico da profissão no âmbito da saúde. Para isso, tornam-se urgentes discussões acerca de modelos de explicação ampliados da ciência psicológica, sendo estes voltados para os diferentes componentes do complexo promoção-saúde-doença-cuidado e ao campo de Saúde Coletiva. Por conseguinte, requer um constante processo de reinvenção das práticas psicológicas, direcionando-as as necessidades e prioridades sociais dos diferentes territórios em que serão desenvolvidas (Dimenstein, 2001).

Admitindo-se que a construção de práticas em Saúde Coletiva, consideradas processos de trabalho, perpassam pela constituição de três componentes básicos – objeto, instrumentos de trabalho e atividades – a Psicologia deve tomar como objeto de trabalho as necessidades sociais de saúde, e não somente problemas de saúde (riscos, agravos, doenças, mortes, etc). Nesse aspecto, os instrumentos de trabalho para apreensão do objeto seriam provenientes de outros saberes: antropologia, sociologia, economia, política, ecologia, dentre outros; e suas atividades, preponderantemente orgânicas, precisariam ser construídas a partir de um caráter coletivo, sendo socialmente determinadas pelo objeto (Paim, 2006a).

Desta forma, Carvalho, Bosi e Freire (2009) apontam que a dimensão de cuidado em saúde necessariamente deve ser considerada a partir de uma concepção integrada, contemplando componentes biológicos, sociais, afetivos, culturais, dentre outros. Assim, tal dimensão tratar-se-ia de um dos principais eixos de orientação para a realização de práticas em saúde na Psicologia, além de proporcionar diálogos profícuos com outros campos, como por exemplo, a Saúde Coletiva. Os autores ainda ampliam esse debate ao afirmar que a arte da assistência à saúde configura-se como um momento de encontro entre profissional e usuário, fazendo com que seja um cenário propício para reflexões acerca da finalidade de tais práticas. Portanto, é necessário que o psicólogo “se despoje do lugar do especialista, portador de um saber a ser transmitido e passe a funcionar como um mediador, um entre” (Andrade & Morato, 2004, p. 347).

Contudo, Dimenstein (2001) afirma que a perspectiva dominante da atuação dos psicólogos no campo da Saúde Coletiva afasta-se do compromisso social²⁰, pautado nas necessidades reais dos usuários. Tal atuação nesse âmbito, de acordo com a autora, é marcada pela falta de compromisso do profissional com a qualidade e humanização dos atendimentos, não promovendo acolhimentos e a construção de vínculos com os usuários, por meio de ações integrais e equânimes. Ainda complementa que não raro os profissionais acabam adotando posturas de desinteresse, alienantes e mecânicas, frente aos usuários, o que reverbera no nítido processo de distanciamento tanto entre os profissionais entre si, quanto em relação aos usuários dos serviços. Partindo disso, as práticas dos psicólogos na Saúde, não estão norteadas por concepções de cidadania e solidariedade, ou seja, na promoção e construção de espaços onde os sujeitos respeitam-se e vivenciam a diversidade entre si.

Bernardes e Guareschi (2010) reiteram esse debate ressaltando a notória necessidade de construção de novas práticas na Psicologia, sendo tais arcabouços técnico-operativos

²⁰Tomada de posição, que envolve uma decisão por parte de um sujeito/ator social, e ocorre no plano das ações, na realidade concreta (Dimenstein, 2001).

direcionados para a formação de profissionais conscientes de sua função social e política, além de promover capacidades criativas e de reinvenção. Isso implica que a Psicologia assuma posturas e identidades profissionais de enfrentamento ao desmonte do SUS, as práticas descontextualizadas com a realidade brasileira, e proporcione possíveis atravessamentos com o campo de Saúde Coletiva.

Dentre as propostas de ações desenvolvidas pelo psicólogo na Saúde Coletiva, Lara e Traesel (2009) destacam tarefas ligadas ao planejamento e gestão de trabalho nos serviços de saúde. Para os autores todos os profissionais de saúde devem envolver-se em atividades que contemplem aqueles dois âmbitos. Os mesmos propõem que tal atuação seja pautada na definição dos objetivos a serem alcançados e na seleção das prioridades dos serviços, por meio da elaboração de planos de ação e sua avaliação e impactos. Tal proposta demonstra que a Saúde Coletiva confunde-se em determinados momentos com a dimensão de gestão e administração de serviços na Psicologia. Fazendo com que, de forma errônea, delimitem sua atuação apenas a tal âmbito, necessitando de reflexões amplas sobre o entendimento da amplitude de seus referenciais teóricos e ações sejam no âmbito da assistência à saúde em seus diversos níveis de atenção, das vigilâncias em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental), da educação permanente, da promoção à saúde e participação popular para o fortalecimento das instâncias de controle social e de construção do SUS (Vasconcelos & Pasche, 2009; Osmo & Schraiber, 2015).

Para Carvalho, Bosi e Freire (2009), as especificidades das instituições de saúde, como o limite de tempo, estrutura e recursos, elevada quantidade atendimentos diários, déficits na quantidade de profissionais, excessiva burocracia, dentre outros, exigem a adoção de atuações mais ativas do psicólogo, objetivando romper com os limites das salas de atendimento, por meio da promoção de diálogos com os outros saberes que contemplam a Saúde Coletiva. Contudo, os autores, apontam que tal atuação é realizada ainda diante de uma postura passiva, limitando-

se a esperar pelo usuário em sua sala, ou a aguardar a solicitação de atendimento por parte da equipe, sendo que tais níveis de resposta muitas vezes recaem em práticas a-históricas e não condizentes com as necessidades da população.

Dimenstein (2001) ainda endossa esse debate afirmando que, historicamente, a Psicologia sempre esteve “míope” frente às necessidades sociais da saúde, reverberando em práticas profissionais pautadas em diversas distorções teóricas e descontextualizadas com a realidade concreta do território. Neste sentido, a autora reitera que a Psicologia vem se configurando como instrumento para a manutenção da estrutura social, ampliando somente os seus locais de atuação, mas mantendo os fundamentos teóricos e práticos, com base nos reducionismos de uma clínica privatizante e psicologizante, ou seja, sem revisões ou mudanças nos parâmetros clássicos de atuação.

Não é, portanto, somente o processo de ampliação do número de psicólogos em instituições públicas de saúde que será suficiente para a construção de fundamentos técnico-operativos na ciência psicológica que estejam em consonância com o campo de Saúde Coletiva. Precisa-se de mais! São necessárias discussões amplas, que contemplem a esfera profissional, acadêmica, conselhos, dentre outros atores e instituições, a fim de constitui avanços significativos, além de duradouros, no âmbito das ações em saúde, tomando como ponto de partida um modelo coletivo de entendimento do cuidado, por meio de práticas contextualizadas e imersas nas necessidades sociais brasileiras (Bernardes & Guareschi, 2010).

No entanto, Carvalho, Bosi e Freire (2009) problematizam que as práticas predominantes da Psicologia no âmbito da Saúde Coletiva acabam ainda sendo sinônimos de procedimentos psicoterápicos, reforçando, mais uma vez, concepções individualistas, privatizantes, com base no modelo de atuação biomédico (Carvalho, Bosi & Freire). Para aproximação com o campo de Saúde Coletiva, tais ações, de acordo com Paim (2006a), devem englobar: 1) abertura de espaços ético-políticos de enfrentamento aos modelos individualista e

biologicista hegemônico; 2) adoção de ações pautadas na transdisciplinaridade; e 3) modificações não somente do ponto de vista acadêmico, em parâmetros e currículos, mas em práticas realizadas no social e na construção de territórios compostos por sujeitos políticos.

Zurba (2011) entende como uma das alternativas de aproximação do fazer na Psicologia ao campo de Saúde Coletiva, a promoção de ações por meio de equipes interdisciplinares. Tal proposta, segundo a autora, se dar pela necessidade que o psicólogo terá em desenvolver as seguintes habilidades: capacidade de trabalhar em equipe, utilização de linguagem acessível aos demais profissionais, empatia, ética, atendimento domiciliar, dentre outros. Desta maneira, o desenvolvimento e capacitação para o desenvolvimento destes instrumentais propiciariam uma inversão nas relações de poder no cuidado em saúde, bem como aproximariam a Psicologia de referenciais críticos, e que estejam alicerçados em outros campos de saber (Zurba, 2011).

A partir de outra perspectiva, no qual denomina de APC, já aludida anteriormente, Lima (2005) compreende que as ações realizadas por psicólogos no âmbito de Saúde Coletiva podem ser realizadas tanto de maneira individual, quanto com outros profissionais, não sendo assim restritas ao campo da Saúde. Segundo a autora, deve-se levar em consideração no processo de construção dos fundamentos técnico-operativos críticas e orientações oriundas de dentro da própria Psicologia, mas também direcionamentos realizados por outros campos de saber. Fazendo com que a ciência psicológica consiga promover um constante processo de intercâmbio com o campo de Saúde Coletiva.

Apesar das significativas contribuições que tais teorias propiciam na tentativa de maiores intercessões entre Psicologia e Saúde Coletiva, é notório a pequena quantidade de estudos que problematizem os fundamentos técnico-operativos a partir de debates profícuos acerca de suas finalidades, por meio de suas bases epistemológicas. Focam-se demais em tentativas de eleger instrumentos, técnicas, aparatos, etc, mas pouco se discute sobre os alicerces que dão sustentação para essa atuação em saúde (Zurba, 2011; Lima, 2005).

Partindo disso, expressamos aqui, preocupação, quanto aos riscos para a Psicologia manter-se afastada do campo da práxis da Saúde Coletiva, inclusive sem pautar nos seus debates ações que visem: 1) problematizar a relação limítrofe entre biológico e social; 2) construir campos de saber a partir de parâmetros ético-políticos, como também no desenvolvimento das ações; e 3) aprofundar suas intervenções, a partir da radicalização do princípio da integralidade em saúde, com base nos três níveis de atenção e pautadas nas necessidades sociais do território (Osório & Schraiber, 2015).

3.3 Norteadores Ético-Políticos

A Saúde Coletiva torna-se uma possibilidade de aproximação e encontro da Psicologia com o âmbito político. Contudo, tal encontro, ainda não promoveu modificações significativas, no campo teórico e prático na Psicologia, frente às concepções de público, saúde e população, pois ainda a percebemos marcadas, de forma profunda, por elementos que vão em consonância ao modelo privatista e capitalista, em detrimento do social. A aproximação com a Saúde Coletiva seria então, uma forma efetiva de resistência a tal modelo, por meio da adoção de práticas reflexivas, que a todo o momento chamam para debate novas formas de compreensão e atuação do psicólogo sob o processo saúde-doença (Bernardes & Guareschi, 2010).

O trabalho em Saúde Coletiva, além de contemplar a esferas técnica, envolve componentes econômicos, ideológicos, éticos e políticos, sendo que tais preposições visam a construção de vínculos e à emancipação dos seres humanos. Não se trata de um trabalho pautado somente no instrumental utilizado e na operacionalização de suas ações, mas um conjunto de atividades direcionadas às necessidades sociais, sendo as mesmas tanto objeto, quanto direcionador da atuação. Partindo disso, ao buscar interseções com a Saúde Coletiva, cabe a Psicologia contemplar na produção de suas ações em saúde valores de solidariedade, equidade,

justiça, e democracia, a fim de compreender a promoção do cuidado, a partir de norteadores que ultrapassem a rotulação diagnóstica (Paim, 2006b).

Dentre as possíveis estratégias para aproximação da Psicologia a Saúde Coletiva no âmbito ético-político destacam-se: a) a abertura a paradigmas ético-estético-políticos que possibilitam a produção de novas estratégias para a promoção do cuidado em saúde, distanciando-se das formas hegemônicas focalizadas nos agentes nosológicos, concebendo saúde como um processo dinâmico e em constante interação com o meio social; b) construção de espaços para experiências acadêmicas e não-acadêmicas que possibilitem a produção de práticas transdisciplinares e a invenção de tecnologias em saúde pautadas na reflexão constante de suas ações; e c) produção de profissionais comprometidos politicamente e engajados na busca por transformações no campo da Saúde, por meio de práticas direcionadas para as questões sociais (Paim, 2006a).

Apesar dessa variedade de estratégias aqui propostas de encontro entre Psicologia e Saúde Coletiva, mesmo assim os psicólogos persistem na reprodução de modelos biomédicos, intraindividuais e a-históricos, sem realizarem reflexões epistemológicas e teórico-práticas acerca da finalidade de sua atuação na Saúde (Souza, Carvalho, Nardini, Calvetti & Gil, 2005). Tal problemática se reverbera no processo de distanciamento dos fundamentos da Saúde Coletiva pela Psicologia, isso pode ser demonstrado, pela fragilidade de vínculos do psicólogo tanto com os usuários, quanto com outros profissionais.

Dentre as dificuldades de entrada e adoção da Psicologia na Saúde Coletiva, Paiva e Ronzani (2009), apontam a manutenção do modelo de atuação constituído pela divisão fragmentada e específica de tarefas nos serviços, com base em concepções biologizantes de saúde. Tal problematização pode ser exemplificada pela dificuldade no que diz respeito à intersectorialidades, e a produção de intervenções, marcadas pela desresponsabilização dos diferentes setores, que pouco promove diálogos entre si. Desta maneira, para a produção de

interfaces com a Saúde Coletiva, a Psicologia necessita produzir compreensões de práticas como atividades que apresentam primordialmente componentes políticos, a fim de promover uma cidadania ativa, sociabilidade e a produção de subjetividades (Paim, 2006b).

Para realização de interseções entre Psicologia e Saúde Coletiva, Passos e Barros (2000), afirmam que não se trata de abandonar práticas e campos de saberes específicos de cada área, mas promover a construção de elementos intercessores, que possibilitem conexões entre um campo e outro. Deste modo, deve-se propiciar a reconstrução contínua das ações e saberes da Psicologia em interface com a Saúde Coletiva, na medida em que se buscam interconexões com o saber popular, a epidemiologia, as ciências humanas e sociais, por meio de interseções entre a clínica e a política, entre atenção e a gestão, a fim de potencializar os elementos analíticos entre os mais diversos componentes que compõem o complexo processo de saúde-doença-cuidado.

Carvalho, Bosi e Freire (2009) consideram, então, essencial aos psicólogos a adoção de uma contínua reflexão crítica acerca de sua atuação, dando conta de questionamentos tais como “quem ele é” e “do que faz”. Para os autores, é preciso promover articulações entre ações técnicas e outros aspectos, como afeto, ética e envolvimento. Ao fazê-lo, este pode assumir-se como sujeito ético e político, que reflete sobre sua prática em saúde tanto em termos teóricos quanto práticos, em especial àquelas realizadas em instituições públicas.

Dimenstein (2001) aponta como caminho a incorporação, por parte dos psicólogos, de novas concepções de práticas profissionais, no sentido de adotar aspectos como cidadania e compromisso social. A autora ressalta que tal postura promoveria rompimentos com o corporativismo e a realização de ações isoladas, pautadas na identidade profissional de psicoterapeuta. Contudo, Carvalho e Ceccim (2009), ressaltam que as questões contidas por tais aspectos éticos e políticos, têm sido preteridas nos debates realizados durante a formação em Saúde, de forma geral.

Além disso, ainda podemos recuperar González-Rey (1997), tomado por uma perspectiva sócio histórica, que apresenta a transferência do conceito de saúde pautado em uma visão preponderantemente organicista e englobá-la numa definição social, propondo que as ações direcionadas à saúde devem ser desenvolvidas em outras instituições e não somente no contexto hospitalar ou/e ambulatorial, destacando dentre essas a escola, por meio da reorganização do sistema de educação, de tal forma que o aluno seja inserido em discussões que visem à legitimação de seus saberes e o seu completo bem-estar. Para isso, o autor indica a interdisciplinaridade como um caminho a seguir, por propiciar a transcendência de modelos de cunho somente descritivo, superando desta forma explicações unicasais, que priorizam o tema doença.

3.4 Formação para Saúde

Para Bernardes e Guareschi (2010), o coletivo além de não ser adotado como um conceito-problema na Psicologia, articulando práticas psicológicas ao discurso da Saúde Coletiva, menos ainda se faz presente no que tange o seu processo formativo. Para os autores, o entendimento de coletivo é capturado por uma formação em Psicologia constituída pela lógica capitalista e mercadológica, que reduz seu entendimento, ao longo de todo o processo formativo, somente ao conceito de população/pobreza e assistencialismo.

Carvalho, Bosi e Freire (2009) corroboram com o debate ao indicarem que a formação em Psicologia aponta para imprecisões curriculares presentes nos cursos de graduação. As disciplinas dos cursos acabam supervalorizando concepções e práticas voltadas para Avaliação Psicológica, Psicopatologia e a Atuação Clínica de perspectiva individualizante e privatizante. Ao que tange o debate de políticas públicas da saúde durante o processo formativo, os autores ressaltam que poucos são os diálogos que tomam a dimensão coletiva como foco, distanciando-

se assim dos fundamentos da Saúde Coletiva. Dessa forma, a dificuldade de inserção do psicólogo neste campo deve-se, também, a sua formação acadêmica, essencialmente pautada no âmbito clínico de cunho liberal como fundamento de atuação.

Em razão dos poucos estudos que propiciem uma visão ampla do campo da Saúde nas formações em Psicologia, tal quadro promove, na opinião de Damiance *et al.* (2016), uma “especialização prematura”. Os autores ainda reiteram que tal processo é pautado em conteúdos teóricos e práticos focados em partes segmentadas do sujeito, e em estratégias de capacitação e treinamento para o desenvolvimento de ações e procedimentos específicos, afastando-se de propostas que incorporem e integrem a diversidade de referenciais teóricos e práticos a partir da perspectiva de Saúde Coletiva.

Guareschi *et al.*(2010) corroboram com tais questionamentos, ao afirmarem que a formação em Psicologia ainda orienta-se para a abordagem clássica, marcada pelo ensino tecnicista, voltado para a sofisticação de procedimentos e de técnicas, como o psicodiagnóstico. E, mesmo quando a formação possui conteúdos voltados especificamente para a Saúde, esses se relacionam preponderantemente a aspetos individuais. Partindo disso, os atores propõem as disciplinas voltadas para a Psicologia Social e Comunitária, como possibilidade de ampliação da formação e conseqüente aproximação da mesma junto aos fundamentos da Saúde Coletiva.

Dimenstein (2001) endossa esse debate ao apontar que se trata não somente de produzir modificações no perfil profissional na Psicologia, mas, sobretudo alterações nas posturas profissionais visando à construção de agentes de mudança ao tomar o compromisso social como eixo de ações que estejam em consonância aos princípios do SUS e as necessidades concretas dos usuários. Contudo, a autora ressalta que a formação acadêmica na Psicologia mantém-se primordialmente direcionada para a produção de modelos formativos limitados no setor saúde e que se distanciam do campo de Saúde Coletiva. Tal cenário se reverbera em dificuldades para

lidar com as demandas dos usuários, e até mesmo adaptar-se as necessidades para a construção de um perfil profissional que exige o SUS (Dimenstein, 2001).

Para Guareschi *et al.* (2010), discutir a formação em Psicologia, abordando os princípios do SUS, é uma das alternativas para a inserção profissional do psicólogo no campo da Saúde Coletiva. Assim, a inserção da Psicologia nas práticas em Saúde Coletiva, de acordo com os autores, deve ser um dos eixos prioritários no processo formativo nesta área. Apesar disso, Carvalho e Ceccim (2009), afirmam que o desconhecimento durante a formação para saúde sobre o desenvolvimento histórico e os princípios do SUS, de modo geral, é nítido. São trabalhadas questões estritamente normativas e procedimentos específicos de cada nível de atenção, em detrimento de debates que envolvem fundamentos ético-políticos da Saúde Coletiva, tais como: cidadania, democracia, saber social, humanização, dentre outros.

Desta forma, a Saúde Coletiva constitui-se como um importante campo para atuação do psicólogo atualmente, entretanto, a formação em Psicologia pouco promove direcionamentos acerca dos fundamentos deste campo no decorrer do processo formativo. A maior parte dos cursos continua realizando formações profissionais que pouco compreende questões da realidade brasileira, num modelo de Saúde que não é público e que pauta-se no conceito de saúde a partir da ausência de doenças. Por tudo isso, os conteúdos curriculares apontam para uma formação em Psicologia pouco direcionada à Saúde Coletiva. E, mesmo quando indicam uma ênfase maior no campo da Saúde, fazem isso por meio de compreensões individualizadas, distanciando-se de análises integradas acerca do processo promoção-saúde-doença-cuidado (Guareschi *et al.*, 2010).

Em vista disso, a Saúde Coletiva acaba por ficar afastada dos componentes curriculares nos cursos de Psicologia, não produzindo alterações na organização dos processos formativos dos psicólogos, na medida em que no máximo se torna uma disciplina opcional e não como um eixo de orientação dos fundamentos teóricos e do campo das práticas psicológicas (Bernardes

& Guareschi, 2010). É nítido, como as concepções e práticas de saúde desenvolvidas pelo processo formativo em Psicologia pautam-se, prioritariamente, ao que Oliveira, Balard e Cutol (2013) denominam de modelo “Flexneriano”. Ao dar ênfase ao agente etiológico e a doença, em disciplinas como Personalidade, as Psicopatologias e o Psicodiagnóstico, circunscrevendo suas ações ao nível secundário e terciário de atenção (Oliveira, Balard & Cutol, 2013), a prioridade na formação e o modelo de atuação nos serviços acaba reproduzindo a marca do modelo hospitalocêntrico e privatizante em saúde, treinando e reproduzindo técnicos e especialistas em práticas psicológicas desvinculadas de implicações sociopolíticas com as políticas públicas de saúde, e mais propriamente dito, com os princípios e fundamentos do SUS (Almeida Filho, 2013). Daí a necessidade da reinvenção de seu arcabouço teórico-metodológico e em suas ferramentas de trabalho para a promoção de cuidado em saúde. A Saúde Coletiva se apresenta como uma alternativa para a resistência ao processo de desmonte do SUS, devendo ser um dos principais fios condutores dos processos formativos em Psicologia (Bernardes & Guareschi, 2010).

Ao traçarmos em linhas gerais o que está posto na literatura que trata sobre o tema em relação à interface Psicologia e Saúde Coletiva, nota-se como a inserção do psicólogo neste campo ainda é preponderantemente incipiente, principalmente no que tange as discussões dos aspectos epistemológicos, teórico-metodológicos e ético-políticos da Saúde Coletiva que orientam (ou não) o seu processo formativo, que levantamos nos tópicos anteriores. Alguns estudos que tentam contemplar estes dois grandes âmbitos profissionais e paradigmáticos (Lima, 2005; Zurba, 2011) resumem-se, na sua grande maioria, em apontar aproximações no âmbito prático e operativo entre os mesmos, sem promover aprofundamentos teóricos e epistemológicos, que se transversalizem em ambos os campos.

Ao que tange especificamente aos fundamentos teórico-epistemológicos e técnico-operativos notam-se como os diversos campos e olhares da Psicologia pouco buscam

interconexões entre si, pelo contrário, promovem hierarquias, ao propor caminhos de práticas que não se atravessam, ficando distantes, muitas vezes, da proposta integrativa da Saúde Coletiva, pautada na articulação de condições políticas e sociais (Castro & Bornholdt, 2004). E, mesmo quando são realizadas propostas de interfaces entre Psicologia e Saúde Coletiva, estas se baseiam a partir de afinidades entre as subáreas da própria ciência psicológica, tais como Psicologia da Saúde e Psicologia Social e Comunitária (Zurba, 2011). Tal saída, proposta pela autora, é insuficiente, pois não são realizadas aproximações teóricas com campos que vão além das fronteiras da Psicologia, inclusive com diálogos mais profícuos com a Epidemiologia e com a Gestão e o Planejamento. São raros os estudos que tentam promover aproximações com tais áreas. Os poucos que o fazem acabam focando nos dados epidemiológicos, que no máximo servem como contexto para reproduzir a velha lógica do trabalho clínico individual.

Em relação aos aspectos ético-políticos da atuação e formação em Psicologia para a Saúde, em linhas gerais, estes ainda se mantêm distantes de princípios como solidariedade e participação social, em função da centralidade do âmbito clínico tradicional, e que pouco se debruçam sobre discussões acerca daqueles aspectos. As propostas resumem-se na adoção de um compromisso social, por parte do psicólogo, em sua atuação nos serviços de saúde, carecendo de maiores debates sobre tais sentidos, a partir dos fundamentos ético-políticos que constituem a Saúde Coletiva e seu projeto societário (Matos, 2004; Lara & Traesel, 2009).

Tais propostas precisam urgentemente ser ampliadas e incorporadas na Psicologia no seu encontro com a Saúde, adotando posicionamentos da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária. Por conseguinte, faz-se necessário considerar os usuários como cidadãos de direito, que possuem potencialidades e criticidade sobre sua saúde, isso inclui também o esforço de produzir trabalhadores e gestores sensíveis ao debate ético-político e técnico para atuarem nesse cenário por meio de ações que articule os níveis macro e micropolítico, constituindo, no caso da Psicologia, um núcleo de conhecimento potente e articulado com outros que também

constituem o campo da Saúde, preche de inovações e transversalidades que aumente a resistência de continuarmos a sustentar o Sistema Único de Saúde no Brasil (Campos, 2000; Cohn, 1992).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Antes de indicar o tipo de estudo que orientará nossa proposta de investigação, recuperamos os objetivos desta pesquisa para justificar a escolha do percurso metodológico pretendido. Conforme já aludido anteriormente, como objetivo geral propomos: investigar os fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde Coletiva que orientam os processos formativos em Psicologia no Brasil desde a resolução N° 8, de 7 de maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia. Como objetivos específicos, indicamos: a) identificar os fundamentos epistemológicos acerca da Saúde Coletiva presentes nos currículos de psicologia; b) analisar as dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas desenvolvidas no decorrer da formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde Coletiva; c) conhecer a forma com que os estudantes de Psicologia do Piauí vivenciam e se implicam com os processos formativos para atuar na Saúde Coletiva.

Em razão da natureza do objeto pretendido, nos ancoramos no modelo descritivo de pesquisa que, segundo Gil (2002), é caracterizado pela “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (p.42). Quanto ao tratamento dos dados tomaremos a abordagem qualitativa em pesquisa que, de acordo com Minayo (2006), permite desvelar processos sociais que possuem ainda pouca visibilidade, promovendo a construção de novos conceitos e categorias durante todo o processo de investigação.

Operacionalmente o estudo contemplou duas etapas, a primeira de delineamento documental, que segundo Gil (2002), é caracterizado por “vale-se de materiais que ainda não recebem tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos

de pesquisa” (p.45), tal âmbito consistiu na realização da análise dos Projetos Pedagógicos de Cursos de Psicologia no Brasil, na perspectiva de responder parcialmente aos dois objetivos específicos iniciais na perspectiva de identificar os fundamentos epistemológicos e dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas da formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde Coletiva. A segunda etapa tratou de trazer para o debate o chamado “currículo vivido” ao abordar os sentidos dos graduandos dos cursos de Psicologia de Instituições de Ensino Superior das cidades de Parnaíba e Teresina, ambas situadas no estado do Piauí, acerca dos percursos formativos no âmbito da Saúde Coletiva.

Para a realização das etapas, apoiamo-nos na proposta teórico-metodológica de produção de sentidos e práticas discursivas que se afilia a perspectiva filosófica construcionista. Tal perspectiva é resultante de movimentos em três campos: 1) Sociologia: critica a compreensão intelectualista do conhecimento por não levar em consideração o saber produzido pelo senso comum; 2) Filosofia: reação ao representacionismo, marcado pela concepção de conhecimento como um fenômeno baseado em representações mentais que fazemos do mundo; e 3) Política: busca pelo empoderamento de grupos socialmente minoritários (Spink & Frizza, 2013).

A proposta teórico-metodológica de produção de sentidos é compreendida como um fenômeno sócio linguístico, que objetiva compreender as práticas discursivas que perpassam em nossa realidade e os repertórios interpretativos relacionados às mesmas (Mirim, 2013). Spink e Frizza (2013) denominam práticas discursivas como “as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (p.45). Tais práticas possuem como elementos constitutivos: a) Enunciados: expressões articuladas com a dinâmica da fala em ações situadas; b) Vozes: compreendem diálogos que são realizados na produção de um enunciado; c) *Speech genres*: formas estáveis de enunciados que buscam coerência com o

contexto; e d) Repertórios linguísticos: termos e figuras de linguagem referente às possibilidades de construção de sentidos (Spink & Medrado, 2013).

Spink e Gimenes (1994) ressaltam que os repertórios linguísticos são construídos a partir de uma tríplice perspectiva temporal: o tempo longo caracterizado pelas produções culturais da humanidade; o tempo vivido que se refere às linguagens sociais desenvolvidas durante o processo de socialização e o tempo curto marcado pelos processos dialógicos de interação face a face. As práticas discursivas estão presentes tanto na forma de palavras e falas, como também de imagens e documentos de domínio público, sendo assim tais documentos são produtos sociais, refletindo suas práticas discursivas.

A perspectiva teórico-metodológica aqui pretendida tomou de compreensão as diferentes vozes e elementos que compõem o processo formativo em Psicologia, objetivando sua visualização (Spink & Freeza, 2013). Assim como, por tal perspectiva considerar o sentido como processo produzido interativamente, não se restringindo apenas as vozes dos interlocutores presentes no momento do diálogo, mas incluem também o contexto histórico, social e político no qual os mesmos estão inseridos (Pinheiro, 2013).

4.2 Cenário, Participantes e Instrumentos para Produção dos Dados da Pesquisa

Na etapa documental a fonte de produção dos dados foi à base de dados Ministério da Educação a respeito do Ensino Superior no Brasil, que indica no censo de 2017 a existência de 526 cursos de Psicologia, sendo 438 em Instituições Privadas e 88 em Públicas no país (Brasil, 2017). Uma vez localizado nominalmente os cursos, realizou-se a busca dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Psicologia (PPC), disponíveis em domínio público, na página eletrônica de cada IES.

Após a localização dos referidos dos currículos propriamente dito foi aplicado um filtro no conjunto de disciplinas, ementas e referências bibliográficas para localizar os componentes curriculares relacionados à Saúde Coletiva. A busca por tais informações levou em consideração os seguintes descritores: “saúde coletiva”, “gestão em saúde”, “planejamento em saúde”, “educação em saúde”, “educação permanente em saúde”, “epidemiologia”, “integralidade”, “multidisciplinar”, “multiprofissional”, “interdisciplinar”, “SUS”, “território”, “cuidado”, “práticas em saúde”, “cidadania”, “direito/direitos humanos”, “políticas públicas”, “políticas em saúde”, “políticas sociais”, e “saúde mental”.

Na etapa que envolveu a participação dos estudantes de Psicologia, o estudo ocorreu nas cidades de Teresina e Parnaíba, situadas no estado do Piauí. A cidade de Teresina é a capital e o município mais populoso do estado, com uma população de 850.198 habitantes, está localizada na região Centro-Norte do mesmo, considerada referência no setor saúde da região, hegemonicamente de caráter privado, e a única capital do Nordeste que não está localizada no litoral (IBGE, 2017). Apresenta cinco Instituições de Ensino Superior que possuem cursos de graduação em Psicologia, destas apenas uma pública e quatro privadas.

Em relação à cidade de Parnaíba, a mesma está situada na região Norte do estado, sendo o segundo município mais populoso, com 145.707 habitantes (IBGE, 2017), apresenta duas Instituições de Ensino Superior que possuem cursos de graduação em Psicologia, destas uma pública e outra privada.

Quanto aos participantes dessa etapa, focamos nos estudantes dos cursos de Psicologia das IES localizadas nas cidades de Teresina e Parnaíba, sendo um curso público e outro privado de cada município, totalizando quatro cursos. Como critérios de inclusão: alunos que estejam regularmente matriculados no 10º período da graduação em Psicologia, desenvolvendo atividades de estágio profissionalizante voltados para o campo da saúde.

Inicialmente foi realizado o pedido de autorização institucional de cada IES para a

realização do estudo. Para o recrutamento dos participantes, foi utilizada uma técnica metodológica, de amostragem não probabilística, nomeada de *Snowball*, conhecida no Brasil como “Bola de Neve”. Neste método, os primeiros participantes da pesquisa apontaram outros participantes, e assim por diante, até que chegue ao número desejado, logo, forma-se uma rede chamada de cadeias de referência (Baldin & Munhoz, 2011). *A priori* foi delimitado o total de 04 sujeitos por IES como número máximo de participantes, totalizando 16 estudantes, divididos em dois grupos-sujeitos com 08 participantes cada.

Como instrumentos para produção de dados utilizamos num primeiro momento a técnica de entrevista grupal. Este modelo possui características semelhantes ao que Minayo (2006) define como entrevista semi-estruturada, utilizando-se também de um roteiro pré-estruturado pelo entrevistador. No entanto, tais entrevistas, foram realizadas em grupos, compostos pelos participantes, visando promover discussões acerca das temáticas relacionadas aos objetivos do estudo. Tal roteiro não foi fechado, possibilitando ao pesquisador a realização de novas perguntas e indagações que foram consideradas pertinentes, tendo em vista os objetivos do estudo. Para Pinheiro (2013), que considera a técnica de entrevista uma prática discursiva, pois entende a mesma como uma ação situada em determinado contexto histórico, social e político, por meio do qual são produzidos sentidos e construídas versões da realidade, entendemos como uma boa estratégia para captar os sentidos frente a experiência dos participantes quanto à formação em Psicologia. As principais questões norteadoras do roteiro de entrevista foram: 1) informações gerais acerca dos estudantes; 2) norteadores teóricos e conceituais discutidos durante a formação para atuação no campo da saúde; 3) ferramentas e práticas interventivas apresentadas ao longo do processo formativo para atuação no campo da Saúde; e 4) norteadores ético-políticos abordados no campo dos direitos e defesa à Saúde.

O momento da entrevista foi antecedido pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando os parâmetros éticos que norteiam o estudo, indagando sobre a

possibilidade de utilização do gravador de voz e tirando eventuais dúvidas do participante quanto aos procedimentos da pesquisa e aspectos éticos da mesma.

4.3 Procedimentos de Análise de dados

Entendemos a etapa de produção de dados como um processo de produção de sentidos, partindo disto não existe momentos distintos entre o levantamento e a interpretação de tais achados, ou seja, durante todo o percurso de realização da pesquisa estivemos imersos em ambos os processos (Spink & Menegon, 2013). A análise foi auxiliada pelo *software* IRAMUTEQ na primeira etapa do estudo que foi de cunho documental; e na segunda etapa consistiu da análise das falas das entrevistas dos participantes por meio de instrumentos de visualização das práticas discursivas, que visam dar subsídios ao processo de interpretação. Tais âmbitos são descritos detalhadamente a seguir.

4.4. Análise Documental

O âmbito documental visou atender aos objetivos do estudo de identificar os fundamentos epistemológicos acerca da Saúde Coletiva presentes nos currículos de psicologia e analisar as dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas desenvolvidas no decorrer da formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde Coletiva. Tal etapa foi realizada por meio do *software* IRAMUTEQ, este possibilita a efetuação de análises estatísticas sobre *corpus* textuais²¹, como também de tabelas constituídas por palavras, o mesmo é articulado ao *software* R e na linguagem de computação *Python*. Tal *software* viabiliza diferentes tipos de análises de dados textuais, desde as mais simples que abrangem o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas (Camargo & Justo, 2013).

²¹Conjunto de unidades de texto iniciais que se pretende analisar.

Por meio deste *software*, a distribuição do vocabulário pode ser organizada de forma facilmente compreensiva e clara, através de representações gráficas baseadas em análises lexicográficas. Tais análises podem ser feitas tanto a partir de grupos de textos referentes a uma temática específica, como também por matrizes. Dentre as mesmas, foi efetuado durante o estudo o Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Sobre o CHD, Camargo e Justo (2016), afirmam que este classifica os segmentos de textos²² a partir de seus respectivos vocabulários, objetivando a construção de classes, que podem apresentar tanto vocabulário semelhante entre si, como diferentes. Com base nesta análise o IRAMUTEQ organiza tais dados em formato de dendograma, ilustrando as relações entre as classes, o que permitiu a identificação de cada uma das mesmas pelo seu vocabulário característico e por suas variáveis.

Além disso, todas as análises realizadas no IRAMUTEQ foram interpretadas a luz do marco teórico proposto, ou seja, a partir dos fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde Coletiva que orientam os processos formativos nos cursos de Psicologia no Brasil.

4.5 Análise das Práticas Discursivas

A etapa empírica do estudo teve como objetivo conhecer a forma com que os estudantes de Psicologia do Piauí vivenciam e se implicam com os processos formativos para atuar na Saúde Coletiva. Partindo disso, para o início do processo de análise das práticas discursivas foi necessário a imersão dos pesquisadores no conjunto de dados coletados, buscando os marcadores de sentidos, sem os encapsular em categorias definidas *a priori*. Tal preocupação propicia o confronto entre os sentidos construídos pelo campo de análise e o referencial teórico

²²Equivalem ao tamanho de três linhas dimensionadas pelo IRAMUTEQ em função do tamanho do *corpus*.

proposto por nossas teorias de base (Spink & Gimenes, 1994).

Deste confronto inicial, emergiram nossas categorias de análise, tais categorias não apenas descrevem o conteúdo das informações coletadas, mas buscam o entendimento do contexto histórico, social, afetivo, ético e político os quais foram construídas, com esta finalidade desenvolvemos analiticamente como instrumento de visualização das práticas discursivas os Mapas de Associação de Ideias (Spink & Menegon, 2013).

Spink e Menegon (2013), afirmam que o principal objetivo dos Mapas de Associação de Ideias é a sistematização do processo de análise das práticas discursivas, a fim de buscar os aspectos formais da construção linguística e os repertórios utilizados na mesma, propiciando subsídios para o processo de interpretação, como também a facilitação da comunicação dos resultados. A mesma autora ressalta que tais mapas não são técnicas fechadas, mas promovem a interação entre as categorias temáticas que refletem os objetivos propostos pelo estudo e as informações obtidas, possibilitando a redefinição das categorias analíticas durante todo o processo de interpretação.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo obedeceu às diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que versa sobre os parâmetros adotados para a realização de pesquisas com seres humanos. Dentre estes, a manutenção do sigilo sobre a identificação do participante durante todo o processo, como também a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que deve conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar, explicitando os riscos e benefícios do estudo aos participantes, assegurando dessa forma sua vontade de permanecer, ou não, na pesquisa.

Tal estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal do Piauí (UFPI) (CAAE: 180710417.9.0000.5214), sendo a atividade de produção de dados iniciada após a aprovação do mesmo

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho de busca dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Psicologia, disponíveis em domínio público, na página eletrônica de cada uma das 526 IES, retornou com 54 Projetos de Curso. Porém ao aplicar os descritores relacionados à Saúde Coletiva, referidos anteriormente, foram selecionados ao final 30 currículos que apresentaram componentes curriculares relacionados ao tema investigado, constituindo o *corpus* da pesquisa.

A fim de realizar uma caracterização mais geral do material analisado organizamos os Projetos de Curso nas seguintes categorias: região (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste ou sul), instituição (pública ou privada), e porte: grande (900.000 hab.), médio grande (100.001 a 900.000 hab.), médio (50.001 a 100.000 hab.), médio pequeno (20.001 a 50.000) e pequeno (até 20.000 hab.). O Quadro 1 apresenta uma caracterização inicial dos PCC analisados.

Quadro 1. Caracterização dos Planos Pedagógicos de Cursos

Região					Instituição		Porte				
Norte	Nordeste	Centro Oeste	Sudeste	Sul	Público	Privado	Grande	Médio Grande	Médio	Médio Pequeno	Pequeno
3	12	3	6	6	12	18	10	2	8	6	4

Em seguida verificamos cada um dos 30 currículos e encontramos pelo menos 727 disciplinas, conseqüentemente 727 ementas, além de 428 referências bibliográficas relacionadas com algum dos descritores em Saúde Coletiva que orientaram nossa busca. Posteriormente, tais componentes fossem analisados separadamente em *corpus* textuais específicos, por meio do Método da Classificação Hierárquica Descendente, contido no *software* IRAMUTEQ. É importante referir que os três componentes curriculares atingiram o critério mínimo apontado pela literatura de 75% de aproveitamento do *corpus* (Camargo & Justo, 2016).

A Figura 1 apresenta a análise dos nomes das disciplinas.

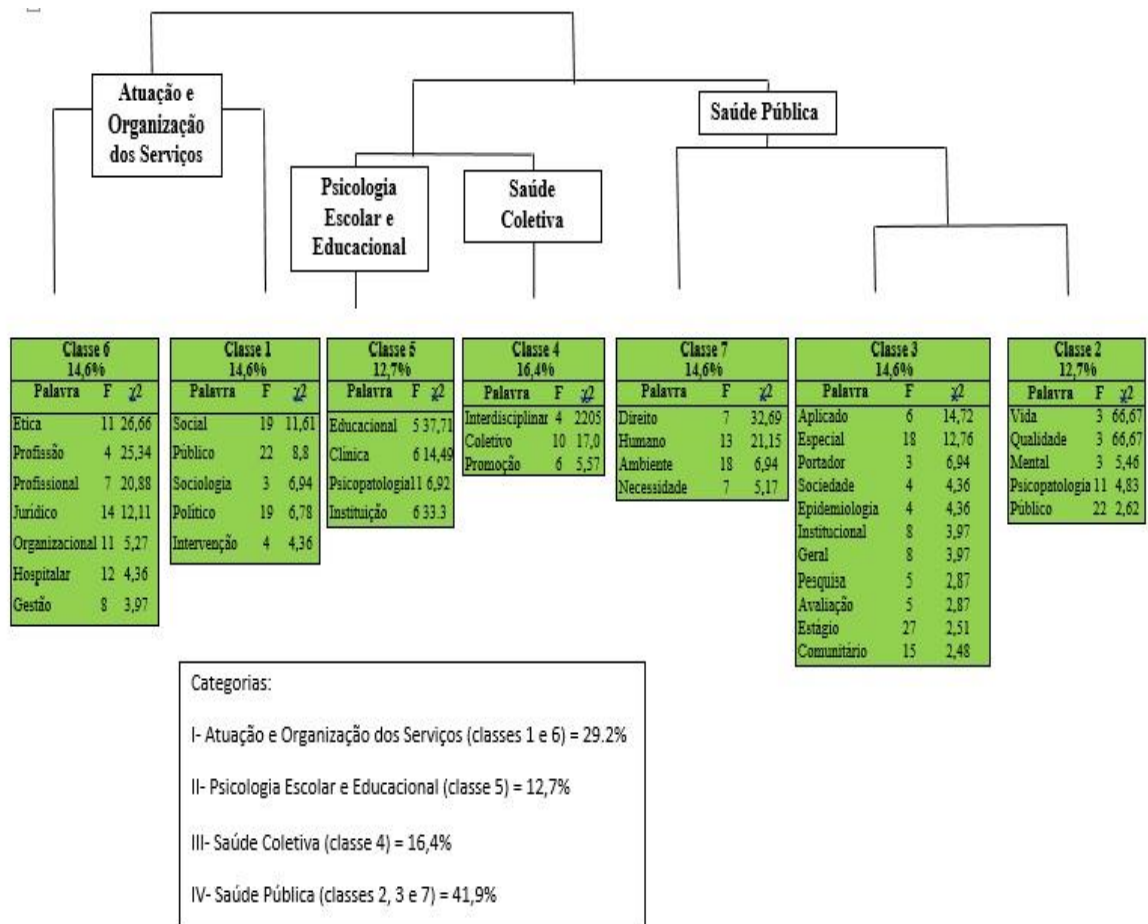


Figura 1. Dendrograma de classes para o corpus dos nomes das disciplinas

Foram feitas divisões sequenciais no *corpus* até se originarem 7 classes. A primeira divisão deu origem a três *subcorpus*. O primeiro *subcorpus*, “Atuação e Organização em Serviços”, são constituídos pelas classes 6 e 1, representam a segunda maior porcentagem dos segmentos de textos das disciplinas (29,2%). As palavras que caracterizaram esse *subcorpus* foram: “ética”, “profissão”, “profissional”, “gestão”, “intervenção”, dentre outras. O segundo *subcorpus* dividiu-se em dois: “Psicologia Escolar e Educacional” que engloba a classe 5; e “Saúde Coletiva” constituída pela classe 4. No que tange a classe 5 “Psicologia Escolar e Educacional”, esta corresponde a 16,4% dos segmentos de texto, sendo constituída pelas

palavras: “educacional”, “clínica”, “psicopatologia” e “instituição”. E, a classe 4 “Saúde Coletiva” representa 16,4% dos segmentos de texto, sendo contemplada pelas palavras: “interdisciplinar”, “coletivo” e “promoção”. Já o terceiro *subcorpus* “Saúde Pública” contempla as classes 2, 3 e 7. Tais classes, ao somadas, representam a maior porcentagem dos segmentos de textos das disciplinas (41,9%). As palavras que o representam foram: “direito”, “ambiente”, “aplicado”, “avaliação”, “público”, dentre outras.

No que tange a análise das ementas, seu resultado foi representado na Figura 2.

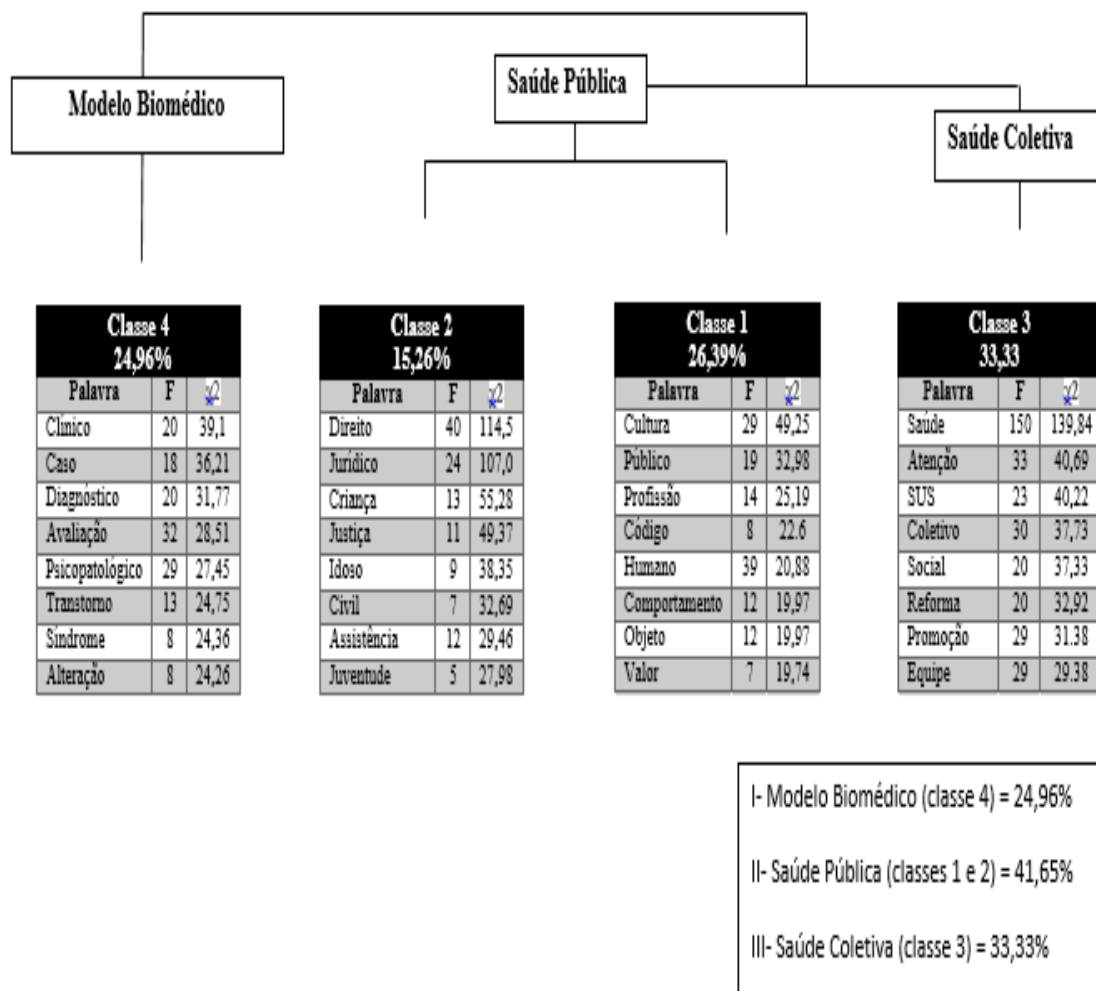


Figura 2. Dendrograma de classes para o corpus de ementas

Nota-se, por meio da Figura 2, que foram realizadas divisões sequenciais no *corpus* até se originarem 4 classes. A primeira divisão deu origem a dois *subcorpus*. O primeiro *subcorpus* deu origem a classe 4 – “Modelo Biomédico”, enquanto o segundo subdividiu em três, construindo as classes 1 e 2 – “Saúde Pública” e 3 “Saúde Coletiva”.

As classes 2 e 1, “Saúde Pública”, corresponderam a 15,26% e 26,39% dos segmentos de textos, respectivamente. Trata-se das classes mais significativas se comparado as demais, sendo constituídas por palavras relacionadas ao campo de Saúde Pública: “direito”, “público”, “comportamento”, “jurídico”, “civil”, “assistência”, dentre outras. A classe 3, “Saúde Coletiva”, representou 33,3% dos segmentos de texto. A mesma faz referência a conteúdos que contemplam o campo de Saúde Coletiva e ao SUS, composta por palavras como: “saúde”, “atenção”, “SUS”, “coletivo”, “social” “reforma”, dentre outras. Ao que tange a classe 4, “Modelo Biomédico”, representa 24,6% dos segmentos de textos, a mesma faz referência a conteúdos de psicopatologia e dos manuais psiquiátricos diagnósticos, composta por palavras como: “clínico”, “caso”, “diagnóstico”, “avaliação”, “psicopatológico”, “transtorno” dentre outras.

Sobre as referências bibliográficas, o resultado está representado na Figura 3.

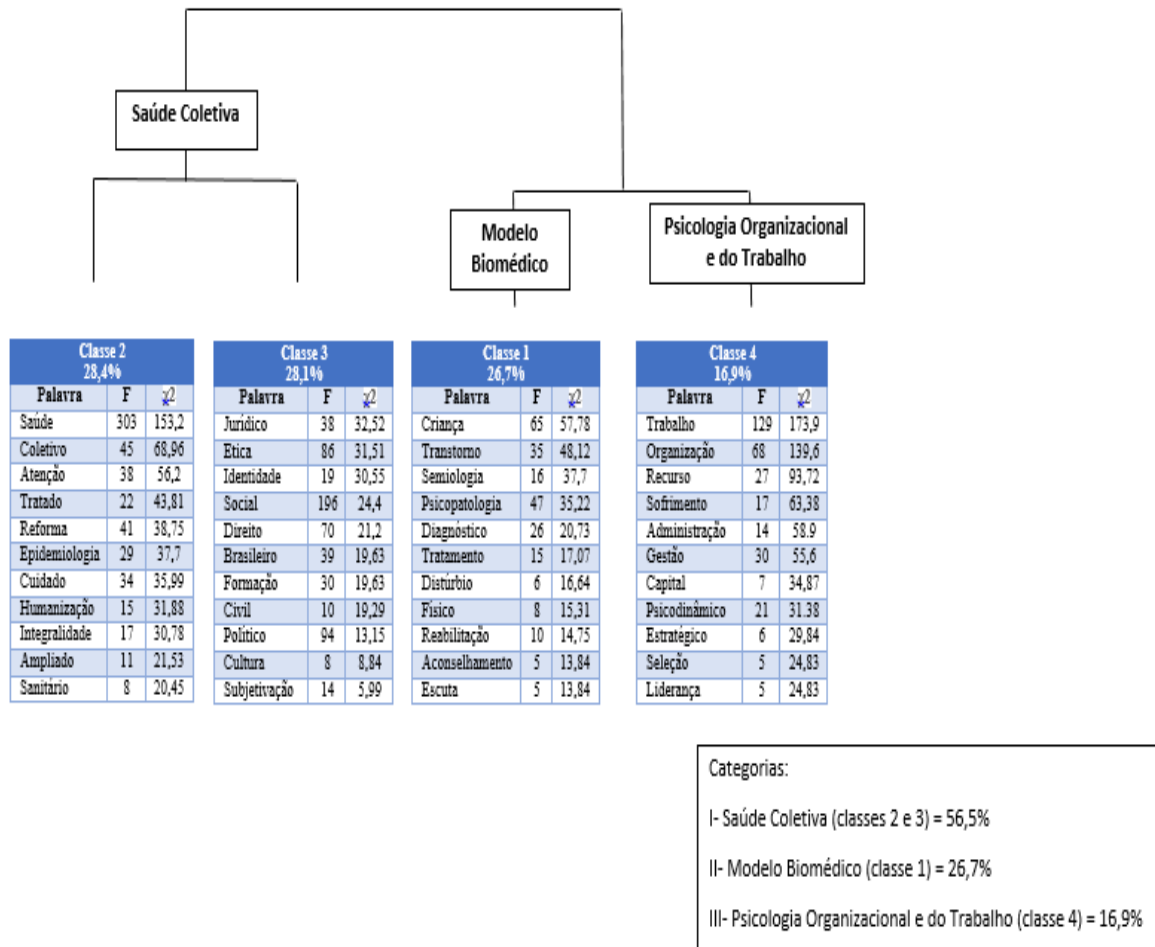


Figura 3. Dendrograma de classes para o corpus das referências

As divisões sequenciais no *corpus* de referências originaram 4 classes. A primeira divisão gerou dois *subcorpus*. O primeiro dividiu-se constituindo as classes 2 e 3; e o segundo contemplando as classes 1 e 4.

As classes 2 e 3, “Saúde Coletiva”, representam 28,4% e 28,1% dos segmentos de texto, respectivamente, somadas representam o maior percentual (56,5%). Tais classes são constituídas por elementos relacionados ao movimento de Reforma Psiquiátrica e do campo de Saúde Coletiva, com destaque para as seguintes palavras: “saúde”, “coletivo”, “atenção”, “reforma”, “cultura”, “subjetivação”, dentre outras.

A classe 1, “Modelo Biomédico”, corresponde 26,7% dos segmentos de texto. Sendo constituída pelas seguintes palavras: “transtorno”, “semiologia”, “psicopatologia”,

“diagnóstico”, “distúrbio”, “tratamento”, dentre outras. Em relação a classe 4, “Psicologia Organizacional e do Trabalho”, esta representa 16,9% dos segmentos, constituída pelos seguintes termos: “trabalho”, “organização”, “recurso”, “administração”, “gestão”, “capital”, dentre outras.

No que tange a segunda etapa do estudo, como já aludido no capítulo metodológico, foi construída por meio de pesquisa de campo realizada com graduandos do décimo período de cursos de Psicologia de IES das cidades de Parnaíba e Teresina/PI. Participaram do estudo 16 estudantes, divididos em dois grupos-sujeitos com 08 participantes cada, com o seguinte perfil:

Tabela 1. Caracterização dos graduandos que contemplam a etapa empírica.

Sexo	Idade	Raça/Cor	Renda Familiar (SM)	Tipo de Escola	Modalidade da IES
Feminino (n=14)	Média (n=25)	Parda (n=7)	1,5 (n=3)	Pública (n=9)	Pública (n=8)
Masculino (n= 2)		Branca (n=6)	1,5 a 3 (n=7)	Privada (n=7)	FIES (n=7)
		Negra (n=3)	3 a 4,5 (n=4)		PROUNI (n=1)
			4,5 a 6 (n=1)		
			6 a 10 (n=1)		

Como instrumento para produção de dados nessa etapa optou-se pela técnica de entrevista grupal. O roteiro de entrevista seguiu os seguintes eixos investigativos: 1) informações gerais acerca dos estudantes; 2) norteadores teóricos e conceituais discutidos durante a formação para atuação no campo da saúde, a partir do entendimento de saúde, doença, social, território e coletivo; 3) ferramentas e práticas interventivas apresentadas ao longo do processo formativo para atuação no campo da Saúde; e 4) norteadores ético-políticos abordados no campo dos direitos e defesa à Saúde.

Além disso, utilizamos como instrumentos analíticos para a visualização dos discursos

construídos os mapas de associação de ideias, objetivando sistematizar e buscar os aspectos formais da construção linguística, como também, a constituição de categorias analíticas (Spink, Brigagão, Nascimento & Cordeiro, 2014). A elaboração do mapa de sentidos seguiu em dois momentos: transcrição sequencial e transcrição integral das falas. No primeiro momento, o material das entrevistas foi analisado, identificando *quem fala, em que ordem cada pessoa fala e sobre o que fala*. Para em seguida identificar *quem fala, sobre o que fala e como cada um/a fala*, a fim de dar visibilidade as categorias analíticas que contemplam os discursos e repertórios linguísticos apresentados (Spink *et al.*, 2014).

Após a organização dos resultados por componente curricular analisado (nome das disciplinas, ementas e referências) e a realização dos dois momentos de análise das entrevistas, apresentaremos em seguida as categorias que nortearam a discussão dos dados de ambas as etapas do estudo: 1) Modelo Biomédico; 2) Modelo de Saúde Pública e 3) Modelo de Saúde Coletiva, orientados pelo seguintes eixos analíticos: a) concepções de saúde, b) práticas e c) norteadores ético-políticos, assim sintetizados no quadro abaixo:

Quadro 2. Caracterização dos eixos analíticos

Eixos Analíticos	Categorias de Análise		
	Modelo Biomédico	Modelo de Saúde Pública	Modelo de Saúde Coletiva
Saúde	Compreensão de Saúde como ausência de doenças, na medida em que enfatiza aspectos biológicos.	Entendimento de Saúde como um modelo “Biopsicossocial” marcado por um arcabouço teórico-prático positivista que considera aspectos sociais, políticos e econômicos como exclusivamente contextuais.	Processo dinâmico construído a partir de variados fatores, sociais, políticos, econômicos e culturais.

Social/Território	Locais onde o sujeito reside e cenários em que tal adoecimento foi instaurado.	Ambientes de atuação do psicólogo, sendo expostos principalmente em disciplinas que versam sobre as Políticas Públicas de forma geral.	Campos para a produção de saberes e de cuidado em saúde, contemplando as necessidades sociais de saúde e não somente componentes contextuais.
Coletivo	Questões interventivas e técnicas da atuação nos dispositivos públicos.	Questões práticas do âmbito da Saúde, desenvolvidas a partir de trabalhos em equipes multidisciplinares.	Compreendido como uma “potência constituinte” e espaço para produção de subjetividades.
Práticas	Possuem um viés curativo e de remissão dos sintomas voltadas principalmente para o âmbito clínico tradicional e hospitalar.	Focam-se no processo de ampliação do modelo clínico hegemônico ao âmbito social, a fim de abarcar um número maior de pessoas.	Tomam como objeto as necessidades sociais de saúde utilizando de tecnologias materiais e imateriais.
Noções ético-políticas	Se restringiram ao código de ética profissional, contemplando questões sobre o sigilo profissional, produção de pareceres e laudos.	Discussões normativas por meio de cartilhas, estatutos e códigos que englobam o campo dos direitos e deveres civis.	Envolvem um projeto de profissão vinculado a emancipação dos seres humanos, sendo pautados por valores de solidariedade, equidade e autonomia.

5.1 Modelo Biomédico

A categoria analítica a qual denominamos de “Modelo Biomédico” esteve relacionada com palavras em referência ao âmbito Psiquiátrico e Psicopatológico: “psicopatológico”, “transtorno”, “síndrome”, “diagnóstico”, “distúrbio”, dentre outros. Do total de ementas pesquisadas (n= 727) e referências bibliográficas (n = 428) nos 30 currículos analisados, de acordo com os seguimentos de texto identificados pelo IRAMUTEC, pelo menos 24,96% (n = 181) das ementas e 26,7% dos títulos das referências (n= 113) estavam relacionados ao “Modelo Biomédico”. Apesar disso, este foi o modelo com maior presença entre os sentidos apresentados ao longo das entrevistas dos graduandos.

No caso das **concepções de saúde** que orientam o processo formativo em Psicologia a partir do Modelo Biomédico, Sobrosa *et al.* (2014) problematiza que este modelo tem suas origens datadas no início do século XX, sendo caracterizado pelo entendimento de saúde como ausência de doenças, na medida em que enfatiza aspectos biológicos acompanhado de alterações fisiológicas como resultantes de desequilíbrios bioquímicos, lesões e/ou infecções (Traverso-Yépez, 2001). O entendimento acerca das concepções de saúde adotado pelo Modelo Biomédico encontra forte ressonância com algumas das ementas dos currículos analisados, por exemplo:

“Estudo dos princípios neurobiológicos dos principais transtornos psiquiátricos. Estudo da farmacocinética e farmacodinâmica dos psicofármacos utilizados no tratamento dos transtornos psiquiátricos e de substâncias psicoativas no cérebro” (PPC 2).

“Psicopatologia e Psiquiatria: histórico, conceitos, princípios, diferentes abordagens teórico-prática. Significado e evolução dos conceitos de normalidade e patologia. Principais fenômenos psicopatológicos padrões. Classificação dos fenômenos psicopatológicos” (PPC 3).

“Sintomas e sinais presentes nos transtornos psicopatológicos. Perspectivas de tratamento. Conceito de crescimento e desenvolvimento e de normalidade. Diferentes abordagens existentes. Epidemiologia dos transtornos da infância e da adolescência. Deficiência Mental. Transtornos invasivos do desenvolvimento. Autismo. Síndrome de Asperge” (PPC 4).

“Principais escolas de psicopatologia. Diagnóstico em psicopatologia. Psiquiatria clássica. Psicanálise e Manuais diagnósticos atuais, a saber, a CID 10 e o DSM V. Esquizofrenia e outras psicoses, transtornos de humor, afetivos, transtornos relacionados ao estresse e ansiedade. Transtornos de personalidade” (PPC 13).

“Os conceitos estruturantes da Genética. Características e propriedades do material genético. Regulação gênica. Cromossomos humanos normais e aberrações cromossômicas. Panorama histórico dos sistemas de classificação dos transtornos psiquiátricos, CID 10 e DSM V” (PPC 20).

“Psicofarmacologia, conceitos básicos, campo de estudo e métodos de investigação. Estudo das interações entre Farmacologia e Psicopatologia. Estudos experimentais e clínicos dos principais agentes psicofarmacológicos. Conhecimentos relativos à ação e efeito de fármacos que agem sobre o sistema nervoso” (PPC 25).

Observamos a não presença nessas ementas de discussões mais críticas que problematizavam o paradigma hegemônico em saúde sob o ideal de cura, e que coloque em questão as noções de normal e patológico, possibilitando pouca (ou quase nenhuma) compreensão mais ampliada acerca dos processos saúde-doença-cuidado. Ao dar ênfase à formação em saúde para conceitos que têm suas bases epistemológicas pautadas nesse modelo, a Psicologia acaba por focar em aspectos segmentados do sujeito, voltados prioritariamente para descrição de características ou fenômenos psicológicos oriundos de alterações biofisiológicas ou da personalidade, as quais apoiarão marcadores teórico-metodológicos centralizados nas abordagens clínicas-terapêuticas (Bernardes, 2007).

- *“Essa questão de conceito de saúde foi abordada praticamente sobre como nossa abordagem clínica pode ajudar no tratamento e cura dessa doença, de como restabelecer essa saúde do paciente, focando mais nos sinais e sintomas” (Participante 1, IES A).*

- *“Dentro de cada abordagem é apresentada o modelo de como a saúde e outras áreas serão trabalhadas dentro da mesma, como tratar aquela doença, o que gera ela, para que o paciente volte a ficar saudável neh” (Participante 5, IES B).*

- *“A forma de ver saúde era muito fragmentada no curso, a gente percebia que eram mais focadas questões sobre esse adoecimento. Ficava aquela coisa do “como tratar” do “como fazer” essa reabilitação desse transtorno, então foi muito escasso durante um curso de cinco anos, pois forma abordados mais essas questões de saúde neh” (Participante 10, IES C).*

Para Sebastiani (2000), apesar do Brasil figurar como um dos países que mais precocemente iniciaram intervenções da Psicologia no âmbito da Saúde, tal atuação possui dentre suas bases formativas ainda o suporte teórico-técnico pautado no paradigma doença-cura, com a Psicologia podendo contribuir para adaptação do sujeito a partir do modelo clínico de intervenção. Ferreira Neto (2008) endossa esse debate ao problematizar que os graduandos de Psicologia se mantêm divididos entre diferentes abordagens teórico-epistemológicas focadas no âmbito clínico, e que pouco conversa e busca transversalidades entre si, permanecendo estanques as necessidades concretas da população brasileira. O autor ainda amplia tal cenário de problematizações ressaltando que esta fragmentação, nitidamente presente nos discursos dos estudantes aqui entrevistados, é uma realidade em muitos cursos de Psicologia por pautarem seus projetos políticos pedagógicos em aglomerados de segmentos conceituais que não dialogam entre si, produzindo o que considera como uma formação compartimentalizada (Ferreira Neto, 2008).

Além disso, Freire e Pichelli (2010) reiteram que esse modelo acaba por priorizar a formação profissional de base individual-assistencialista com conceitos voltados estritamente para o enfoque curativo. Como consequência, os norteadores teórico-conceituais desenvolvidos com base em visões clínicas tradicionais e hospitalocêntricas centralizam o enfoque da doença, entendendo este processo somente a partir de causalidades orgânicas e/ou psíquicas (Freire & Pichelli, 2010). Tais compreensões podem ser visualizadas nos seguintes falas dos entrevistados:

- *“O que a gente percebe que nosso curso é muito voltado para clínica, infelizmente a realidade é essa, ele fica muito restrito a clínica e a atendimentos pequenos. A gente não trabalhou em atendimentos de grandes grupos, em Saúde Coletiva, foram discussões muito vagas, praticamente inexistentes” (Participante 7, IES B).*

- *“Eu lembro que isso de conceito em saúde na Psicologia foi trabalhado mesmo na matéria de psicologia da saúde principalmente no sentido hospitalar só que a gente percebia que ficava muita aquela coisa de como trabalhar com aquele paciente com quadro x, tanto nas aulas como nos estágios” (Participante 3, IES A)”.*

Nota-se, portanto, a fala de alguns dos entrevistados permeada por sentidos que se aproximam do entendimento de saúde pautado pela perspectiva biomédica, a-histórica e a social, ancorada por modelos interventivos individuais voltados para cura, sem promoverem as devidas reflexões críticas conceituais em Saúde a partir de compreensões mais ampliadas do processo saúde-doença-cuidado (Souza *et al.*, 2005). Para Carvalho, Bosi e Freire (2009), dentre os possíveis complicadores que esse cenário apresenta, destaca-se a ênfase dada em cursos de Psicologia a disciplinas que acabam priorizando conceitos de saúde restritos a entendimentos psicopatológicos e psiquiátricos, focados num modelo clínico hegemônico, que se apresenta deficiente frente à realidade social local. Dentre tais disciplinas podemos destacar nos currículos analisados as seguintes:

“Psicopatologia geral. Tópicos especiais em psicodiagnóstico. Teorias e técnicas de avaliação da personalidade. Teorias e técnicas de avaliação psicológica. Construção e validação de escalas de medida em saúde mental” (PPC 10).

“Psicopatologia geral. Distúrbios globais do desenvolvimento psicopatologia infantil. Dificuldades do processo ensino aprendizagem. 1. Estágio supervisionado em psicologia hospitalar. Psicofarmacologia. Estágio básico em psicopatologia” (PPC 18).

“Psicofarmacologia. Psicopatologia. Psicodiagnóstico. Genética humana. Psicologia ambulatorial e hospitalar. Bases anatomo-fisiológica. Neuropsicologia. Avaliação psicológica” (PPC 23).

Ao cair neste modelo formativo à definição de saúde apresentada na formação em Psicologia acaba promovendo visões naturalizantes, trazendo somente um desenvolvimento “previsto” e “ideal” de homem. Posto isto, não se faz relação com as condições de vida e sociais em que se está imerso ou com os princípios do SUS. Ao contrário, segue-se por culpabilizar o sujeito, em função de sua base genética ou hábitos em saúde, promovendo uma noção em que a saúde depende do esforço único e próprio das pessoas e suas famílias. Mesmo quando às necessidades sociais e os meios de vida aparecem entre as bordas da discussão, são circunscritos a elementos contextuais do processo saúde-doença-cuidado (Bock, 1997).

Tal cenário é constatado por Guareschi *et al.* (2010), em seu estudo ao analisarem a forma como os currículos de seis cursos de Psicologia do estado do Rio Grande do Sul estavam organizados para formar profissionais de saúde. As autoras verificaram com base na análise genealógica de cada disciplina, que a maior ênfase nos currículos estava relacionada a eixos temáticos associados a elementos dos campos de Psicopatologia e Avaliação Psicológica, caracterizados por perspectivas naturalizadas e biológicas. Partindo disso, nota-se por meio dos currículos investigados, que este cenário ainda se mantém presente na formação em Psicologia atualmente, mesmo passado quase uma década, e em outros locais do país, a exemplo do que aponta este estudo, isto ratificado, por exemplo, tanto pelo percentual significativo de referências bibliográficas (26,7%) voltadas a elementos do Modelo Biomédico, quanto pela ênfase nas ementas nos currículos analisados (24,9%) de marcadores teórico-metodológicos circunscritos a tais campos (Psicopatologia e Avaliação Psicológica), como representados nos seguintes segmentos de textos dos currículos analisados:

“A história da institucionalização da loucura. As contribuições da Psiquiatria e da Psicanálise no campo da saúde mental. O estudo da psicopatologia história e diferenças teóricas na Psicologia. Conceitos fundamentais de psicopatologia: formação de sintoma e trauma. A CID 10 e o DSM V. Transtornos neuróticos, transtornos psicóticos” (PPC 1).

“As classificações dos transtornos mentais. Identificação e reconhecimento dos diferentes sintomas nas funções mentais e dos transtornos clínicos por meio do exame do estado mental. As formas de tratar a loucura. Conhecimento da atual nosografia psiquiátrica utilizada pelo CID 10 e DSM V” (PPC 7).

Além disso, os discursos dos graduandos acerca de sua formação para atuar no campo da Saúde no Piauí apresentam proximidades aos resultados e problematizações evidenciados no estudo documental realizado por Macedo e Dimenstein (2011) em relação à formação frente ao âmbito de saúde mental no estado. Neste estudo, os autores evidenciam a ênfase dada na organização curricular de cursos de Psicologia piauienses para ações de diagnóstico, a partir de um viés psicopatológico, demonstrando currículos prioritariamente focados no paradigma

biomédico voltado para o diagnóstico e ideal de ajustamento/equilíbrio/cura. Posto isto, depois de quase uma década, os norteadores continuam praticamente os mesmos conforme visualizamos nas passagens das entrevistas realizadas.

- *“Quando a gente foi ver o conceito de saúde mais voltado para essas questões do SUS foi no oitavo período com a disciplina de Psicossomática, até então a gente tinha passado por outras abordagens clínicas e nenhuma tinha abordado que era saúde, focavam-se mais no tratamento daqueles transtornos” (Participante 2, IES A).*

- *“Não tivemos uma disciplina específica de Saúde Mental não. Especificamente não tivemos. A gente teve uma matéria que trabalhou muito a saúde mental que foi a de Psicopatologia e a de Psiquiatria básica” (Participante 3, IES A).*

- *“Na verdade eu acho que essa discussão de saúde mental que tivemos estava relacionada a uma disciplina de Psicanálise e o restante foi visto na disciplina de Psicopatologia” (Participante 8, IES B).*

Outro aspecto que esteve relacionado a concepção de saúde foi o sentido com que aparece os conceitos de social e território tanto nos currículos analisados quanto nas entrevistas. Nesta primeira categoria, os dois conceitos foram utilizados como sinônimo de contexto, em referência ao local onde o sujeito reside e o cenário em que tal adoecimento foi instaurado. Tais conceitos são discutidos de forma fragmentada no decorrer do curso principalmente em disciplinas como Sociologia e Antropologia, a partir de perspectivas genéricas, sem necessariamente qualificar o debate sobre Saúde. Desta maneira, questões sociais são colocadas nas bordas do processo saúde-doença-cuidado nos segmentos de texto dos currículos e nos trechos das entrevistas reunidos nesta categoria, na medida em que a doença assume posição central, conforme sinalizado a seguir:

- *“De social, eu lembro agora, milagrosamente, que o professor de Sociologia ou Antropologia, no segundo período, trouxe um texto para a gente lê sobre o social na saúde, ou a saúde no social. Mas fora ele, eu não me lembro de ter tido outro que abordasse” (Participante 3, IES A).*

- *“Social e território foram justamente discutidos sobre considerar o contexto desse indivíduo neh, sobre onde ele mora, onde habita, para entender onde esse adoecimento iniciou” (Participante 5, IES B).*

“Sinais e sintomas das síndromes culturais. Modalidades de atendimento clínico. Classificação dos fenômenos psicopatológicos. Psicopatologia clínica. Distúrbios da atenção, concentração, consciência, percepção, memória, afetividade, psicomotricidade, inteligência, linguagem, pensamento, impulsos e vontade” (PPC 25).

Percebe-se que aspectos sociais na formação em saúde na Psicologia, a partir do material analisado, são tratados ainda de forma isolada, sendo considerados somente como aspectos contextuais e locais nos quais as doenças originam-se, ao passo que centraliza suas discussões na doença e no âmbito técnico-operativo de produção do cuidado em saúde (Davi *et al.*, 2016). Em vista disso, Cintra e Bernardo (2017) salientam que muitos dilemas e expressões da questão social são reduzidos a questões de comportamento ou na roupagem de quadros diagnósticos/psicopatológicos, fazendo com que seja extremamente necessário promover e esclarecer no decorrer da formação em Psicologia a relação entre esses fenômenos.

No que se refere ao conceito de coletivo que também emergiu acerca das concepções de saúde, nota-se de forma clara o desconhecimento acerca dessa compreensão ao longo da formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde. Diante disso, são focalizadas questões interventivas e técnicas da atuação nos dispositivos públicos:

- *“Não tivemos discussões que tocassem nesse conceito durante nossa formação, não que eu lembre, a gente viu mais a questão de políticas públicas, vimos como trabalhar nos dispositivos públicos (Participante 4, IES A).*

- *“A gente não teve, eu paguei a disciplina na optativa de educação em saúde, que era basicamente como tu faz na prática essa educação em saúde, mas as discussões reais e oficiais sobre saúde pública e saúde coletiva, eu vim ter fora daqui numa experiência de VERSUS (Participante 10, IES C).*

“Elaboração de projetos de implantação e avaliação de serviços de saúde. A inserção do psicólogo no campo das políticas públicas. Políticas públicas de avaliação. Possibilidades de intervenção nas políticas públicas” (PPC 20).

“Nesta disciplina o aluno desenvolverá a habilidade de observação, descrição e análise de uma instituição de saúde, em que haja o exercício profissional de um psicólogo” (PPC 24).

Apesar de apoiar-se em concepções que, num primeiro momento, seriam relativamente próximas ao campo de Saúde Coletiva, a formação em Psicologia precisaria caminhar em direção a promoverem maiores interseções com discussões teórico-epistemológicas que contemplam este campo. Partindo disso, os resultados sinalizam que a formação em Psicologia ainda possui dicotomias entre suas ações e as dificuldades concretas do território, sendo marcadas pela transmissão de conteúdos vinculados as expectativas do diagnóstico com base nos manuais diagnósticos psiquiátricos e o ideal de reversão e ajustes frente ao quadro sintomático (Damiance *et al.*, 2016).

Sendo assim, a formação em Psicologia como está posta atualmente vem se configurando como um instrumento ativo para promoção e manutenção da estrutura social, ampliando somente seus locais de atuação, mas mantendo norteadores conceituais pautados nos reducionismos de uma clínica privatizante, sem realizar as devidas revisões ou mudanças em tais conceitos clássicos de atuação (Dimenstein, 2001). Guimarães e Da Silva (2016) endossam e ampliam tais problematizações, ao afirmar que a própria definição de coletivo no campo da Saúde não é simples, pois tal conceito abarca um bojo de aspectos difíceis de serem aglutinados em um único lugar e sentido. De modo geral, de acordo com as autoras, a noção de coletivo é utilizada de maneira naturalizada, não sendo suficientemente explorada pelas ciências sociais que compõe o campo da Saúde.

Partindo disso, o conceito de coletivo passa a ser uma expressão em vários momentos vulgarizada e tomada como “clichê”, devido à difícil definição concreta do termo, sendo esse utilizado de várias formas e conotações. Ademais, convém então problematizar ao que serventia tal conceito é tomado, a fim de discuti-lo de forma ampla e integrada na formação em Psicologia colocando em evidência o campo de Saúde Coletiva (Guimarães & Da Silva, 2016).

Para romper com esse modelo formativo marcado por dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, Passos e Barros (2000) propõem a construção de planos que contemplem

concomitantemente ambas as instâncias. Neste sentido, o que virá primeiro na formação em geral será a relação, este como elemento transversal nos norteadores teórico-epistemológicos discutidos e problematizados ao decorrer do curso (Passos & Barros, 2000).

Nesse aspecto, Scarparo e Guareschi (2007) consideram então urgentes o processo de reformulação da formação em Psicologia, observando tanto o caráter normativo quanto teórico-prático, para qualificar atuação no campo da Saúde, a fim de favorecer o conhecimento crítico sobre as políticas sociais e sua amplitude. Caso contrário, a tendência é de multiplicação de práticas elitistas e inacessíveis a maior parte da população brasileira. Neste sentido, a formação necessariamente precisa dar prioridade a espaços para a ampliação das concepções de saúde, em interface com as compreensões de social, território, coletivo e produção de subjetividades, ampliando processos de autonomia dos sujeitos frente aos seus processos de adoecimento. Para tanto, é necessário valorizar projetos políticos pedagógicos construídos coletivamente, fazendo-se dispositivos emancipatórios de conhecimento e prática (Scarparo & Guareschi, 2007).

Com vistas a ampliar os estudos acerca do espaço ocupado pelas Políticas Sociais na formação em Psicologia no cenário piauiense, Silva e Yamamoto (2013) realizaram um levantamento das características gerais dos cursos de Psicologia no Estado. Os autores apontam resultados que ratificam os discursos dos graduandos aqui discutidos, destacando a falta de articulação entre teoria e prática, a ênfase dada ao caráter tecnicista da formação, com poucas discussões que contemplem a realidade social e local. Assim, continuam a priorizar a clássica divisão entre as áreas de atuação, clínica, escolar e organizacional, priorizando discussões das abordagens clínicas.

Além disso, nota-se nitidamente tanto no estudo de Silva e Yamamoto (2013), quanto nas falas aqui visualizadas, que as disciplinas direcionadas às políticas sociais são periféricas durante a formação, possuindo lacunas conceituais, além da desarticulação entre si. Paralelamente, visualiza-se uma hegemonia do paradigma biomédico voltado para o

diagnóstico e ideal de ajustamento/equilíbrio/cura na formação, sendo marcante a presença de conceitos voltados para a clínica tradicional, reiterando a força da tradição desta subárea no processo formativo piauiense (Silva & Yamamoto, 2013).

Em relação às **práticas** abordadas que contemplam a categoria biomédica, estas possuem um viés curativo e de remissão dos sintomas voltadas principalmente para o âmbito clínico tradicional e hospitalar. Tais instrumentais são pautados somente na obtenção de habilidades e competências que possuem como objetivo principal o diagnóstico de sinais e sintomas relacionados a entidades etiológicas, conforme sinalizado nos seguintes segmentos de textos presentes nas ementas analisadas.

“Conduta terapêutica e critérios de cura de fenômenos particulares da psicopatologia. A psicoterapia breve e a evolução dos seus métodos. O processo de psicoterapia breve e suas fases. Características da entrevista psicológica. A relação entrevistador–entrevistado e seus fenômenos emergentes. Principais abordagens clínicas e suas áreas da aplicação. Relação terapeuta-paciente” (PPC 8).

“Entrevista inicial, anamnese e de devolução. Diagnóstico clínico e intervenção clínica. O exame mental e a questão do diagnóstico. Identificação e reconhecimento dos diferentes sintomas nas funções mentais e dos transtornos clínicos por meio do exame do estado mental” (PPC 10).

No que se refere as falas dos graduandos destacam-se técnicas tais: “plantão psicológico”, “atendimentos em leitos”, “atendimento breves focais”, “teste psicológicos”, “psicoterapia”, “avaliação psicológica”, “psicodiagnóstico”, “encaminhamentos”, dentre outras. Isto é sinalizado pelas seguintes falas.

- *“Em relação às práticas de saúde a gente viu que elas variavam muito em cada abordagem e que cada uma tem de colocar seu ponto de vista no caso, tem suas técnicas próprias, o que a gente ainda percebia que era um consenso entre elas, era questão de entrevista, escuta, anamnese, e encaminhamento (Participante 3, IES A.)*

- *“De técnicas foram trabalhadas mais coisa da clínica, como escuta, aconselhamento, atendimento breve focal, anamnese, psicodiagnóstico, testes psicológicos, como abordar o paciente que está internado, basicamente isso que eu me recordo (Participante 5, IES B).*

Nota-se que o processo formativo desenvolvido na Psicologia atualmente, acaba por contemplar ao que Luz (2009) denomina de “Modelo Multiprofissional Tradicional” circunscrito a ações realizadas por meio de saberes especializados de cada área, contudo, voltadas somente para uma temática em comum. Desta forma, se distanciando, tanto de perspectivas interprofissionais, quanto ainda mais de modelos transprofissionais. Posto isto, este modelo não promove aos psicólogos reflexões críticas acerca de sua atuação, pelo contrário, afasta a formação em Psicologia dos fundamentos teórico-práticos e ético-políticos da Saúde Coletiva que visa desenvolver ações permeadas por valores como solidariedade, equidade, justiça e democracia (Luz, 2009).

Desse modo, a relação da Psicologia com a Saúde na formação atualmente, adquire características próximas ao que Oliveira, Balard e Cutol (2013) denominam de “Modelo Flexneriano”. Este modelo pauta-se em aspectos anátomo-fisiológicos, direcionando suas ações para o agente etiológico e em posturas profissionais, que pouco contemplam aspectos sociais e históricos. Ao aproximar-se deste modelo, a formação em Psicologia, acaba sendo preponderantemente voltada ao nível de atenção secundária e terciária em saúde, privilegiando ações ambulatoriais e sob o âmbito hospitalar, pautadas nitidamente em concepções e práticas do modelo biomédico. Os segmentos de texto das ementas apresentados a seguir focam na atuação dos psicólogos nos âmbitos clínico, psicofarmacológico e hospitalar, mas pouco propõem e versam sobre trabalhos em equipes de saúde.

“Elaborar processos psicodiagnósticos, aconselhamento, psicoterapia, laudos, relatórios e outras estratégias clínicas derivadas da pesquisa e reflexão permanente dos sistemas teóricos e técnicos psicanalítico, gestáltico, behaviorista e centrado na pessoa” (PPC 22).

“Generalidades e conceitos de Farmacocinética, de Farmacodinâmica, de Farmacologia do Sistema Nervoso Autônomo e do Sistema Nervoso Central. Os quadros nosológicos.” (PPC 25).

“A Psicologia Hospitalar. O hospital como instituição: história e funções. O psicólogo em hospital geral. Métodos de avaliação e intervenção psicológica no hospital. A pesquisa em Psicologia hospitalar” (PPC 27)

Em vista disso, as disciplinas e estágios curriculares na formação em Psicologia direcionadas ao modelo Biomédico se restringem a capacitações nas abordagens clínicas tradicionais, na medida em que não promovem contextualizações adequadas para as necessidades sociais do território que tais práticas serão desenvolvidas (Azevedo *et al.*, 2011). Por consequência, ao utilizar desse arcabouço teórico-prático os psicólogos se deparam com a baixa procura espontânea pelos atendimentos nos serviços que estão alocados, além de grandes dificuldades para integrar equipes multiprofissionais (Davi *et al.*, 2016). Este cenário pode ser visualizado nas falas que seguem.

- *“Quando a gente chegava ao hospital os pacientes perguntavam o que a gente fazia neh a gente explicava bem direitinho para eles, mas ficava aquela coisa, a não tudo bem, eu estou bem, não tinha muito o que fazer, sentia falta mesmo de mais técnicas” (Participante 4, IES A).*

- *“Não foram levantadas muitas questões, principalmente na questão de trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, eram mais coisas da psicologia mesmo, de testes, encaminhamentos, entrevistas, mas sobre como fazer isso com outros cursos, não foi muito falado (Participante 7, IES B).*

Silva e Santana (2015) ao voltarem seus olhares para os estágios que contemplam a formação em Saúde encontram cenário com características próximas as problematizações visualizadas nas falas dos graduandos. Os autores ressaltam a nítida fragmentação teórico-prática desenvolvida na graduação, se distanciando da realidade social, a partir do grande número de disciplinas voltadas para uma atuação clínica e hospitalar centralizadas na doença. Dentre as disciplinas que contemplam norteadores conceituais próximos ao modelo Biomédico nos currículos analisados destacam-se as seguintes:

“Genética humana. Psicologia hospitalar. Psicodiagnóstico. Psicopatologia geral. Psicopatologia e trabalho. Construção de casos clínicos e direção do tratamento. Anatomia. Psicofisiologia” (PPC 12).

“Psicologia hospitalar. Genética. Psicopatologia geral. Psicoterapias. Testes Psicológicos. Avaliação Psicológica. Psicodiagnóstico. Abordagens clínicas terapêuticas” (PPC 16).

Por esta perspectiva, a formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde acaba se tornando um modelo de “especialização prematura” focando em estudos que contemplam significativamente os âmbitos hospitalar e clínico. Tal processo se reverbera em marcadores conceituais afastados de uma visão ampla do processo saúde-doença-cuidado e de referenciais críticos das necessidades sociais da saúde (Dimenstein, 2001; Almeida Filho, 2013).

Nesses termos, Cintra e Bernardo (2017) expõem que é preciso renovar o bojo de práticas apresentadas e discutidas durante a formação em Psicologia, criando um constante processo de estranhamento ao paradigma biomédico, além de propiciar a inventividade dos alunos e professores na criação de novas estratégias interventivas. Desta maneira, formar seria sinônimo de exercitar a autonomia criativa para produção de singularidades tanto teóricas, quanto práticas, sendo a formação em Psicologia campo vivo e dinâmico em suas análises sobre a realidade social, e mais propriamente dita, o processo saúde-doença-cuidado (Cintra & Bernardo, 2017; Passos & Barros, 2000).

Assim sendo, Passos e Barros (2000) propõem a quebra da dicotomização entre o âmbito clínico e a política nos norteadores teórico-práticos da Psicologia, por meio da noção de clínica transdisciplinar, possibilitando se pensar o âmbito clínico como campo vivo, de potência, que cria e recria subjetividades a todo instante. A noção de transdisciplinaridade tenciona a rigidez dos eixos de sustentação epistemológicos, propiciando a desestabilização entre as fronteiras, sendo a Psicologia, e mais propriamente dita sua formação, um lugar fronteiro, no qual um saber intervém sobre o outro, considerando saúde como uma perspectiva coletiva (Passos & Barros, 2000).

Ayres (2004) afirma que precisamos estar atentos enquanto estudantes e profissionais para o fato de que nunca, quando prestamos algum serviço ou prática de saúde a outras pessoas, mesmo estando nessa posição de poder e hierarquizada, nossa presença frente ao outro deve se limitar a uma função de simples aplicador de técnicas e procedimentos. O autor reitera que o profissional da saúde precisa promover um constante processo de reflexão crítica acerca de sua práxis, respondendo perguntas do tipo: “O que é bom para mim?”, “Como deve ser?” (Ayres, 2004).

De forma próxima, mas focando nas práticas em saúde desenvolvidas na Psicologia, Benevides (2005) propõe às seguintes indagações: “Como promover práticas na Psicologia que não sejam classificadas em áreas de atuação definidas pela separação entre si e, muitas vezes, pela desqualificação umas das outras?”, “Como pensar a formação em Psicologia em tempos de perdas de direitos sociais?”, “Como pensar na atuação dos psicólogos se não incluirmos o território que tais práticas são realizadas e o país em que habitamos?”, “Como fortalecer práticas na academia e nos serviços que se co-responsabilizem com a saúde de cada um e com a saúde de todos sem separá-las?” (Benevides, 2005). Tais problematizações podem ser notadas nas problematizações realizados por alguns graduandos ao debaterem sobre seus processos formativos:

- *“Tipo essa discussão que a gente tá tendo aqui, nesse modelo de pesquisa, sobre as práticas que a gente aprendeu em saúde no decorrer do curso tá me angustiando para caramba, escutando as colegas falando, a gente passar a graduação vendo os dispositivos que a gente vai atuar e quando chega nos dispositivos, tá acontecendo encaminhamento, mas a gente não ver muito essa questão de espaço pra se fazer saúde (Participante 11, IES C).*

Não basta, portanto, a apresentação de procedimentos e técnicas a fim de manter certo grau de neutralidade e burocratização do cuidado em saúde na formação em Psicologia, mas a construção de arcabouços teórico-práticos que permitam estabelecer novas práticas pautadas nas necessidades sociais e a ressignificação das políticas e diretrizes que as orientam (Scarcelli

& Junqueira, 2011). Desta forma, saúde e doença não serão somente objetos e alvos interventivos, mas configuraram modos de “ser no mundo”. E, o cuidado entendido não apenas como alcance de um estado de saúde pré-determinado anteriormente, e sim uma relação entre finalidades e meios, por meio de diálogos abertos e implicados entre paciente e profissional (Ayres, 2004)

Em relação aos **norteadores ético-políticos** que contemplam a categoria biomédica, tais conceitos se restringiram ao código de ética profissional, contemplando questões sobre o sigilo profissional, produção de pareceres e laudos. A discussão destes conceitos ficou restrita a períodos e disciplinas específicas na graduação, como Filosofia, Psicologia Jurídica e Ética Profissional, não sendo integradas ao decorrer do processo formativo como um todo. Isto sinalizado pelos seguintes segmentos de textos presentes nas ementas dos currículos analisados e seguintes trechos do material produzido na pesquisa de campo:

- “A gente trabalhou o código de ética, e a produção de algum parecer ou laudo, fomos instruídos a nunca passar do tempo nas sessões, a não falar mais do que está sendo exigido das informações do indivíduo, porque o conselho tá toda hora informando e fiscalizando” (Participante 1, IES A).

“Principais fundamentos do código de ética profissional dos psicólogos. Estrutura e Administração do Conselho Profissional de Psicologia e Legislações atuais. Ética na prática profissional” (PPC 7).

“Reflexões éticas pertinentes acerca da atuação do profissional em Psicologia. Sigilo profissional e perfil da categoria. Regulamentação da profissão de Psicólogo. Código de ética do psicólogo: alcance e limites técnicos” (PPC 9).

Nota-se a ênfase dada na formação a aspectos ético-políticos restritos a posturas profissionais consideradas normativamente adequadas e condizentes com o código de ética profissional na Psicologia. Este cenário corrobora com as problematizações de Dimenstein (2001) ao afirmar que a perspectiva dominante da atuação de psicólogos no campo da Saúde mantém-se afastada de compromissos sociais e políticos na profissão, com base nas necessidades concretas do território. A autora ainda endossa este debate apontando que a falta

de compromisso profissional reverbera em atendimentos pouco humanizados e em falhas na construção de vínculos com os usuários, não sendo seus marcadores teórico-práticos norteados por concepções de cidadania, solidariedade, e engajamento social.

Partindo disso, as questões que contemplam os aspectos éticos e políticos relativos ao processo formativo em Saúde acabam preteridas na sala de aula, no momento em que não são assumidos parâmetros teóricos e metodológicos de ensino que promovam posturas críticas aos alunos, fazendo com que saúde e política mantenham-se em polos opostos na maior parte da graduação (Carvalho & Ceccim, 2009). Podemos entender, por este aspecto, que Psicologia e Política não se misturam ao decorrer do processo formativo, ou seja, formamos psicólogos, sem necessariamente posicioná-los ético-politicamente em defesa do SUS, e de um projeto societário em defesa de direitos; e se somos militantes, não devemos sê-lo enquanto psicólogos. O paradigma que regula estas problematizações é que Ciência e Política são duas categorias inversamente opostas, esferas separadas, que a Psicologia como ciência neutra e objetiva quando lhe convêm ser, não deve se encarregar dessas questões (Benevides, 2005).

Os cursos de graduação em Psicologia, ao serem organizados por meio de escassas discussões políticas e implicação crítica assumem vinculação com o sistema político vigente, marcado pela perda de direitos sociais, afastando qualquer tentativa de assumir posturas implicadas socialmente dos psicólogos. Em vista disso, desenvolve-se uma formação tecnicista, a-histórica, com base numa Psicologia Aplicada que pouco dar ouvidos as mazelas sociais, sendo um projeto de profissão socialmente construído considerado uma utopia, ou até mesmo uma distopia para muitos (Torezan, Calheiros, Mandelli & Stumpf, 2013).

Em outra direção, propõem-se construir uma formação em Psicologia em constante movimento do exercício ético, compreendendo seus norteadores políticos como práticas sociais, implicadas a ideais democráticos e de solidariedade política, instaurados por meio de dispositivos que priorizem e evidenciem a interligação entre os diferentes aspectos que

compõem o processo saúde-doença-cuidado (Davi *et al.*, 2016). Destarte, mais do que fazer discussões acerca dos conteúdos, práticas e disciplinas que devem ser acrescidos ou retirados dos cursos, devemos nos indagar a qual finalidade tais marcadores estão servindo, e que compromissos ético-políticos são tomados como prioritários em suas ações (Benevides, 2005).

Cintra e Bernardo (2017) consideram, então, não apenas a necessidade de ampliação do bojo teórico-prático que propicie uma formação em Psicologia contextualizada soma-se isso a adoção de um posicionamento ético-político crítico sobre as demandas sociais, e sobre o processo saúde-doença-cuidado integralmente. Desta forma, além de problematizar o uso de técnicas e práticas neste modelo de formação regido a gosto do mercado econômico e de serviços em saúde, cabe a Psicologia também refletir sobre as influências que tal conjuntura política brasileira atual promove sobre as diretrizes oficiais que normatizam este processo. No entanto, ao indagarmos se discussões acerca de um projeto profissional para Psicologia tinham sido realizadas na formação, a maior parte dos alunos afirmaram que estavam entrando em contato pela primeira vez com essa temática no momento da entrevista.

- *“Não, não vi nada nas disciplinas, discussões ou problematizações sobre isso não”* (Participante 2, IES A).

- *“Eu li num texto aleatoriamente, não vi isso na sala”* (Participante 5, IES B).

- *“Não tivemos discussões em cima disso, não, não teve, estou escutando agora com tua pergunta”* (Participante 10, IES C).

A partir dessas falas, perguntamos se será possível e/ou desejável permanecermos sem buscar a partir da formação em Psicologia uma identidade profissional para o Psicólogo? O que propor como diretrizes curriculares e norteadores teórico-práticos que sustentem uma implicação ética que não se abstraia de seus compromissos políticos? (Benevides, 2005). Para isso é preciso que o cuidado em saúde desenvolvido na formação considere e participe na construção de projetos coletivos e societários, pautados na organicidade de suas ações a partir

de aspectos sociais e humanizados. Para cuidar, a Psicologia precisa colocar o foco na relação, moldada com base num “modo de viver” e “modo de fazer” que oponham às dissoluções, sendo agente ativo não só no campo dos direitos em saúde, mas na produção de subjetividades autônomas e engajadas nas necessidades sociais (Ayres, 2001).

5.2 Modelo de Saúde Pública

A categoria analítica a qual denominamos de “Modelo de Saúde Pública” esteve relacionada a 41,9% (n=305) dos seguimentos dos textos relacionados aos nomes das disciplinas e as ementas se comparado com o total de 727. Por outro lado, foi a segunda categoria com maior presença de sentidos nos discursos dos graduandos. Tal modelo, de acordo com Souza (2014), se refere a uma parte da Medicina que se propõe intervir sobre a administração pública a fim de manter a população saudável, a partir de um aglomerado de normas e regras que devem ser seguidas pelo sujeito e sua família. Além disso, foca-se principalmente na realização de programas pautados em temáticas específicas do campo da Saúde que contemplam um grande aporte populacional. Desta forma, utiliza como sustentação teórica e prática uma epidemiologia meramente descritiva, além de uma abordagem prescritiva de planejamento e administração da máquina estatal. Saúde, portanto, passar a ter uma **concepção** pautada na administração de programas, serviços, ações que regulam o comportamento de indivíduos e determinados grupos populacionais a fim de diminuir fatores de risco e que comprometam a saúde, além de promover e estabelecer hábitos e estilos de vida saudáveis.

“Abordagem introdutória à Saúde Pública, enfocando sua evolução histórica. Políticas atuais de Saúde Pública aspectos epidemiológicos. Concepções de saúde e doença subjacentes às práticas médicas. Políticas Públicas e a Prática do Psicólogo” (PPC 3).

“Fontes de dados de morbidade e mortalidade. Dinâmica populacional. Estatística vital e indicadores de saúde. Incidência e prevalência. Possíveis abordagens em um

diagnóstico epidemiológico. Morbidade, mortalidade e fatores de risco. Indicadores avaliativos em saúde. Políticas públicas” (PPC 5).

“O psicólogo e sua profissão inseridos no contexto da Saúde Pública. Políticas públicas. Saúde Pública. Áreas predominantes de intervenção da Saúde Pública e da medicina curativa” (PPC 10).

Partindo disso, ao enfatizar durante o processo formativo em saúde arcabouços teórico-práticos pautados no modelo de Saúde Pública, a Psicologia acaba por focar somente na ampliação de seu espaço de atuação neste âmbito, sendo sua práxis apoiada na normatividade de ações e desenvolvida a partir de um viés burocrático e informativo. Para tanto, se trabalha exclusivamente durante a formação questões relativas a cartilhas e resoluções do Ministério da Saúde, por meio de disciplinas gerais relacionadas ao campo de Políticas Públicas com base numa perspectiva considerada biopsicossocial (Carvalho, 2013).

- *“É meio que uma saúde prescritiva para tu tá atuando direto em questões de intervenção com a população em geral, a gente pensava a intervenção aqui a partir de cartilhas, campanhas do Ministério da Saúde e levava para o campo, então é nesse sentido que eu chamo de prescrição” (Participante 3, IES A).*

- *“A saúde como um conceito biopsicossocial, do sujeito está bem com o meio que vive, sendo isso visto no curso principalmente na disciplina de Políticas Públicas” (Participante 5, IES B).*

“Contexto geral da epidemiologia. Planejamento em saúde. História natural da doença e causalidades. Desenho e investigação epidemiológica. Indicadores epidemiológicos. Vigilância epidemiológica. Sistema de informação. Políticas Públicas Discutir as Políticas Públicas e as intervenções da Psicologia” (PPC 12).

“Apresenta e analisa o campo de Saúde Pública. Psicologia e Saúde Pública. Políticas públicas e sociais. Psicologia e campos de políticas públicas e sociais. Políticas públicas de segurança. Psicologia aplicada à segurança pública” (PPC 17).

Traverso-Yépez (2001) problematiza o modelo de saúde considerado “biopsicossocial” enfatizado nas falas dos graduandos, afirmando que este é marcado por posturas paliativas frente ao modelo biomédico, sendo acrescentados somente aspectos psicológicos e sociais muito mais como uma questão retórica e simplista, do que utilizados em sua práxis na Saúde. A autora

endossa essa problematização, ressaltando que ao cair neste modelo, a Psicologia tem permanecido alheia às necessidades sociais, privilegiando ações biologicistas pautadas na tradicional e arcaica divisão cartesiana entre mente e corpo. Por outro lado, perspectivas que contemplem visões integrais do processo saúde-doença-cuidado pouco são desenvolvidas ficando em detrimento de análises estatísticas com fim em si mesmas.

Posto isso, o modelo Biopsicossocial compartilha com o modelo Biomédico o arcabouço teórico-prático positivista que considera aspectos sociais, políticos e econômicos como exclusivamente contextuais e a margem do processo saúde-doença-cuidado, na medida em que enfatiza métodos das ciências naturais (Traverso-Yépez, 2001). A Saúde Pública ao ser assentada nesse modelo torna-se campo de mera aplicação de bases científicas biológicas e comportamentais possuindo como “alvo” problemas sanitários da população, por meio de programas específicos que em sua grande maioria possuem baixa resolutividade para questões que vão além da prevenção e cura (Paim & Almeida Filho, 1998). Tais bases podem ser sinalizadas, por exemplo, nos seguintes segmentos de textos localizados nas ementas analisadas.

“Preservação de saúde. Prevenção e superação de doença. Reabilitação. Programas de educação para Saúde Pública. Riscos e problemas contemporâneos de Saúde Pública. Contextualização sócia histórica acerca de Saúde Pública no Brasil. Saúde Pública. Políticas Públicas em saúde. Educação ambiental em Saúde Pública” (PPC 20).

“Modelos explicativos do processo saúde-doença na população. Indicadores de saúde. Medidas de Saúde Pública. Epidemiologia descritiva. Epidemiologia das doenças transmissíveis. Vigilância epidemiológica. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Epidemiologia analítica. Desenhos epidemiológicos” (PPC 23).

Tais resultados corroboram com as afirmações de Souza (2014) ao apontar que os norteadores conceituais acerca do campo da saúde desenvolvidos no modelo de Saúde Pública pautam-se na definição *a priori* de aspectos da vida pública que precisam ser protegidos e melhorados na saúde da população, tanto por meio da participação estatal, quanto da sociedade

civil. O autor enfatiza que tal modelo não se refere a uma disciplina acadêmica específica, mas acima de tudo uma prática multidisciplinar. Em vista disso, não se resume a simples participação do Estado na promoção e prevenção de surtos sanitários, todavia, engloba ações que vão além da esfera estatal, desenvolvidas pelo âmbito privado, sociedade civil e/ou organizações não governamentais.

Assim, o modelo de Saúde Pública, de acordo com Bernardes e Pellicoli (2008), assume uma conotação de instrumento político, caracterizando-o como um objeto econômico que possibilita ao capitalismo capilarizar-se no cenário doméstico, abarcando nesse processo às esferas pública e individual. Desse modo, a Saúde Pública promove o processo de fragmentação do social, separando agrupamentos sociais específicos, com demandas e queixas diferenciadas, e centralizando-os somente em termos de governança.

O conceito de público, por esta perspectiva, assume uma posição central como objeto da Saúde Pública, se referindo ao “plano sobre qual a razão de Estado se desenvolverá, no sentido de objetivar aquilo que é comum, ou seja, o que produz com a instituição de um “estado civil”, e diz respeito ao indivíduo e à vida em sociedade” (Guimarães & Da Silva, 2016, p.943). Por conseguinte, tal noção é caracterizada por possuir tanto características de gestão do ambiente comum a todos os indivíduos, quanto de mantenedor da ordem e segurança, sendo um cenário propício para que todos possam atingir seus objetivos individuais e de promoção do bem-estar social (Guimarães & Da Silva, 2016).

Para Paim e Almeida Filho (1998) o modelo de Saúde Pública desenvolvido no cenário brasileiro contempla níveis de atenção individual e populacional. O primeiro é marcado por vertentes biomédicas e clínicas, enquanto o segundo toma como objeto de análise as condições ambientais e respostas sociais frente às problemáticas de saúde por meio de ações epidemiológicas. Os autores ressaltam que ambos os modelos são pautados em norteadores conceituais biomédicos, que visam ações de cura e cuidado centradas no agente etiológico.

Ao enfatizar durante o seu processo formativo conceitos acerca do campo da Saúde pautados no modelo de Saúde Pública, a Psicologia acaba por orientar-se a partir de paradigmas que priorizam somente a ampliação de técnicas e locais de atuação de psicólogos. Deste modo, foca-se no desenvolvimento e na aplicabilidade de instrumentos que abarquem uma quantidade maior de pessoas, mas que ainda se mantêm centralizados no agente etiológico, mesmo quando adotam vieses preventivos e de promoção em Saúde (Carvalho, 2013).

- *“Não tivemos discussões que tocassem em conceitos de saúde amplos durante nossa formação, não que eu lembre, a gente viu mais a questão de políticas públicas, vimos como trabalhar nos dispositivos públicos, como fazer planos de ação e como fazer grupos” (Participante 4, IES A).*

- *“Isso de conceitos sobre saúde eram mesmo discussões sobre a atuação dos psicólogos nos dispositivos de saúde, mas nada aprofundado, porque era questão de uma aula sobre ou duas aulas, então não é algo que nos apropriamos muito, isso discutido em seminários, cada grupo ficava com um local de atuação” (Participante 5, IES B).*

Dentre os âmbitos de atuação que obtém ênfase nos currículos analisados destaca-se tanto o contexto escolar e educacional, enquanto *locus* para identificar possíveis comportamentos e problemáticas individuais e familiares que acarretam efeitos na saúde psicológica dos sujeitos, quanto os relacionados ao universo do trabalho. Sobre o primeiro destacamos alguns seguintes de textos para embasar a discussão:

“Elementos constitucionais das dificuldades no processo de ensino-aprendizagem. Descrição, diagnóstico e avaliação de problemas de aprendizagem. A queixa escolar e os possíveis encaminhamentos. O papel do psicólogo escolar junto às dificuldades escolares e aos distúrbios de aprendizagem” (PPC 12).

“Papel do psicólogo escolar na realidade atual. Instrumentalização Técnica do Psicólogo Escolar, diagnóstico institucional, entrevista, estudo de caso, dinâmicas de grupo, aconselhamento, testes, orientação profissional, avaliação psicopedagógica e encaminhamentos” (PPC 17).

“Psicologia Escolar Aplicada, familiarização com os procedimentos do psicólogo no contexto educativo. Participação, como observador, em trabalhos práticos na área de Psicologia Escolar em escolas públicas e particulares” (PPC 23).

Tais dados corroboram com o que afirmam Asbahn, Martins e Mazzolini (2011), ao apontarem que a área de Psicologia Escolar e Educacional cresce mais a cada ano, tanto para atuação nas instituições de ensino, quanto no atendimento clínico e avaliativo relacionado à queixa escolar retraduzida, muitas vezes, em problemas de natureza psicológica (cognitiva, afetiva, comportamental). Os autores ainda enfatizam que apesar do crescimento, a atuação neste âmbito ainda é nitidamente marcada pelo foco em características individuais e psíquicas do processo de ensino-aprendizagem, possuindo como finalidade a realização de diagnósticos que justifiquem cientificamente a exclusão escolar.

Além disso, dentre os fatores primordiais que influenciam neste modelo de atuação, Guarido (2007) aponta a formação em Psicologia ainda marcada, de acordo com a autora, pela transmissão unilateral de técnicas tradicionais (testes e psicodiagnóstico), focando-se em fatores intraindividuais, e não na escola. Trata-se segunda a autora, de encontrar na formação em Psicologia uma possibilidade de enfrentamento ao discurso psiquiátrico (medicalizante) e psicologizante, ultrapassando dessa forma os manuais diagnósticos. Meira (2012) soma tal proposta à realização de problematizações acerca da atuação do psicólogo neste âmbito, objetivando para isso compreender as demandas sociais que tal processo visa atender, servindo desta forma, como uma justificativa para a manutenção da exclusão escolar, principalmente de crianças de menor renda.

Quanto a relação entre saúde e o âmbito do trabalho, Rumin (2016) ressalta que as práticas da Psicologia orientadas a partir de tal dimensão, devem proporcionar problematizações pertinentes acerca do ambiente organizacional, contemplando as relações e condições de trabalho, por meio de ações que possibilitem a exposição de forma clara das influências dos determinantes de desgaste em saúde sobre o processo produtivo. No entanto, observa-se nos currículos investigados que a ênfase dada na formação para este campo ainda apresenta poucas conexões com a proposta de Saúde do Trabalhador, focando-se em grande

parte desse processo na perspectiva tradicional de Psicologia Organizacional e do Trabalho, com o diálogo para saúde mental no trabalho.

“Campos de atuação, recrutamento e seleção de pessoal, job design, avaliação de desempenho, treinamento. Diagnóstico e intervenções na vida da organização, a mudança organizacional. Principais categorias de estudos em Psicologia do Trabalho. Importância do trabalho para a sociedade, o indivíduo e a saúde mental. Programas globais de intervenção” (PPC 30).

Por vezes tal abordagem guarda relação com os norteadores teórico-metodológicos da chamada Medicina do Trabalho, com campanhas de saúde, eliminação dos agentes causadores de adoecimentos físicos e mentais no ambiente do trabalho, reproduzindo as bases diagnósticas e pautadas no modelo clínico tradicional que visa diagnosticar o social (Sobrosa *et al.*, 2014; Ayres & Santos, 2017).

Os conceitos de social e território também emergiram nesta categoria associados à concepção de saúde e novamente foram apresentados como ligados a ideia de contexto e o ambiente de atuação do psicólogo, expostos principalmente em disciplinas que versam sobre as Políticas Públicas de forma geral. Desta maneira, tais conceitos acabam por se circunscrever somente a uma esfera contextual das ações realizadas nos dispositivos de Saúde pela Psicologia, a fim de ampliar sua inserção, em detrimento de discussões amplas sobre a “questão social” e seus efeitos sob as determinações sociais do processo saúde-doença-cuidado no decorrer do processo formativo.

- *“Essa questão do social foi vista sobre a Psicologia está mais próxima da sociedade trabalhando em núcleos de saúde para ter mais reconhecimento, demonstrando a importância da Psicologia e aumentando seus locais de trabalho” (Participante 2, IES C).*

- *“Foi trabalhado na questão do território e social cada área de atuação na Psicologia e as ações que podem ser feitas em cada órgão de saúde” (Participante 7, IES B).*

“Políticas públicas, princípios, leis e concepções. Políticas públicas e Indicadores de qualidade de vida. Contribuições da Psicologia nos contextos da Saúde Pública e

suplementar. Políticas públicas de enfrentamento da toxicomania, o uso de drogas como objeto da Saúde Pública” (PPC 11).

“Conceitos e dimensões de análise das políticas públicas, atores, fases do processo de elaboração e modalidades das Políticas Públicas. Perspectivas atuais das Políticas Públicas. O papel das Políticas Públicas. Parâmetros e referências técnicas para atuação de psicólogos nas Política Públicas” (PPC 15).

Tais resultados corroboram com as proposições de Davi *et al.* (2012) ao apontarem que diversos fatores e componentes da saúde (políticos, econômicos, culturais, afetivos, dentre outros) acabam por serem compreendidos isoladamente durante o processo formativo em Psicologia, fazendo com que a dimensão social e o entendimento de território pelos graduandos sejam frequentemente desconsideradas, ao passo que a perspectiva individualizante, com foco para a doença é predominante. Desta forma, não basta somente ampliar a atuação de psicólogas e psicólogos nos dispositivos de saúde é necessário o desenvolvimento de capacitações a nível formativo que contemplem o SUS e de acompanhamento nos serviços que possam propiciar análises e intervenções críticas acerca da realidade social e política do território que o psicólogo estiver atuando (Senra & Guzzo, 2012).

A formação em Psicologia torna-se, dentre outras, elemento importante para proporcionar a construção de atuações nas políticas sociais fundamentadas não somente na ampliação das oportunidades de trabalho que contemplem as populações historicamente excluídas, mas principalmente promover reinvenções teóricas e práticas durante o processo formativo que vão de encontro às necessidades sociais da população atendida. Desta maneira, os graduandos em psicologia devem ser instigados a assumir posicionamentos ético-estético-políticos direcionados para a produção de autonomia e emancipação do usuário (Barros, 2014).

Para Senra e Guzzo (2012) a necessidade de ultrapassar avanços acerca de questões sociais na Psicologia circunscritos somente a esferas dos discursos é notória, não sendo tais propostas em sua maioria operacionalizadas de forma concreta no cotidiano da ação nos serviços de assistência. Partindo disso, as autoras endossam essa problematização ressaltando

que não será somente a construção de documentos oficiais, tanto acadêmicos (DCNs) quanto a partir de leis e normas governamentais, que promoverão práticas e conceitos no campo psicológico voltados às questões sociais. Tal conjuntura somente apresentará modificações e avanços significativos a partir da participação de todos os atores envolvidos nesse processo (psicólogos, comunidades, IES, gestão, estado, dentre outros) construindo modelos formativos sensíveis às necessidades sociais locais.

Paim e Almeida Filho (1998) reiteram a existência de poucas discussões acerca de conceitos sociais, ligados ao campo dos direitos e processos emancipatórios, ao longo do processo formativo em Saúde. Os autores ampliam tal problematização ao afirmarem que os norteadores conceituais acerca do processo saúde-doença-cuidado são apresentados de forma fragmentada, gradualmente e centralizados na doença. Esse debate é endossado por Barros (2014) ao afirmar que o contexto de formação acadêmica na Psicologia para atuação no campo da Saúde apresenta fissuras claras entre a organização dos cursos e as demandas e desafios sociais apresentados no campo. Como resultado, os estudantes em seus processos formativos acabam recorrendo a norteadores que reafirmam o modelo biomédico de atuação em Psicologia, anteriormente referido, ou associando-o ao modelo de Saúde Pública voltado para vigilância, disciplina e controle.

Ademais, Senra e Guzzo (2012) chamam atenção para a heterogeneidade e o uso banalizado do termo Social, caracterizado em diversos momentos somente como modismo e um conceito “politicamente correto” a ser trabalhado durante a formação. Partindo disso, as autoras ressaltam que mudanças concretas na realidade dos serviços são pequenas, sendo mantida uma atuação mecanicista e a-histórica, esvaziada de sentidos que contemplem um projeto técnico-político da profissão e questões sociais.

No que tange ao conceito de coletivo apresentado nesta categoria analítica, nota-se como o mesmo está relacionado às questões práticas do âmbito da Saúde, desenvolvidas a partir de

trabalhos em equipes multidisciplinares. Desta forma, assumi uma conotação restrita a esfera interventiva, alicerçada a norteadores teórico-metodológicos do modelo de Saúde Pública desvinculados de parâmetros conceituais da Saúde Coletiva.

- *“Isso de coletivo foi trabalhado no sentido de fazer atividades em conjunto com os demais profissionais das equipes de saúde, de forma multidisciplinar, foi dito que o psicólogo deve trabalhar coletivamente nesse sentido” (Participante 2, IES A).*

- *“O coletivo seria a questão mesmo do trabalho com outros profissionais, a questão da multidisciplinaridade, o trabalho do psicólogo com o enfermeiro, com o médico, coletivo como uma necessidade do psicólogo trabalhar em conjunto com diferentes profissionais nos serviços” (Participante 5, IES B).*

“Perspectiva multidisciplinar. Formas de atuação da psicologia na área de Saúde Pública. Formação específica para o trabalho psicológico desenvolvido em instituições de Saúde Pública. Papel do psicólogo nas diferentes agências e serviços de Saúde Pública. Modelos de atuação da Psicologia na Saúde Pública no Brasil. O psicólogo em trabalho multidisciplinar com áreas afins, médico, nutricionista, enfermeiro, assistente social, fonoaudiólogo” (PPC 20).

Os resultados expostos corroboram com a afirmação de Carvalho, Bosi e Freire (2009) ao apontarem a necessidade de um maior investimento em diálogos que tomem a dimensão coletiva como foco durante o processo formativo para atuar nas políticas públicas de saúde na Psicologia. Este cenário é endossado por Guimarães e Da Silva (2016) ressaltando que as formas de coletivo que tradicionalmente são construídas no campo da Saúde assumem sinônimos de termos como população, grupo, e sociedade civil. As autoras denominam tal conceito como “coletivo-população”, sendo caracterizado por sua organização ser realizada prioritariamente pela esfera estatal e restrita a ideia de nação e grupos sociais que possuem especificidades similares (profissionais, geográficas, econômicas, e/ou políticas).

Para Souza (2014) o conceito de coletivo está intrinsecamente relacionado às bases epistemológicas e teórico-metodológicas que o alicerçam, diferindo-se entre os sentidos que compreendem o modelo de Saúde Pública, e aqueles que contemplam o campo de Saúde Coletiva. Para o autor os próprios conceitos de Saúde Pública e Saúde Coletiva ainda estão

distantes de adquirir diferenciações entre um campo e outro consideradas consensuais, com autores de ambos os campos apresentando diferentes posicionamentos entre si acerca de suas similaridades e diferenciações.

Em geral, o modelo de Saúde Pública pauta-se em pressupostos epistemológicos alicerçados na doença, tanto no processo de transmissão, quanto de manutenção e prevenção de adoecimentos, adotando-os como ponto de partida para propor conceitos explicativos acerca de saúde (Guimarães & Da Silva, 2016).

“Conceito de saúde e enfermidade. Classificação diagnóstica, nosológica e etiológica segundo organizações internacionais. Noções de epidemiologia. O psicólogo no contexto da Saúde Pública. Concepções de saúde e doença subjacentes às práticas médicas oficiais” (PPC 3).

“Definição conceitual, epidemiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial das síndromes e transtornos mentais, conforme a taxonomia da CID10, OMS, e do DSMV, a partir da idade adulta. Histórico, conceito, etiologia, epidemiologia, diagnóstico diferencial das diversas deficiências. Políticas atuais de Saúde Pública, saúde da família, cuidados materno-infantis, saúde mental, hanseníase, toxicomania e Aids, aspectos epidemiológicos e de tratamento” (PPC 7).

Por outro lado, o modelo de Saúde Coletiva privilegia a relação entre os diferentes determinantes do processo saúde-doença-cuidado, por meio de práticas de saúde realizadas coletivamente e implicações políticas vinculadas às questões sociais (Guimarães & Da Silva, 2016).

“Saúde coletiva, políticas de saúde, movimentos sociais e a Psicologia. Políticas e modelos de atenção à saúde. Diretrizes do SUS. Evolução da legislação das políticas públicas na Saúde Coletiva como subsídio para a execução das atividades gerenciais e assistenciais nas unidades locais de saúde, em consonância com os modelos vigentes de atenção à saúde. Programa de Saúde da Família e nos diferentes níveis de atenção à saúde e programas da área da Saúde Coletiva” (PPC 17).

“Apresenta os conceitos de saúde como espaço de atuação interdisciplinar e a relação com a ciência psicológica, incluindo o papel do psicólogo como agente na prevenção do adoecer e nos processos de reabilitação. Enfoca a dinâmica entre saúde e doença dentro de um contexto social e a sua inserção no contexto do SUS” (PPC 23).

Souza (2014) identifica duas principais diferenciações entre o modelo de Saúde Pública e a Saúde Coletiva, a primeira se refere às opções teóricas e a análise do processo saúde-doença. Enquanto os estudiosos da Saúde Pública realizam suas intervenções a partir de norteadores conceituais que consideram o adoecimento como uma sucessão linear de fatos e seu foco principal, não deixando claro suas bases epistemológicas. O modelo de Saúde Coletiva deixa explícita sua proximidade com o materialismo histórico e, de maneira mais recente, às abordagens como a sociologia de Pierre Bourdieu, a Teoria da Complexidade de Edgar Morin, e as perspectivas pós-estruturalistas, além de desenvolver suas práticas em Saúde pautadas nas necessidades sociais (Souza, 2014).

Quanto à segunda ordem de diferenciações, a autora destaca o entendimento de processo de trabalho em Saúde (objeto, instrumentos e ações) proposto por cada um dos modelos. O Modelo de Saúde Pública utiliza com objetos de trabalho os problemas de saúde (mortes, agravos, doenças, riscos, dentre outros), apreendidos por meios de uma epidemiologia descritiva e estatística, a fim de encontrar um padrão nosológico a nível público. Desta forma, o conceito de saúde que alicerça tais ações é o da ausência de doenças. A Saúde Coletiva, por sua vez, assume como seu objeto as necessidades de saúde, ou seja, todos os aspectos não somente relacionados à prevenção de doenças e prolongamento da vida, mas também ligados a promoção de saúde (sociais, econômicos, afetivos e políticos). Nesse sentido, toma o conceito de saúde como um processo vivo, dinâmico, e em constante modificação (Souza, 2014).

Em vista disso, Guimarães e Da Silva (2016) consideram de fundamental importância a discussão do conceito de coletivo durante o processo formativo em saúde, especialmente na Psicologia, a fim de diferenciá-lo de termos como, por exemplo, público e sociedade. As autoras endossam tal problematização afirmando que ao limitar durante a formação conceitos de coletivo que se restringem à simples esferas interventivas a Psicologia promove a construção de norteadores teórico-metodológicos alicerçados no modelo de Saúde Pública. Por

consequente, promove noções de coletivo a partir do indivíduo medicalizado, sendo orientada a dar respostas à normalização imposta pelo saber médico hegemônico e se mantém afastada do campo de conhecimentos e práticas de Saúde Coletiva (Guimarães & Da Silva, 2016).

Em relação às **práticas** abordadas durante o processo formativo que contemplam o modelo de Saúde Pública, estas se focam no processo de ampliação do modelo clínico hegemônico ao âmbito social, a fim de abarcar um número maior de pessoas, sendo pautadas em práticas de saúde numa perspectiva no máximo multidisciplinar. Desta maneira, promove poucas transversalizações entre Psicologia e diferentes áreas que contemplam a Saúde Coletiva, assumindo cada área uma função específica e pouco dialogado ente si.

“Diagnóstico e intervenção em Saúde Pública. Planejamento, execução e avaliação de intervenções características do exercício profissional do psicólogo na Saúde Pública. Conhecimentos, habilidades e atitudes para uma prática profissional a ser desenvolvida em Saúde Pública” (PPC 28).

“A atuação do psicólogo na área da Saúde Pública. Políticas e Programas de Saúde Pública que desenvolvem ações na proteção, promoção e reabilitação. Indicadores avaliativos em Saúde Pública. Metodologia e tecnologia para a educação em saúde. Estratégias de inserção, mobilização e intervenção nas comunidades” (PPC 29).

No que se refere as falas dos graduandos, destacam-se os seguintes instrumentais:

“participação em campanhas de saúde (Janeiro Branco, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, etc.)”, “dinâmicas”, “distribuição de panfletos, laços e balões”, “palestras”, “vídeos”, “cartilhas”, “grupos de convivência”, “planos de ação”, dentre outros.

- *“A questão de práticas em saúde a gente participou de campanhas como o Janeiro Branco, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, entregando panfletos, laços, balões sobre cada temática a população em geral” (Participante 3, IES A).*

- *“Nisso de práticas a gente ficou nessa questão da prevenção e da educação em saúde, no caso a gente levava vídeos para as crianças sobre abusos sexuais e sobre higiene pessoal nos estágios” (Participante 5, IES B).*

- *“Sobre a questão do trabalho em saúde foi discutido a questão multiprofissional, a equipe de profissionais de determinado órgão tem que trabalhar em conjunto, como um todo, para atender o sujeito, mas sinceramente eu achei bem vago essas discussões*

sobre esses aspectos ao decorrer do curso e grande parte realizadas em seminários” (Participante 9, IES C).

Tais resultados apresentados acerca das práticas expostas durante o processo formativo em Psicologia corroboram com as problematizações de Archanjo e Schraiber (2012) ao apontarem que a articulação entre clínica e o âmbito público-sanitário intensificada nas últimas décadas coloca os psicólogos frente a duas possibilidades de atuações distintas entre si. O primeiro modelo interventivo considerado predominante para os autores é marcado pelo processo de institucionalização da clínica nos dispositivos públicos de saúde, mantendo os arcabouços teórico-práticos clínicos tradicionais por meio da realização de atendimentos individuais. Quanto à segunda possibilidade de atuação, esta se realiza a partir de aproximações com o modelo de Saúde Pública focalizando suas ações na prevenção e promoção à Saúde. Desta forma, se nota nitidamente a partir dos resultados expostos que tais possibilidades de atuação em Saúde mantêm-se predominantes no processo formativo em Psicologia atualmente (Archanjo & Schraiber, 2012).

Ao focar na apresentação de instrumentais durante a formação em Psicologia que priorizam ações isoladas a partir de uma epidemiologia tradicional e descritiva, restringe-se este processo a norteadores teórico-metodológicos limitados a meios de trabalhos característicos da Saúde Pública. Por conseguinte, a formação em Psicologia centraliza suas ações na concepção biologicista da saúde, por meio do desenvolvimento e participação em campanhas de saúde específicas e desarticuladas dos demais setores (Educação, Assistência Social, Segurança, dentre outros) (Souza, 2014).

Além do mais, tal processo de centralização nestes instrumentais durante a formação acaba por restringir as discussões ao caráter preventivo da atenção em saúde, por meio de uma perspectiva individualizante e fragmentada que coloca os indivíduos e as comunidades como os únicos responsáveis tanto por sua saúde, quanto pelos aspectos imersos neste processo ao

longo de suas vidas (sociais, políticos, culturais, ambientais, etc.). Sendo assim, tais resultados apontam ainda para um processo de afastamento de discussões acerca de estratégias de promoção em saúde na Psicologia, que possui a busca pela autonomia dos sujeitos como principal norteador, visando a realização de ações transversais, multi, inter e transdisciplinar, não se limitando somente a questões relativas a prevenção, tratamento e cura, como por exemplo, visualizadas aqui, mas que englobem a melhoria das condições de vida da população de forma integrada. Neste sentido, promover saúde é mais amplo do que considerar somente a ausência de doença, mas um processo de caráter coletivo, pautado no fortalecimento dos princípios de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, participação social, dentre outros (Czeresnia & Freitas, 2003).

Em vista disso, o modelo formativo em Psicologia aqui discutido assume características próximas ao que Paim e Almeida Filho (1998) consideram ser uma “Atenção Primitiva à Saúde”. Tal conceituação se dá pela adoção de posicionamentos teórico-metodológicos diferenciados para distintos nichos populacionais e que estão focados prioritariamente na redução de gastos em saúde pelo Estado. Deste modo, são desenvolvidos escassos instrumentais que abarquem as necessidades concretas da população brasileira na formação em Psicologia, culminando com uma precária atuação e organização profissional nos serviços destinados a uma parcela da população considerada inferior (Paim & Almeida Filho, 1998).

Além disso, ao observarmos a ênfase dada aos aspectos de organização e gestão dos serviços de Saúde nos currículos, nota-se que os mesmos focam no âmbito técnico-operativo de atuação em detrimento das necessidades reais contidas nas redes de saúde. Tal aspecto pode ser visualizado tanto pela grande significância nas classes de palavras como “profissional”, “intervenção”, e “gestão”, quanto pelos seguintes segmentos de texto presente nas ementas.

“Nesta disciplina o aluno desenvolverá sua capacidade de observação e análise de instituições e serviços de saúde. Levantamento, descrição e compreensão de dados.

Estabelecimento de prioridades e diagnóstico. Elaborar e aplicar programas de intervenção. Elaboração de relatórios de observação, parcial e final” (PPC 3).

“Planejar e executar programas de promoção da saúde no âmbito institucional. Identificar as fases fundamentais do processo de trabalho e seus modelos de gestão. Compreender os pressupostos e fases do processo de construção da Psicologia do Trabalho. Identificar os campos de práticas do Psicólogo do Trabalho relacionados aos processos de gestão” (PPC 22).

Diferente do exposto, para Onocko-Campos (2000) o Planejamento e a Gestão possibilitam a utilização de atividades que quebrem a dicotomia e estagnação entre política e as práticas de saúde, possuindo características tanto de método quanto de processo social para redução da alienação, por meio da participação política. Trata-se de uma área que não se resume apenas a criação de planos e projetos, mas atuando nos âmbitos da informação, avaliação e do trabalho em equipes.

Teixeira e Sá (1996) endossam tal problematização, ressaltando que o ensino na graduação envolvendo a área do Planejamento e Gestão é realizada por disciplinas gerais e inespecíficas, se limitando apenas a exposição das grandes temáticas, sem o necessário aprofundamento nos planos epistemológico, prático e ético-político de seus métodos para operacionalização de Políticas Públicas de Saúde mais próximas as necessidades da população. Fazendo com que, sejam necessárias reflexões sobre a amplitude de tal modelo, abarcando para isso durante a formação, seus diversos referenciais teóricos e níveis de atenção, tais como a vigilância em saúde, educação permanente, promoção e prevenção de saúde, participação popular, dentre outros, visando o fortalecimento do controle social e do próprio SUS (Vasconcelos & Pasche, 2009; Osmo & Schraiber, 2015).

Esta lógica de manutenção e promoção do modelo formativo na Psicologia que se aproxima de referenciais da Saúde Pública pode promover um processo de culpabilização dos indivíduos acerca de seus adoecimentos, tanto pela adoção de uma concepção errônea e arcaica da chamada epidemiologia dos fatores de risco, quanto por promover poucas adaptações em

suas técnicas para a realidade social. Assim sendo, a Psicologia assume-se como agente ativo no processo de considerar saúde um bem de consumo, portanto, a ser regida a sabor do capital. Para tanto, delega aos usuários dos serviços características de puros consumidores no grande mercado da saúde, na medida em que pouco dar ouvidos às mazelas sociais substancialmente presentes nos processos de adoecimento (Camargo Junior, 2013b).

Neste sentido, Sebastiani (2000) observa a ausência de um marco teórico que englobe as diretrizes do SUS na formação em Psicologia para Saúde, que em nossa opinião refere-se ao campo da Saúde Coletiva. Para o autor, isso se deve, dentre outros complicadores, ao grande número de disciplinas, mas que pouco aprofundam a discussão de tais parâmetros, é o que encontramos nos currículos investigados, em que sobressaiu um maior percentual de disciplinas (41,9%) cuja preocupação é com caráter tecnicista da atuação.

“Saúde Pública e o sistema único de saúde. Estágio básico em Saúde Pública. Saúde Pública e mental. Psicologia em instituições de Saúde Pública. Psicologia comunitária. Políticas públicas” (PPC 17).

“Psicologia e políticas públicas em saúde. Psicologia e Saúde Pública. Saúde pública. Psicologia comunitária e políticas públicas. Políticas públicas. Estágio profissionalizante em Saúde Pública” (PPC 27).

Para Matos (2004), o diálogo entre Psicologia e Saúde Pública aqui discutido se refere a um dos possíveis caminhos a trilhar durante o contato da ciência psicológica frente às demandas de saúde consideradas sociais. Desta maneira, a autora propõe que tal aproximação deve ocorrer a partir de interseções entre ambos os campos, contemplando dimensões tanto individuais (comportamentais, cognitivas, biológicas), quanto aspectos contextuais (família, escola, trabalho, comunidade), ou seja, os vários cenários que os seres vivos interagem. Contudo, nos indagamos, inspirados nas problematizações de Donnangelo e Pereira (1976), se ao fincar grande parte de seus norteadores teórico-metodológicos no modelo de Saúde Pública a Psicologia tanto em sua atuação profissional, quanto no seu processo formativo para Saúde aqui discutido, não estaria trabalhando diretamente para a manutenção e execução do modelo

Neoliberal, constituindo-se como agente ativo do processo de individualização/privatização, conseqüentemente, de medicalização/psicologização da sociedade? Para tanto, não delimita suas ações em práticas pautadas pela redução do processo saúde-doença-cuidado a fatores biológicos e psicológicos, na medida em que aspectos sociais, políticos e afetivos são colocados nas margens de tais discussões?

Bernardes e Pellicoli (2008) endossam tais problematizações acerca do modelo de Saúde Pública, apontando que, ao longo da história, este serviu para o processo de modernização e industrialização do país. Trata-se, de acordo com as autoras, de um processo de “publicização da vida”, por meio da expansão desenfreada de novos instrumentais, tecnologia, insumos, medicamentos e práticas, que tomam a saúde somente como justificativa, ao mesmo tempo em que o lucro e a maior funcionalidade da sociedade adquirem a finalidade principal.

Este cenário formativo, aqui discutido, reverbera na própria definição de usuário dos serviços de Saúde pelos graduandos em Psicologia como simples beneficiários. Quanto ao entendimento de comunidade, em linhas gerais, aparece somente como campo de intervenção, não levando em consideração no desenvolvimento de suas ações em saúde o saber popular (Azevedo, Tamatsu & Ribeiro, 2011). Tal constatação endossa a afirmação de Davi *et al.* (2016) ao indicar a existência de uma grande gama de estudos acerca da atuação de psicólogos nos mais variados serviços de saúde que apontam a realização de uma transposição direta dos norteadores conceituais e práticos da clínica tradicional durante sua atuação neste âmbito. E, mesmo quando alguns psicólogos tentam produzir novas maneiras de atuação no meio público, como por exemplo, práticas grupais, acabam por encontrarem dificuldades devido ao nítido despreparo técnico, sendo essa modalidade de trabalho realizada de forma acrítica, a fim de atender normativamente às exigências de maior funcionalidade e adoção de comportamentos e hábitos saudáveis (Davi *et al.*, 2016).

Em relação aos **norteadores ético-políticos** que contemplam a categoria de Saúde Pública, tais conceitos se restringiram a discussões normativas por meio de cartilhas, estatutos e códigos que englobam o campo dos direitos e deveres civis: “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, “Constituição Federal”, “Estatuto da Criança e do Adolescente”, “Estatuto do Idoso”, “Cartilhas sobre o SUS”, dentre outros.

- *“As discussões sobre ética e política ficaram muito focadas na apresentação e discussão de estatutos, como por exemplo, o da criança e do adolescente, estatuto do idoso, a constituição federal, sobre a importância de o psicólogo conhecer essas leis” (Participante 4, IES A).*

- *“Essa questão de ética e política foi visto no curso em relação aos direitos e deveres de cada ser humano na sociedade, e de como os psicólogos devem respeitar esses direitos” (Participante 7, IES B).*

“O Estatuto da Criança e do Adolescente. Políticas de direitos para crianças, adolescentes e idosos e contexto institucional. Possibilidades de atuação profissional nas políticas de direito. Psicologia, Sociedade Civil e Direitos Humanos” (PPC 3).

“Constituição de 1988. Estudo dos Direitos Humanos. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Articulação entre temas relativos à violação de Direitos Humanos e a prática psicológica” (PPC 4).

Tais aspectos corroboram com o apontado por Almeida Filho (2013) ao afirmar que o desconhecimento e a escassez de compromissos ético-políticos são características marcantes no perfil de graduandos do ensino superior em Saúde desenvolvido no cenário brasileiro. O autor ainda reitera que é nítido o pouco envolvimento durante o processo formativo dos estudantes com temáticas políticas que envolvem o SUS, isto reverberando em déficits profundos na compreensão e operacionalização das práticas em Saúde, sendo raros os atendimentos realizados com base em concepções mais humanas e que integrem aspectos psicológicos, sociológicos e filosóficos.

Benevides (2005) endossa esse debate ressaltando que a Psicologia vem sistematicamente colocando em duas esferas separadas e opostas entre si a sua dimensão política e o âmbito prático, sendo a primeira entendida somente como âmbito social e a segunda

como de ordem do individual. Desta maneira, o processo de “despolitização” na ciência psicológica é notório contemplando tanto o campo profissional, quanto acadêmico, fazendo com que às práticas em saúde desenvolvidas pela Psicologia compreendam o sujeito a partir de conceitos alienados e abstraídos de suas necessidades sociais (Benevides, 2005).

Diante dessa visão marcada pela ênfase de uma ilusória neutralidade profissional frente às causas políticas e sociais são construídos no processo formativo em Psicologia binarismos que separam sujeito e objeto, interior e exterior, indivíduo e coletivo, clínica e política, clínica e saúde coletiva, enfim, Psicologia e Política. Tais divisões promovem noções conceituais expressando tais categorias como dialeticamente opostas, afastadas e de naturezas diferentes, isso com intuito de manter um grau considerado de cientificidade a Psicologia. Deste modo, trata-se de construir uma formação apolítica e neutra, a fim de resguardar a ciência psicológica de transversalizações com outros campos, formando profissionais acríticos que serão apenas meros reprodutores de práticas e procedimentos (Bernardes & Guareschi, 2010)

Para Leite (2014) tal realidade acerca do afastamento de discussões políticas e da necessidade de engajamentos sociais no processo formativo em Psicologia reflete a organização das propostas curriculares apresentadas normativamente, em que o principal objetivo está direcionado para a formação que foque na inserção do aluno no mercado de trabalho, sem promover às devidas conscientizações sobre a finalidade por trás de suas práticas. Desta forma, desenvolvem aos alunos noções de homem entendido basicamente como “um ser que produz e consome, **isento de adoecimentos/sofrimentos, gozando de certo bem-estar**, não sendo considerado em suas dimensões ética, moral, estética, política, afetiva reflexiva, transformadora, etc.” (Leite, 2014, p.97. Grifos nossos).

Ferreira Neto e Penna (2006) afirmam que nas DCNs em Psicologia prevalecem noções éticas e políticas circunscritas aos comportamentos considerados adequados para a atuação dos psicólogos nas diversas áreas que estão inseridos. Por conseguinte, foca-se somente na

transmissão durante o processo formativo de habilidades e competências aos alunos que contemplem tais posturas profissionais, mas sem as devidas discussões acerca da finalidade de sua atuação e engajamentos nas causas sociais. Tal cenário realça a necessidade de promover discussões acerca da dimensão ética e política de forma transversal em toda a graduação, não se restringindo a esfera governamental e curricular (Ferreira Neto & Penna, 2006).

“Elaboração de projetos de implantação de serviços em Saúde Pública. Avaliação dos serviços. Definição dos objetivos e das metodologias de intervenção do estágio em Políticas Públicas” (PPC 12).

“Nesta disciplina o aluno desenvolverá sua capacidade de utilização de metodologias de investigação para análises no contexto de Saúde Pública e para a operacionalização dos procedimentos de intervenção da Psicologia neste campo” (PPC 15).

Barata (2005) soma tais problematizações à necessidade de levar em consideração fatores sociais e políticos no âmbito da saúde, por meio de discussões acerca do aspecto ético que ultrapassem os limites da dimensão ética baseada na normatividade das ações, relacionando tais questões aos direitos humanos. Desse modo, a construção de uma formação em Psicologia para atuar no campo da Saúde Coletiva deve possibilitar mais que a simplista transmissão de técnicas e procedimentos para serem utilizados no cotidiano da atuação, mas propiciar a promoção de compreensões acerca do processo saúde-doença-cuidado pautadas em pensamentos críticos, na produção de subjetividades autônomas, politicamente implicadas, dentro dos diferentes contextos. Psicologia deve mover-se além do sentimento de penalização frente às deficiências da Saúde Pública, e colocar-se na direção de movimentos de mudanças, como por exemplo, o modelo de Saúde Coletiva e os princípios das Reformas Sanitárias e Psiquiátricas (Reis & Guareschi, 2010).

Tais norteadores colocam-se como condição *sine qua non* para pensar uma atuação que integre um posicionamento político mais crítico por parte dos psicólogos durante o processo formativo em Psicologia, sendo este o grande desafio para a profissão no âmbito das políticas sociais, e particularmente para o campo da Saúde Coletiva. Para tanto, mais do que a discussão

de quais práticas e norteadores conceituais devem estar presentes no modelo formativo, talvez se deva pensar num processo de reinvenção da própria Psicologia (Yamamoto & Oliveira, 2010).

5.3 Modelo de Saúde Coletiva

Esta categoria teve a seguinte representação nos componentes curriculares dos 30 Projetos de Curso investigados: do total de 727 disciplinas analisadas, identificamos apenas 16,4% (n=117) dos componentes de texto neste componente; por outro lado, do total de 727 ementas, identificamos 33,33% (n=241); e do total de 428 referências, identificamos 56,5% (n = 243) dos componentes de textos relacionados aos títulos das obras como sendo do campo da Saúde Coletiva. Porém, este modelo representou a menor presença de sentidos nos discursos dos graduandos entrevistados. Este quadro certamente contribui para as contradições indicadas no capítulo 3 “Intersecções entre Psicologia e Saúde Coletiva”, em que apesar de apresentar-se como importante campo para atuação do psicólogo atualmente, a formação em Psicologia pouco promove direcionamentos dos fundamentos desse campo paradigmático.

Para Birman (1991) o modelo de Saúde Coletiva constitui-se como um campo que objetiva assumir um posicionamento crítico frente ao projeto médico-naturalista e de Saúde Pública, sendo essencialmente um campo interdisciplinar. Desta maneira, abarca uma diversidade de aportes teórico-metodológicos sem *a priori* delimitar quaisquer hierarquizações entre os mesmos. Em vista disso, a Saúde Coletiva como ressalta Nunes (1994) emerge tanto como um campo de pensamento que a distância dos modelos de Saúde até então adotados na América Latina, quanto por possui características de movimento social, articulando-se aos ideais da Reforma Sanitária Brasileira.

Paim e Almeida Filho (1998) compreendem a Saúde Coletiva como um campo científico, onde são construídos saberes acerca do objeto “saúde”, a partir da operacionalização

de distintas áreas que constituem diferentes ângulos de visão sob o mesmo. Para tanto, promove ações em variados ambientes e instituições por meio de diversos agentes, sendo estes especializados ou não, a fim de contemplar espaços sejam dentro ou fora do que convencionalmente se reconhece como “setor saúde” (Paim & Almeida Filho, 1998). A presença de tal amplitude teórico-metodológica que compreende o campo de Saúde Coletiva pode ser visualizada nos seguimentos de textos de alguns dos currículos analisados.

“A gestão da Saúde no Brasil. O SUS e o Programa de Saúde da Família. Atenção integral em Saúde Coletiva. A atuação dos profissionais nas políticas públicas de saúde. Temas atuais em Saúde Coletiva” (PPC 1).

“Saúde coletiva e seus desdobramentos teóricos e práticos. Saúde como modo de vida, relação saúde, sociedade e cultura, seus determinantes e condicionamentos econômicos, sociais, políticos e ideológicos” (PPC 2).

“A construção social do saber sobre saúde e doença. Saúde Coletiva. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Redes de Atenção à Saúde. Educação em Saúde, conceitos, história e desenvolvimento no Brasil. Saúde Individual e Saúde Coletiva. Atenção Básica em Saúde” (PPC 3).

“Atenção Básica em Saúde. A atenção e o cuidado à saúde nos sentidos da integralidade. Cuidado e Integralidade. Integralidade SUS e formação em saúde. Cuidado em Saúde Mental. A construção social do saber sobre saúde e doença. Atores e determinantes socioeconômicos da prevenção e promoção em saúde” (PPC 4).

“Aspectos psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado. Saberes e práticas em Saúde Coletiva. Prevenção e promoção da saúde. Integralidade na atenção à saúde. Educação em saúde e participação comunitária” (PPC 19).

“Refletir sobre a contribuição da Psicologia para a manutenção da Saúde Coletiva em nível de psico-higiene. Desafios da cidadania e da cultura afro na sociedade brasileira. Saúde Coletiva e construção da subjetividade” (PPC 20).

No entanto, ao compararem os conteúdos teóricos e práticos que compõem as DCN direcionadas para a formação em saúde de forma geral ao quadro formativo atual, Damiance *et al.* (2016) constatam que apesar de normativamente tal formação possuir parâmetros que em certa medida se aproximam a práticas e concepções ao campo de Saúde Coletiva, como por exemplo, nos currículos aqui investigados, a mesma ainda é preponderantemente fragmentária,

pautada na dicotomia entre o que é posto teoricamente e a execução. Desta forma, prevalecem à transmissão de conteúdos relacionados às ciências naturais, por meio da exposição oral clássica, em detrimento de fatores sociais, políticos e históricos. Tais constatações são apresentadas também na Psicologia, sendo isso demonstrado pelo pequeno percentual de discursos dos graduandos acerca de sua formação que contemplam o campo Saúde Coletiva (Damiance *et al.*, 2016).

Ao dar ênfase à formação em saúde para conceitos que têm suas bases epistemológicas pautadas no modelo de Saúde Coletiva, a Psicologia abre-se para a produção de novas leituras acerca do processo saúde-doença-cuidado a fim de ultrapassar os limites dos seus arcabouços tradicionais focados nos manuais diagnósticos psiquiátricos (Carvalho, Bosi & Freire, 2009). É o que podemos acompanhar pelos discursos dos graduandos nas entrevistas realizadas que possuem aproximações ao campo de Saúde Coletiva, ao serem indagados sobre as **concepções de saúde** apresentadas durante seu processo formativo:

- *“Primeiramente foi mostrada a construção histórica da saúde, de como ela foi constituída como direito universal da população, termos como universalidade, equidade, participação popular e o SUS, e daí veio outras etapas da Saúde Coletiva, como o próprio engajamento social. (Participante 12, IES D).*

- *“A questão do conceito de saúde foi vista como não somente formada de aspectos orgânicos, mas de variados fatores, sociais, políticos, econômicos, culturais, assim como foi estudado o histórico de como se deu o processo desse conceito saúde, além dos fatores sociais” (Participante 13, IES D).*

Para Leal e Camargo Junior (2012) o importante nessa amplitude de concepções acerca do conceito de saúde que contemplam o campo de Saúde Coletiva é compreender que existem mais de uma verdade e que estas assumem diferentes posicionamentos a depender das necessidades sociais do território. Os autores ainda reiteram que tal campo se constrói a partir de saberes oriundos de diversas disciplinas que compõem o âmbito da Saúde, sendo que tais áreas sempre estão imersas em constantes processos de interação entre si, a fim de ultrapassar suas fronteiras para que sejam realizados movimentos de inserção e sobreposição.

Desta forma, a construção de formações em saúde na Psicologia a partir de interseções com o modelo de Saúde Coletiva propicia a adoção de estratégias pedagógicas que ultrapassem o modelo tradicional de ensino-aprendizagem. Por conseguinte, não existem modos considerados corretos de fazer ou modelos formativos ideais, mas processos marcados por norteadores conceituais e práticos criados e recriados a partir da necessidade de cada realidade local que tais cursos estão inseridos (Passos & Carvalho, 2015). Partindo disso, podemos visualizar avanços nesse sentido na formação em Psicologia por meio dos currículos analisados tanto pela grande significância nas classes de palavras como “coletivo”, “SUS”, “cuidado” e “integralidade”, quanto nos seguintes segmentos de textos referentes às ementas e entrevistas.

“Conceito de Integralidade da Atenção e do Cuidado em Saúde. Princípios e Diretrizes do SUS. Novos paradigmas em saúde. Características e particularidades do sistema de proteção social, políticas setoriais específicas, impactos e implicações” (PPC 4).

“O campo social e os processos de subjetivação. Produção de subjetividade e arranjos urbanos contemporâneos. A relação público-privado. A perspectiva interdisciplinar no estudo dos processos de subjetivação e arranjos urbanos. História dos movimentos de Reforma Psiquiátrica” (PPC 9).

- *“O entendimento de saúde no curso foi passado como um conceito bastante ampliado, de não ser somente um conceito de ausência de doenças, mas de ver fatores como alimentação, transporte, segurança, entre outras questões” (Participante 14, IES D).*

- *“Foi discutido no curso que devemos compreender a saúde não somente como uma relação entre doença e cura, mas um processo amplo, que envolve as vivências dessas pessoas, o território que ela está envolvida, e de ela própria promover sua própria saúde” (Participante 15, IES D).*

Apesar de visualizarmos avanços principalmente no que tange ao âmbito curricular nos modelos formativos em Psicologia ao englobarem norteadores conceituais que se aproximam ao modelo de Saúde Coletiva, Bernardes e Guareschi (2010) apontam que o campo psicológico ainda é preponderantemente marcado por contradições e dicotomias, operando em polos. Dentre as dificuldades de entrada e adoção da Psicologia na Saúde Coletiva, Paiva e Ronzani (2009) indicam a realização de modelos formativos fragmentados e constituídos por divisões

entre ênfases a serem escolhidas e preteridas pelos graduandos. Tais divisões promovem nítidos déficits formativos, como por exemplo, na dificuldade em relação a busca por intersectorialidades, sendo suas concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado pautadas no âmbito biomédico e na realização de ações marcadas pelo distanciamento entre os setores que pouco buscam diálogos entre si.

- *“Bem nosso curso tem uma certa dificuldade porque chega em um determinado tempo que a gente tem que se dividir entre Saúde Coletiva e Clínica, isso é uma coisa bem gritante dentro do curso, justamente por conta dessas discussões, cada grupo vai fazer discussões específicas de sua ênfase” (Participante 13. IES D).*

- *“Uma barreira no nosso curso é a divisão de ênfase entre Clínica e Saúde Coletiva, precisamos preferir e preterir uma ou outra, porque a partir do momento que você escolhe a Saúde Coletiva, você abre mão da clínica infelizmente” (Participante 14. IES D).*

Em vista disso, Passos e Barros (2000) propõem que para propiciar a reconstrução das práticas e conceitos da Psicologia no seu encontro com a saúde, é necessário que se busquem interconexões entre o âmbito clínico e político, atenção e gestão, e Psicologia e Saúde Coletiva. Além disso, Guareschi *et al.* (2010) adicionam a esse debate a necessidade de discutir a formação em Psicologia contemplando os princípios do SUS, sendo essa uma das alternativas para a entrada e manutenção do psicólogo no campo de Saúde Coletiva. Assim, a inserção da Psicologia em norteadores teórico-conceituais alicerçados a Saúde Coletiva, segundo os autores, deve ser um dos eixos prioritários no processo formativo nesta área, a exemplo do que identificamos nos currículos analisados.

“História das políticas públicas da saúde no Brasil. Políticas de saúde, SUS, princípios e operacionalização. Políticas sociais e programas de saúde, do PAC à Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS. Reforma sanitária e a saúde mental na atualidade” (PPC 11).

“A Reforma Sanitária no Brasil. SUS, princípios e diretrizes. Modelos Técnicos Assistenciais em Saúde. Estrutura Organizacional da Saúde no Brasil. Pacto pela Saúde. Saúde e meio ambiente. Atenção Primária de Saúde. Controle Social e participação popular em saúde” (PPC 12).

São aspectos que corroboram com a afirmação de Azevedo, Tamatsu e Ribeiro (2011) ao apontarem que a Saúde Coletiva, em diferentes níveis de atenção, encontra-se dentre os principais campos que a Psicologia busca aproximações na atualidade, principalmente no que se refere aos seus conteúdos curriculares, como aqui visualizados, além da crescente demanda para sua atuação neste campo. Tal constatação é reiterada por Scarcelli e Junqueira (2011) ao afirmarem que o campo de Saúde Coletiva começa a se aproximar com mais veemência à Psicologia, a fim de atender as novas demandas sociais. Para tanto, buscam-se visões acerca do processo saúde-doença-cuidado que ultrapassem as fronteiras do modelo biomédico, marcado pela ênfase na doença, pois passam a considerar esse processo como fruto de um conjunto dos fatores físicos, psíquicos, e socioeconômicos a que os sujeitos estão submetidos.

Em relação aos conceitos de social e território, diferente do identificado nos modelos anteriores, aqui foram considerados como campos para a produção de subjetividades e de cuidado em saúde. Desta forma são compreendidos como dispositivos que contemplam as necessidades sociais de saúde e não somente componentes contextuais, adquirindo preponderantemente características vinculadas à estrutura da sociedade, na medida em que concebem as ações de atenção à saúde como práticas técnicas e sociais (Souza, 2014).

- “Essa discussão de social e território foi bastante permanente no decorrer do curso, pois entendia o social não somente ligado a questão social em si, mas a questão da saúde, da educação, foi sempre feita essa ligação na Saúde Coletiva, a saúde como sendo a junção com o fator social, com o biológico e com os aspectos psíquicos” (Participante 12, IES D).

- “Essas questões sociais são também de entender que o indivíduo possui sim suas peculiaridades, mas que está inserido num determinado grupo, ou seja, ele é composto tanto de sua personalidade, mas por uma determinada situação presente no território que ele faz parte, sendo ele reflexo de determinadas questões como cultura, financeira, e educacionais” (Participante 14, IES D).

“Políticas de saúde no Brasil. Universalização e equidade como desafio. Geração e classe social. Multiculturalismo. Gênero e etnia. Políticas de identidade. Psicologia, direitos humanos, relações étnico raciais, cultura afro-brasileira e africana” (PPC 5).

“Em termos gerais, a disciplina analisa a relação entre saúde e sociedade, enfatizando as concepções de saúde e doença no decorrer da história e a importância das Ciências Sociais no entendimento da saúde” (PPC 25).

Partindo disso, segundo Cintra e Bernardo (2017), tal inserção de conceitos amplos acerca da “questão social” durante o processo formativo em Psicologia promovem a ampliação do olhar do psicólogo para outros campos de saber, favorecendo a busca por um cuidado em saúde vinculado a realidade e ao conjunto de determinações que engendram as condições de vida do usuário. Desta forma, abre-se a possibilidade para que a formação em Psicologia se utilize de outros espaços para produção de cuidado e subjetividades, ultrapassando os limites do atendimento clínico tradicional, sendo os graduandos inseridos dentro das comunidades a fim de promover ações em saúde integras.

Desse modo, o processo formativo em Psicologia necessita cada vez mais contemplar as necessidades sociais, integrando-se de fato na comunidade, ou seja, no cotidiano dos moradores, contemplando de forma profunda no decorrer da formação as dinâmicas de cada território para promoção do cuidado em saúde. Para tanto, é necessário compreender o território como uma forma particular produzida a partir da realidade social de cada comunidade, fazendo com que seja necessário a produção de arcabouços teórico-metodológicos voltados para as necessidades sociais e a realização de ações concretas fora dos centros de saúde. Partindo disso, nota-se avanços nesse sentido na formação em Psicologia atualmente tanto pela significativa ênfase nas classes de palavras como “social”, “ampliado”, “reforma” e “cuidado”, quanto pelo destaque dado a tais aspectos nas ementas analisadas (Guareschi *et al.*, 2010).

“Relações Sociais. O Estado brasileiro, a questão social e as políticas sociais. Sistema de garantia de direitos. O neoliberalismo e seus efeitos nas políticas sociais no Brasil” (PPC 20).

“Intervenções comunitárias em saúde. Práticas socioambientais e sustentabilidade como estratégia de promoção de saúde na comunidade. Conceito de território, Apoio matricial e Equipe de Referência. Educação Popular em Saúde” (PPC 22).

“Interface entre a Psicologia e a Etnologia. Compreender o processo saúde doença entre os povos indígenas. Concepções sobre raça e etnia. Identidade Étnica. Território, cultura e valores. A Psicologia e os povos indígenas. Preconceito e Estigma. População Negra. Aplicação. Atitudes do homem ocidental frente à morte” (PPC 25).

Ao destacar a importância de compreender durante o processo formativo em Psicologia norteadores conceituais direcionados para as questões sociais, faz com que seja possível a construção de posturas profissionais menos hierarquizadas, pois a Psicologia deixa sua “zona de conforto” promovendo interseções com outros campos, dentre estes a Saúde Coletiva. Dessa forma, a abertura a novas leituras permite o contato já durante a graduação de referenciais que transcendam os manuais diagnósticos, mas que abranjam uma variedade de saberes, com vistas para a promoção de autonomia, conscientização e transformações sociais da comunidade por meio da produção de cuidado em saúde (Cintra & Bernardo, 2017).

Para Osório e Schraiber (2015) o campo de Saúde Coletiva seria justamente um dos principais caminhos para o resgate das questões sociais no processo saúde-doença-cuidado, a partir da compreensão de território enquanto um espaço vital, e campo para a produção de saberes. Por conseguinte, as ações em saúde constituiriam uma prática social, fazendo com que o objeto da Saúde Coletiva seja construído nos limites entre o biológico e social. Tais compreensões podem ser visualizadas nos seguintes discursos dos graduandos.

- *“A questão do território foi deixado de forma bem clara na nossa formação que não se limitava a um espaço físico, e sim a lugar de atribuição de sentidos, de um lugar que contempla toda a existência daquelas pessoas, da comunidade, da construção de vínculos, um devir, não se limitando a uma questão territorial (Participante 12, IES D).*

- *“Na disciplina de Saúde Coletiva a gente discutiu bastante essa questão do território que é bem ampla e não se limita a um espaço territorial somente, mas um espaço de luta, conquistas, vivências e existências” (Participante 16, IES D).*

Posto isso, o processo saúde-doença-cuidado passa a ser compreendido na formação em Psicologia não apenas como um estado de normalidade (ou não), mas entendido como um processo dinâmico, produzido por meio das interações sociais do sujeito com o seu meio. Para

tanto, as questões sociais são relacionadas tanto a realidade material e/ou ambiental, quanto com a realidade afetiva, subjetiva e familiar (Cintra & Bernardo, 2017).

No que tange ao conceito de coletivo apresentado nesta categoria este é considerado como potência e espaço para produção de subjetividades, adquirindo um conceito central no campo de Saúde Coletiva. A partir desta perspectiva o coletivo não se reduz a noção de um conjunto ou agrupamento, mas é compreendido como uma “potência constituinte” (Guimarães & Da Silva, 2016).

- “A questão do coletivo foi visto em relação a rede, que cada uma pode contribuir na promoção em saúde, gerando a integralidade desse cuidado, a saúde sendo trabalhada na área social, na escola, no campo político, como um processo de produção de subjetividades” (Participante 14, IES D).

- “O coletivo foi trabalhado no sentido de entender a saúde como um processo construído de forma integrada ao meio ambiente, a família, a escola, como um dispositivo para produção de subjetividades” (Participante 15, IES D).

“SUS, através dos programas de saúde existentes no Ministério da Saúde. Conceito de Saúde Coletiva e desenvolvimento de noções de cidadania e Planejamento em Saúde. O campo de ação do Psicólogo em Saúde Coletiva, levando em conta o contexto da responsabilidade social do Estado, da profissão e do profissional. Sua estruturação a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações com base no projeto participativo” (PPC 29).

Guimarães e Da Silva (2016) destacam que a originalidade do coletivo como potência para o campo de Saúde se dar por sua força ordinária, indeterminada e inespecífica, considerando tais características como fundamentais na transição entre o público e o social para o coletivo. Os autores apontam que a partir de tal interseção emerge a ideia de coletivo como potência, compreendido enquanto um dispositivo que dar visibilidade ao processo saúde-doença-cuidado e aos seus determinantes sociais. Deste modo, compreendem o coletivo como um processo ou força movente, porque promove rupturas no modelo tradicional de Saúde Pública, desestabilizando suas formas instituídas (Guimarães & Da Silva, 2016).

No entanto, Bernardes e Guareschi (2010) problematizam que o conceito de coletivo ainda possui pouco espaço como um conceito-problema na formação em Psicologia, assim como, são promovidas poucas articulações das práticas psicológicas ao discurso da Saúde Coletiva. Tais problematizações podem ser demonstradas pela baixa significância de disciplinas que contemplam norteadores conceituais próximos ao campo de Saúde Coletiva, por exemplo:

“Saúde coletiva, promoção da saúde e intervenções socioambientais. Epidemiologia, ecologia e meio ambiente. Promoção da saúde” (PPC 20).

“Saúde Coletiva. Cidadania, diversidade e direitos humanos. Educação, sociedade e cidadania. Psicologia, Sociedade, meio ambiente e sustentabilidade. Projeto interdisciplinar. Promoção humana em saúde” (PPC 21).

“Saúde Coletiva. Saúde e direitos humanos. Princípios e diretrizes do SUS. Trabalho em saúde concepção e gestão. Psicologia e direitos humanos. Temas emergentes em saúde. Projetos psicossociais concepção e gestão” (PPC 23).

Em vista disso, Benevides (2005) afirma que o coletivo não deve ser entendido a partir de concepções reduzidas que o compreendem com uma simples soma e justaposição de sujeitos, ou produto de um contrato que os indivíduos promovem entre si. Para a autora o coletivo diz respeito a um plano de produção de subjetividades, composto por elementos heteróclitos e que a todo o momento experimenta e produz diferenciações. Partindo dessa perspectiva, o coletivo compõe-se como uma potência ilimitada, sendo um dispositivo de experimentação pública, não existindo, portanto, propriedade particular, tendo em vista que todas as forças imersas em seu processo estão disponíveis para os diferentes agentes experimentarem.

Neste sentido, pensar a interface entre Psicologia e Saúde Coletiva se dar a partir da compreensão do coletivo como um dispositivo conector, compreendendo que os processos de subjetivação na saúde se dão num plano de multiplicidades. Desta maneira, a interface entre Psicologia e Saúde Coletiva se dar pelo processo de construção e reconstrução constante, sendo que são nos limites dos saberes de um campo e outro que estão imersas as principais

contribuições para um entendimento de saúde como um processo dinâmico, imerso nas necessidades sociais e que precisa reinventar-se a cada momento (Passos & Barros, 2000).

Desta forma, Bernardes e Guareschi (2010) ressaltam que ao articula-se ao campo de Saúde Coletiva origina-se a necessidade na Psicologia de construção de novos arcabouços teórico-metodológicos e meios de trabalho em saúde. O conceito de coletivo, por esta perspectiva, seria uma ameaça à racionalidade intrínseca da Psicologia, na medida em que por sua justaposição de forças o mesmo promove tensões nas práticas psicológicas, desestabilizando-as e fragilizando suas formas de controle sobre a vida. Além disso, a potência que o coletivo possui para se mover e, ao mesmo tempo, promover processos fluidos de construção do conhecimento, faz com que tal dispositivo em saúde seja entendido como um devir, diferenciando-se do modelo Medicina Social e de Saúde Pública no contexto brasileiro, criticados anteriormente (Guimarães & Da Silva, 2016).

Em relação às **práticas** abordadas que contemplam o modelo de Saúde Coletiva, estas tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, contemplando nos seus instrumentos de trabalho variados saberes alicerçados em diferentes áreas. Para tanto, se utilizam de tecnologias materiais e imateriais, além de ações centradas em diferentes grupos sociais e territórios, contemplando, portanto, um conjunto articulado de práticas técnicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, construídas tanto no âmbito acadêmico e nas instituições de saúde, quanto na própria comunidade (Paim & Almeida Filho, 1998).

- *“Essas questões práticas foram bem trabalhadas nos diversos sentidos tanto multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, até em questões como estágio, de ter o contato não somente com a UBS, mas com a escola, com a igreja, com o conselho de saúde, e com a comunidade em si” (Participante 13, IES D).*

- *“Primeiramente lembro que meu estágio era na UBS usamos técnicas como a questão da territorialização, o corredor do cuidado, a busca ativa, contato com o ACS, trabalho em grupos e visitas domiciliares” (Participante 14, IES D).*

“Campos de atuação do Psicólogo no processo de regionalização da atenção à saúde. A psicologia nos diferentes níveis de atenção à saúde. A construção de programas e projetos de atuação do psicólogo em saúde coletiva” (PPC 5).

“Questões da prevenção primária, secundária e terciária. Familiarização, Territorialização, Levantamento de Demandas e Planejamento de Intervenções. Identificação e Hierarquização de Necessidades e Recursos. Planejamento Participativo. Trabalho Interdisciplinar” (PPC 7).

A adoção da perspectiva da Saúde Coletiva na formação em Psicologia, além de promover a aproximação entre as Instituições de Ensino e o território de trabalho em saúde, também possibilita reflexões críticas acerca dos modelos de atenção em diferentes contextos. Desta forma, encontra-se dentre os possíveis caminhos a se trilhar pela ciência psicológica no confronto contra o modelo médico hegemônico, utilizando-se para isso de tecnologias eficazes além do âmbito individual, mas que contemplam as necessidades sociais dos diversos grupos sociais que visa atender (Paim, 2006a).

Carvalho, Bosi e Freire (2009) endossam esse debate ao afirmar que para atuação no campo de Saúde Coletiva é necessário um modo diferenciado de encontro com o outro. Para tanto, exige-se da Psicologia ao atuar neste campo a adoção de posturas críticas frente a realidade social e política dos serviços, por meio de ações em saúde integradas aos diferentes campos (social, político, econômico, comunitário, dentre outros) que possam ultrapassar os limites dos rótulos diagnósticos e manuais psiquiátricos. Partindo disso, notamos avanços na formação em Psicologia ao contemplar nos currículos analisados ações interventivas que possuem proximidades ao campo de Saúde Coletiva.

“Educação Permanente em Saúde. Educação Popular em Saúde. Metodologias Ativas de Ação Comunitária. Comunicação em Saúde. Prática e visitas a instituições de promoção de saúde, Saúde Coletiva e saúde mental” (PPC 7).

“O trabalho em equipe ampliada em saúde. Trabalho em equipes interdisciplinares e gestão em saúde. Formação em saúde, contribuições da educação permanente para a construção do cuidado. Educação Popular Libertadora. Metodologias participativas de educação em saúde. Organização de novas práticas em saúde. Intersetorialidade e Cuidado Integral” (PPC 10).

Tais resultados corroboram com a afirmação de Paim (2006a) ao apontar que as “ferramentas” do profissional em Saúde Coletiva são produzidas a partir da organicidade das ações e construídas socialmente, com isto, segundo o autor, tais ações promovem uma dupla-face ao profissional: o de técnico de necessidades de saúde e de gerente de processos de trabalho em saúde e/ou produção de serviços. Deste modo, na medida em que o trabalhador identifica, descreve e explica as necessidades, promovendo a integralidade do cuidado em saúde, também organiza os variados serviços que participa, tendo em vista os impactos positivos que tal atuação integral ocasiona sobre o âmbito da saúde coletivamente (Paim, 2006a).

Por outro lado, Lima (2005) preconiza que as ações desenvolvidas pelo psicólogo no campo no campo de Saúde Coletiva podem ser realizadas tanto de forma individual, quanto em conjunto com outros profissionais. Desde que, as mesmas contemplem na produção do cuidado variados campos de saberes, sejam esses no interior ou exterior da Psicologia, fazendo com que tal entendimento se reverbere em atuações pautadas em interseções com diferentes áreas do conhecimento voltadas à Saúde. Neste sentido, para a atuação do psicólogo sob os fundamentos do modelo de Saúde Coletiva, torna-se necessário que o mesmo ultrapasse as fronteiras do *setting* terapêutico tradicional, indo de encontro ao usuário e do seu território. Portanto, tornando-se uma presença constante nos variados espaços institucionais e comunitários de cuidado, na medida em que se distancia da prática tradicional de perito exclusivo dos fatores psicológicos (Carvalho, Bosi & Freire, 2009).

Zurba (2011) aponta o desenvolvimento de algumas habilidades necessárias para a entrada e manutenção da Psicologia na Saúde Coletiva, já aludidas anteriormente. Dentre as mesmas, destacam-se: 1) capacidade de trabalho em equipe; 2) utilização de linguagem acessível tanto para os demais profissionais, quanto aos usuários; 3) ultrapassar o ambiente do consultório clínico tradicional, por meio de novas estratégias, como por exemplo, visitas e atendimentos domiciliares. Partindo disso, torna-se necessário ao psicólogo contemplar em suas

ações concepções em rede voltadas para o diálogo entre os três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) (Zurba, 2011).

Adotar tais habilidades pautadas no campo de Saúde Coletiva faz com que as práticas de saúde desenvolvidas na Psicologia abarquem medidas preventivas que contemplem não somente o aspecto físico, mas também o território como totalidade, integrando práticas e subjetividades. Sobre essa perspectiva, a Psicologia deve levar em consideração no desenvolvimento de suas ações os estilos de vida, reforçando tanto os direitos, quanto a responsabilidade dos sujeitos acerca de sua própria saúde e suas múltiplas determinações. Partindo disso, a atuação da Psicologia não se limitaria às intervenções em saúde mental, mas envolveriam diversos âmbitos e relações possíveis entre os aspetos psicológicos e os demais fatores que estão imersos no processo saúde-doença-cuidado (Scarcelli & Junqueira, 2011). Tais propostas podem ser visualizadas nos seguintes segmentos de textos contidos nas referências bibliográficas dos currículos analisados.

“Cuidado. As fronteiras da integralidade. Pedagogia da autonomia. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Cartografias do cuidado em saúde mental, o Piauí em cena. Cartografia do trabalho vivo em saúde” (PPC 11).

“Tratado de saúde coletiva. Saúde coletiva e promoção da saúde. Interpretação das culturas. Cultura, um conceito antropológico. Psicologia, políticas públicas e o SUS. Doença como metáfora. Educação popular nos serviços de saúde. História e cultura afro brasileira” (PPC 20).

“Atenção básica e integralidade. Um método para a análise e cogestão de coletivos. Política de educação e desenvolvimento para o SUS, caminhos para a educação permanente em saúde, polos de educação permanente em saúde. Saúde, a cartografia do trabalho vivo. Teatro do oprimido. Pedagogia do oprimido. Educação popular hoje” (PPC 22).

Neste sentido, para Ayres (2004) deve-se compreender o cuidado como um constructo filosófico e ético-político, um dispositivo com o qual se visa contemplar de maneira simultânea, uma compreensão filosófica e o âmbito prático frente às ações terapêuticas, isto é, um elemento constituído a partir da interação entre um ou mais sujeitos, tendo em vista o alívio do sofrimento. Para tanto, o autor propõe a coconstrução dos modelos de atenção do SUS, fazendo

com que os elementos afetivos dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado sejam integrados aos aspectos técnicos, sendo verdadeiros horizontes para uma produção hermenêutica em saúde.

Em relação aos **norteadores ético-políticos** abordados que contemplam a categoria de Saúde Coletiva, estes além de abarcar os âmbitos técnico, econômico, e ideológico, envolvem um projeto de profissão vinculado a emancipação dos seres humanos, por meio de um conjunto de conceitos e práticas voltadas para as necessidades sociais. Tal atuação é, portanto, pautada por valores de solidariedade, equidade, autonomia, justiça e democracia (Paim, 2006a).

- “Compreender o SUS como um direito de todos, e não um favor, e o usuário como um sujeito ativo no processo de saúde-doença, e foram discutidas várias questões éticas, tanto no setting no terapêutico, quanto da clínica ampliada” (Participante 14, IES D).

- “Eu percebi mais isso dentro meu estagio profissional II que foi com pessoas em situação de rua e trabalhamos a partir de questões que envolviam cidadania, então a gente buscava no trabalho feito nos grupos esse reconhecimento da autonomia, de se reconhecerem como sujeitos de direitos” (Participante 15, IES D).

“Possibilidades de atuação profissional nas políticas de direito. Psicologia e o campo de direitos. Psicologia e compromisso social. Cultura. Política. Sociedade. Ideologia. Democracia. Poder” (PPC 28).

“Compreensão histórica dos direitos humanos. Multiculturalismo e relativismo cultural. Movimentos sociais e cidadania. Desigualdades e políticas públicas. Democracia e legitimidade do conflito” (PPC 30).

Birman (1991) ressalta tal dimensão ético-política ao apontar que o discurso médico naturalista sempre colocou a margem do processo saúde-doença-cuidado a dimensão política do cuidado em saúde. Desta forma, a Saúde Coletiva seria uma das alternativas para o processo de reestruturação do campo da Saúde, e mais propriamente dita, da própria Psicologia, por meio do destaque dado em seus norteadores teórico-conceituais a dimensões éticas, políticas e simbólicas, na medida em que relativiza o discurso anatomo-fisiológico hegemônico.

Tal posicionamento ético-político adotado pela Saúde Coletiva também é enfatizado por Campos (2000), ao apontar que dentre os principais avanços deste campo encontra-se o foco não somente no aspecto físico dos sujeitos, mas de compreendê-los como cidadãos de direito,

que possuem potencialidades e agentes ativos na produção do seu cuidado em saúde. Deste modo, para se pensar a formação acadêmica em saúde na Psicologia é necessário compreendê-la como um processo que perpassa necessariamente pela adoção de propostas curriculares e pedagógicas comprometidas com parâmetros ético-políticos voltados para a cidadania e solidariedade, sendo direcionados ao campo de Saúde Coletiva (Guimarães & Silva, 2010).

Trata-se de buscar entendimentos acerca do processo saúde-doença-cuidado distanciando-se da formação tradicional em saúde direcionada para o mercado e que trata saúde como um bem de consumo (Guimarães & Silva, 2010). Em vista disso, as discussões que contemplam o aspecto ético em saúde necessitam ultrapassar os limites da dimensão ética pautada na normatividade das ações realizadas, sendo produzidas a partir de norteadores teórico-metodológicos relacionados à busca e conquista de direitos sociais. Sendo assim, a atuação em Psicologia no campo da Saúde deve ser construída e reconstruída cotidianamente, sob a égide de um marco ético-político produzido socialmente (Barata, 2005). Podemos notar avanços nesse sentido nos currículos analisados, tanto pela significativa ênfase de palavras como “humanização”, “político”, “cultura”, e “subjetivação” nas classes, quanto pelos seguintes segmentos de textos localizados nas ementas.

“O aluno irá utilizar os conceitos básicos acerca das múltiplas interfaces dos fenômenos humanos e sociais compreendendo as relações étnico raciais e a história da cultura afro-brasileira e indígena, articulando, organizando e reconhecendo a defesa de uma sociedade fundamentada na igualdade de direitos e deveres, no respeito à liberdade de expressão e na criatividade” (PPC 20).

“Aspectos éticos da atenção básica em saúde. A relação da saúde e comunidade com a ampliação das bases da cidadania. Aspectos éticos das intervenções em educação em saúde. Dimensões éticas no cuidado em saúde. Exclusão social, direitos humanos e Cidadania. Identidade e Cultura. Gênero, Relações de Poder e Violência” (PPC 23).

A partir de tais resultados podemos visualizar que a compreensão do processo saúde-doença-cuidado não está somente circunscrita a um ideal de bem-estar biopsicossocial, mas também a uma sucessão de aspectos imersos nas necessidades sociais da realidade brasileira,

englobando componentes afetivos, relacionais, familiares, comunitários e territoriais. Deste modo, a formação acadêmica pode ser um espaço privilegiado para a construção de psicólogos críticos e capazes de pensar acerca de quais finalidades estão imersas nas ações que realizam, além de promoverem um constante exercício de reflexão sobre seu papel na sociedade e assumirem posturas de enfrentamento ao desmonte do SUS (Scarcelli & Junqueira, 2011).

Sendo assim, os sujeitos com quem a Psicologia trabalha e as ações realizadas no processo de cuidado em saúde são construídas historicamente e, portanto, constituídos intrinsecamente de um contexto político. Neste sentido, torna-se o processo formativo em Psicologia campo vivo para a construção de uma prática que, quanto mais imersa em posturas críticas frente às necessidades sociais, mais próxima a ciência psicológica estará de entrar e efetivar trabalhos na Saúde Coletiva (Bernardes & Guareschi, 2010).

Freire e Pichelli (2010) consideram como uma condição primordial para a formação em Psicologia a promoção do envolvimento ético-político dos graduandos em questões sociais, construindo práticas direcionadas às necessidades concretas dos territórios. Os autores ainda ressaltam que não adianta somente ter parâmetros condizentes com o que prega o SUS ou atuar conforme seus princípios norteadores, mas devem possuir acima de tudo, a consciência de que a ciência psicológica é um dispositivo para a transformação social. Atuar nos serviços de saúde implica então, não somente possui o conhecimento acerca do funcionamento do sistema e suas variadas redes, mas, principalmente, adotar posicionamentos de luta e agir com vistas para verdadeiras modificações no âmbito político-institucional (Freire & Pichelli, 2010).

Senra e Guzzo (2012) endossam esse debate afirmando que para adoção na Psicologia de propostas de enfrentamento a sociedade desigual e injusta, sendo uma profissão a serviço da emancipação humana, é preciso à construção de um novo projeto ético-político-profissional para a Psicologia. Deste modo, faz-se necessário ampliar os limites da dimensão política na formação em Psicologia, sendo sua práxis pautada em compromissos com as necessidades

sociais, visando à melhoria das condições de vida da população e adotando posturas profissionais direcionadas para uma cidadania ativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos em linhas gerais de que forma a formação em Psicologia tem considerado a Saúde Coletiva, tanto em termos oficiais por meio dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, quanto em relação ao currículo vivido, notamos avanços neste campo, principalmente no âmbito curricular. Neste sentido, podemos destacar a ênfase dada nas ementas e, especialmente, em relação as referências bibliográficas a norteadores teórico-metodológicos e éticos políticos relacionados ao modelo da Saúde Coletiva.

Quanto aos fundamentos epistemológicos acerca da Saúde Coletiva presentes na formação em Psicologia, notam-se progressos na inserção de conceitos que têm suas bases epistemológicas pautadas neste campo, propiciando aberturas na Psicologia para a produção de novas leituras acerca do processo saúde-doença-cuidado a fim de ultrapassar os limites dos seus arcabouços tradicionais focados nos manuais diagnósticos psiquiátricos, a partir de compreensões de saúde como campo para a produção de subjetividades. No entanto, ainda apresenta marcadores conceituais direcionados tanto para uma epidemiologia meramente descritiva, além de uma abordagem prescritiva de planejamento e administração da máquina estatal, quanto caracterizado pelo entendimento de saúde como ausência de doenças, na medida em que enfatiza aspectos biológicos e psíquicos, isto principalmente nos discursos dos alunos.

No que tange as dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas desenvolvidas no decorrer da formação em Psicologia para atuar no campo de Saúde Coletiva, a maior parte tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, se utilizando de tecnologias materiais e imateriais, além de ações centradas em diferentes grupos sociais e territórios. Contudo, ainda possuem um percentual significativo de práticas abordadas durante o processo formativo que se focam na ampliação do modelo clínico hegemônico ao âmbito social, a fim de abarcar um número maior de pessoas, sendo pautadas na obtenção de habilidades e competências que possuem como objetivo principal o diagnóstico das entidades etiológicas.

Ao que se refere a forma com que os estudantes de Psicologia do Piauí vivenciam e se implicam com os processos formativos para atuar na Saúde Coletiva, nota-se a ênfase dada na formação a aspectos ético-políticos tanto restritos a posturas profissionais consideradas normativamente adequadas e condizentes com o código de ética profissional na Psicologia, contemplando questões sobre o sigilo profissional, produção de pareceres e laudos, quanto a discussões normativas por meio de cartilhas, estatutos e códigos que englobam o campo dos direitos e deveres civis. Enquanto que noções alicerçadas a um projeto de profissão e vinculadas à emancipação dos seres humanos, por meio de um conjunto de conceitos e práticas voltadas para as necessidades sociais, portanto, pautadas por valores de solidariedade, equidade, autonomia, justiça e democracia, representaram o menor percentual de discussões ao decorrer do processo formativo no Estado, sendo centralizadas no âmbito normativo, conforme visualizado pelo destaque de tais concepções nos componentes curriculares analisados.

Posto isto, ao investigarmos sobre os fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde Coletiva que orientam os processos formativos em Psicologia no Brasil desde a resolução Nº 8, de 7 de maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia, entendemos que, apesar do nítido avanço na formação em Psicologia no que tange ao âmbito curricular de conteúdos e práticas alicerçadas ao modelo de Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária, tais concepções precisam ser urgentemente ampliadas, principalmente em relação ao currículo vivenciado no cenário piauiense. Nota-se ainda um significativo percentual dado nos processos formativos a conceitos e práticas alicerçadas no campo tradicional de Saúde Pública e no modelo Biomédico, além da pouca penetrabilidade dos aportes da Saúde Coletiva nos sentidos que orientam o campo discursivo das entrevistas dos graduandos em Psicologia.

O descompasso entre componentes curriculares e a formação vivenciada na prática pelos graduandos não é novidade nos processos formativos das graduações profissionais,

especialmente na saúde. Este, talvez, seja um dos principais pontos de tensionamento que evidenciamos com esse estudo. Sabemos da força do Modelo Biomédico enquanto campo paradigmático da dimensão teórica e interventiva da formação em Psicologia. Por outro lado, não é possível desconsiderar o surgimento do debate sobre Saúde Pública enquanto norteador formativo para atuação da Psicologia nas últimas décadas, devido o maior alcance da profissão junto as classes populares com o ingresso da profissão em diversos programas e serviços de saúde no Brasil. Decerto que, muitas vezes, tais modelos (Biomédico e Saúde Pública) andam juntos, considerando que o segundo acaba contemplado de forma complementar os níveis de atenção individual (biomédico e voltado para cura e/ou adaptação do indivíduo) e populacional (identificação de comportamentos de risco e promoção de hábitos saudáveis). Por isso, talvez, a justificativa de figurarem como modelos que guardam maior representação entre os sentidos dos graduandos acerca dos processos formativos em Saúde.

Outro fator que também pode estar relacionado com esse processo refere ao pouco trânsito de professores e preceptores de práticas no campo de debates teórico-práticos e ético-políticos da Saúde Coletiva no sentido de fortalecer o currículo vivido e dar mais materialidade e concretude aos avanços alcançados em âmbito curricular. A aproximação com os dispositivos de educação permanente, articulando ensino e território de trabalho, por meio da integração do ensino-serviço-comunidade, certamente é um potencializador de discussões e reflexões críticas acerca dos modelos de atenção em saúde, confrontando-se com o modelo hegemônico que ainda habita o território subjetivo de profissionais, gestores e acadêmicos (docentes e discentes) em saúde. A constituição, portanto, de novos atores sensíveis ao debate ético-político e teórico-prático da Saúde Coletiva, atuando nos três níveis de atenção em saúde do SUS e no controle social, a partir da promoção de transversalidades entre SUS, Saúde Coletiva e Psicologia é urgente.

Como limite deste estudo, destacamos a pouca abertura das Instituições de Ensino privadas no Estado para a realização da entrevista com os estudantes, principalmente na capital, de forma que dos quatro cursos privados de Psicologia atualmente em funcionamento na mesma, somente uma Instituição aceitou participar do estudo. Além disso, outro limite, se refere ao recorte do material analisado no âmbito documental de 30 Projetos Pedagógicos, sendo necessário em pesquisas e produções futuras ampliar tal escopo, a fim de contemplar integralmente as diferentes regiões, instituições e propostas curriculares do cenário brasileiro.

Tal ampliação torna-se ainda mais urgente a partir do atual processo de revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais em Psicologia indicada por meio de uma minuta elaborada a partir do esforço conjunto entre o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) e a Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI), sendo a mesma encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, é importante ressaltar que o estudo não visou apontar juízos de valor ou hierarquias entre os modelos formativos discutidos, mas dar visibilidade a forma com qual a formação está posta atualmente, a fim de promover reflexões e inquietações que propiciem a realização de novos estudos a partir de interseções entre Psicologia e Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N. M. (2013). Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1677-1682. doi: dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019.
- Andrade, A. N., Morato, H. T. P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2), 345-353.
- Archanjo, A. M. & Schraiber, L. B. (2012). A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 21(2), 351-363. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200009.
- Arouca, A. S. S. (1975). *O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.
- Asbahr, F. F., Martins, E & Mazzolini, B. P. M. (2011). Psicologia, formação de psicólogos e a escola: desafios contemporâneos. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 157-163. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100019.
- Ayres, J. R. C. M. (1992). O problema do conhecimento verdadeiro na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 26(3), 206-214 doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101992000300013.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C. & França-Júnior, I. (2009). Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 375-418). São Paulo: HUCITEC.
- Ayres, J. R., Santos, L. (2017). *Saúde, Sociedade e História*. São Paulo: HUCITEC.
- Azevedo, L. A., Tatmatsu, D. I. B. & Ribeiro, P. H. R. (2011). Formação em psicologia e a apropriação do enfoque da atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2), 241-264. https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200005.
- Baldin, N., & Munhoz, E. M. (2011). *Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária*. In X Congresso Nacional de Educação– EDUCRE/I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação– SIRSSE. Curitiba, PR, 10(1), 329-41.
- Barata, R. B (2005). Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 8(1) 7-17. doi:https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002.

- Barata, R. B. & Barreto, M. L. (1996). Algumas questões sobre o desenvolvimento da Epidemiologia na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1), 70-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319961101442014> ..
- Barros, J. P. (2014). Psicologia e políticas sociais. *ECOS*, 4(1), 156-170.
- Barros, N. F. (2014). O ensino das ciências sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1053-1063. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.15202013>.
- Batista, K. B. C. & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884-899. doi: <dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.
- Beato, M. S. F. & Ferreira Neto, J. L. (2016). Formação em Psicologia em Universidade Federal e suas Repercussões na Reflexividade Ligada a Políticas Públicas. *Psicologia em Revista*, 22(2), 516-536. doi: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P516>.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>.
- Bernardes, A. G. & Guareschi, N. M. F. (2010). Práticas psicológicas: enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15(3), 269-276. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2010000300006>.
- Bernardes, G. A & Pellicoli, E. V. (2008). O público como um dispositivo no campo da saúde pública. *Psicologia Argumento*, 26(53), 127-138. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.v26i53.19727>.
- Bernardes, J. S. (2004). O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: análise de documentos de domínio público. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3(2).
- Bernardes, J. S. (2007) A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In: Spink, M. J. (org). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp.105-125). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Birman, J. (1991). A physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 7-11. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311991000100001>.
- Bock, A. M. B. (1997). Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17(2), 37-42. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931997000200006>.
- Bosi, M. L. M. & Paim, J. S. (2010). Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2029-2038. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400017>.
- Brasil (2004). Ministério da Educação. *Resolução CNE/CES n. 8 de 07 de maio de 2004*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília, DF.

- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf
- Brasil (2011). Ministério da Educação. *Resolução nº 5, de 15 de março de 2011*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília, DF.
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília.
- Brasil. (2017). Exame Nacional de Cursos – Enade. Brasília, DF: MEC/ Inep.
- Brasil. Leis, Decretos etc. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura/INEP (2017). *Censo da Educação Superior*. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira: Brasília-DF.
- Camargo Jr, K. R. (2013a). O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 6(2), 183-195.
- Camargo Jr, K. R. (2013b). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 844-846.
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21 (2). doi: [dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16](https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16)
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2016). *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Campos GWS et al. 1997. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):141-144.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. doi: [dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002](https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002).
- Campos, R. O. (2000). Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), 1021-1030. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400020>.
- Campos. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec.
- Canesqui, A. M. (1998). Ciências sociais e saúde: três décadas de ensino e pesquisa no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1), 131-168.

- Carvalho, J. R., Heimann, L. S. & Derbli, M. (Orgs) (2014). *O Social na Epidemiologia. Um legado de Cecília Donnangelo*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Carvalho, D. B. (2013). Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 350-365. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200008>.
- Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C. (2009). A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 60-73. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000100006>.
- Carvalho, Y. M. & Ceccim, R. B. (2009) Formação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>.
- Cavalheiro, M. T. P. & Guimarães, A. L (2011). Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. *Caderno FNEPAS*, 1(1).
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
- Ceccim, R. B., Bravin, F. P. & Santos, A. A. (2009) Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum*, 28(1), 159-180.
- Cintra, M. S. & Bernardo, M. H. (2017). Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 883-896. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000832017>.
- Cohn, A. (1992). Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. *Saúde e Sociedade*, 1(2), 97-109. doi: <dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000200006>.
- Cohn, A. (2013). Ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 15-20. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100003>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Ano da formação em psicologia: revisão das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia*. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia/Associação Brasileira de Ensino de Psicologia/ Federação Nacional dos Psicólogos.
- Cury, B. M. & Ferreira Neto, J. L. (2014). Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: Os Estágios na Formação do Psicólogo. *Psicologia em Revista*, 20(3) 494-512. doi: 10.5752/P.1678-9523.2014V20N3P494.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D. & Freitas, C.E.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Damiance, P. R. M., Tonete, V. L. P., Daibem, A. M. L., Ferreira, M. L. S. M. & Bastos, J. R. M. (2016). Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 699-721. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00014>.
- Davi, S. R., Rodriguez, R., Dominguez, A. D., Araújo, M. V., & Franco, E. M. (2016). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: relatos distantes do SUS. *Actualidades en Psicología*, 30(120), 71-83. doi: <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.19836>.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63. doi: dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008.
- Donnangelo, M. C. & Pereira, L. (1976). *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas cidades.
- Drumond Jr, M. (2009). Epidemiologia em Serviços de Saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 419-456). São Paulo: HUCITEC.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P. & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 847-852. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.
- Ferreira Neto, J. L. & Penna, L. M. D. (2006). Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 381-390. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200017>.
- Feuerwerker, L. (2005). Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 489-506. doi: dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003.
- Freire, F. M. S. & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 840-853. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000400013>.
- Furlanetto, D. L. C., Bastos, M. M., Silva Junior, J. W. S. & Pinho, D. L. M. (2014). Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. *Comunicação em ciências da saúde*, 25(2), 193-202.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gomez, C. M. & Thedim-Costa, Sonia M. F. (1999). Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 411-421. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200015>.
- González Rey, F. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 275-288. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721997000200007>
- González, A. D. & Almeida, M. J. (2010). Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 551-570. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>.

- Guareschi, N. M. F., Bennemann, T., Dhein, G., Reis, C. & Machry, D. S. (2010). Currículo. *Revista Psicologia e Saúde*, 2(2), 1-11.
- Guareschi, N. M. F., Dhein, G., Reis, C., Marchry, D. S. & Bennemann, T. (2010) *A Psicologia e a formação profissional da saúde para o SUS: um estudo a partir dos currículos de cursos de psicologia do Rio Grande do Sul*. In: Guareschi, N. M. F. (org). *Psicologia, Formação e Saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Guimarães, C. F. & Da Silva, R. A. N. (2016). Devires e intensidades do coletivo na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 939-959. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300012>.
- Guimarães, D. A., & Silva, E. S. (2010). Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2551-2562. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500029>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017). *Resultado dos Dados Preliminares do Censo*. Rio Janeiro.
- Lara, M. P. & Traesel, E. S (2009). A Psicologia e a Saúde Coletiva nas Políticas de Saúde Mental. *XV Encontro Nacional da Abrapso*. Maceió.
- Leal, M. B. & Camargo Junior, K. R. (2012). Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 53-66. doi: <dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000022>.
- Leite, J. F., Macedo, J. P. S., Dimenstein, M., & Dantas, C. (2013). A formação em Psicologia para a atuação em contextos rurais. In J. F. Leite, M. Dimenstein (Orgs.), *Psicologia e contextos rurais* (pp. 27-55). Natal: EDUFRN.
- Leite, S. A. S. (2014). Psicologia e política: reflexões sobre a formação docente. *Psicologia Ensino & Formação*, 5(1), 83-100. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612014000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Lima, J. C. F. (2008). Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. *Trabalho Necessário*, 5(5).
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300011>.
- Loyola, M. A. (2012). O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 21(1), 9-14.
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica

- de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>.
- Macedo, J. P. & Dimenstein, M. (2011). Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface (Botucatu)*, 15(39), 1145-1158. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000021>.
- Marin, M. J. S., Nascimento, E. N., Tonhom, S. F. R., Alves, S. B. A. D., Giroto, M. A., Otani, M. A. P. & Silva, L. C. P. (2017). Formação na Modalidade a Distância pela Universidade Aberta do SUS: Estudo Qualitativo sobre o Impacto do Curso na Prática Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(2), 201-209. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160003>
- Masiglia, R. M. G. (2013). Temas Emergentes em Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. *Saúde & Sociedade*, 22(1), 32-43.
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 22(3), 449-462.
- Medeiros, R. H. A. (2018). O ensino de promoção e educação em saúde para sanitaristas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 609-620. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0003>.
- Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16 (1), 136-142. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1979). *Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Meneses, J. J. S., Silva, M. M. O., Castellanos, M. E. P. & Ribeiro, G. S. (2017). Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 501-518. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00060>.
- Minayo M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec.
- Miotto, M. M. B. & Barcellos, L. A. (2009). Contribuição das Ciências Sociais nas práticas de Saúde Pública. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11(2), 43-48.
- Mira Q. L. M., Barreto, R. M. & Vasconcelos, M. I. O. Impacto do pet-saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40(2), 531. doi: 0.22278/2318-2660.2016.
- Mota, A., Silva, J. A. & Schraiber L. B (2004). *Contribuições Pragmáticas para a Organização dos Recursos Humanos em Saúde e para a História da Profissão Médica no Brasil*: obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde.
- Mourão L.C. & L'Abbate S. Implicações docentes nas transformações curriculares da área da saúde: uma análise sócio-histórica. *Online Braz J Nurs*, 10(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3423>.

- Nunes, E. D. (1994). Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 5-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>.
- Nunes, E. D. (2009a). Saúde Coletiva: Uma História Recente de um Passado Remoto. In: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M.; Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 19-40). São Paulo: HUCITEC.
- Nunes, E. D. (2009b). Sociologia da Saúde: História e Temas. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 283-318). São Paulo: HUCITEC.
- Oliveira, I. C., Balard, C. R. & Cutol, L. R. A. (2013). Formação Profissional em Saúde: Integralidade em Perspectiva. *Saúde & Transformação Social*, 4(1), 69-72.
- Onocko-Campos, R. (2000). Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 16(3), 723-731. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300021>.
- Osmo, A. & Schraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 205-218. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.
- Paim, J. S. (2009). Planejamento em Saúde para não Especialistas. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 767-782). São Paulo: HUCITEC.
- Paim, S. J (2006a). O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional. In: Paim, S. J. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI* (pp. 99-116). Salvador: EDUFBA.
- Paim, S. J (2006b). Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? In: Paim, S. J. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI* (pp. 139-151). Salvador: EDUFBA.
- Paiva, F. S. & Ronzani, T. M. (2009). Inserção do Psicólogo na Atenção primária à Saúde: Possibilidades e Desafios do Trabalho em Saúde Coletiva. *Revista APS*, v. 12, n. 1, p. 88-92.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79. doi: dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010.
- Passos, E. & Carvalho, Y. M. (2015). A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 92-101. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01008.
- Pastorini, A. (2010). *A categoria "questão social" em debate*. São Paulo: Cortez.

- Pinheiro, O. G. (2013). Entrevista: Uma Prática Discursiva. In: Spink, M. J. P (org) (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 170-201). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Ramos, F. L. P., Hora, A. L., Souza, C. T. V., Pereira, L. O. & Hora, D. L. (2016). As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 7(esp), 221-229..doi: <https://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232016000500025>.
- Reis, C. & Guareschi, N. M. F. (2010). Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 854-867. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000400014>.
- Rivera, F. J. U. & Artmann, E. (2010). Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2265-2274. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500002>.
- Roman, C., Ellwanger, J., Becker, G., Da Silveira, A., Machado, C., & Manfroi, W. (2017). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clinical & Biomedical Research*, 37(4). Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/73911>.
- Rouquayrol, Z. (2009). Contribuição da Epidemiologia. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 319-374). São Paulo: HUCITEC.
- Rumin, C. R. (2016). Políticas públicas em Saúde do Trabalhador e extensão em Psicologia. *Revista Ciência em Extensão*, 12(3), 137-153. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1207.
- Sarriera, J. C.; Moreira, M. C., Rocha, K. B., Bonato, T. N., Duso, R. & Prikladnicki, S. (2003). Paradigmas em Psicologia: Compreensões acerca da Saúde e dos Estudos Epidemiológicos. *Psicologia & Sociedade*, 15 (2): 88-100.
- Scarcelli, I. R.& Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 340-357.
- Scarparo, H. B. K. & Guareschi, N. M. F. (2007). Psicologia social comunitária profissional. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe2), 100-108. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000500025>.
- Schraiber, L. B., Peduzzi, M., Sala, A., Nemes, M. I. B., Castanhera, E. R. L.& Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 221-242. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>.
- Sebastiani, R. W. (2003). *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História*.
- Senra, C. M. G. & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000200006>.

- Silva, C. A. & Yamamoto, O. H. (2013). As políticas sociais na formação graduada do psicólogo no Piauí. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 824-839. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000400005>.
- Silva, V. O. & Santana, P. M. M. A. (2015). Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 121-132. doi: dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0017.
- Sobrosa, G. M. R., Zappe, J. G., Patias, N. D., Fiorin, P. C. & Dias, A. C. G. (2014). O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a partir da construção da Saúde Pública no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 4-9.
- Sousa, P. F. S., Carvalho, F. T., Nardini, M. Calvetti, P. U & Gil, M. E. (2005). A humanização no atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. *Boletim Saúde*, 19(2), 22-28.
- Souza, L. E. P. F. (2014). Saúde Pública ou Saúde Coletiva?. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, 15(4), 7-21. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/20686/pdf_53.
- Spink, M. J. P. & Freeza, R. M. (2013). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos. In: Spink, M. J. P (org) (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 1-21). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. P. & Gimenes, M. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 149-171. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200008.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2013). Produção de Sentidos no cotidiano. In: Spink, M. J. P (org) (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (22-42). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. P. & Menegon, V. M. (2013). *A Pesquisa como Prática Discursiva*. In: Spink, M. J. P (org) (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 42-69). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. S., Brigagão, J. I. M., Nascimento, V. L. V., & Cordeiro, M. P. (2014). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: PUC-SP.
- Teixeira, C, F, S., Coelho, Maria T. A.. D. & Rocha, M. N. D. (2013). Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1635-1646. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600015>.
- Teixeira, C. F. & Sá, M. C. (1996). Planejamento & Gestão em Saúde: Situação Atual e Perspectivas para a Pesquisa, o Ensino e a Cooperação Técnica na Área. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1), 80-103. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812319961101452014>.
- Teixeira, C. F. (2003). Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(13), 163-166. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000200019>.

- Torezan, Z. F., Calheiros, T. C., Mandelli, J. P. & Stumpf, V. M. (2013). A graduação em Psicologia prepara para o trabalho no hospital?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 132-145. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100011>.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>.
- Vasconcelos, C. M. & Pasche, D. F. (2009). O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Carvalho, Y. M (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo: HUCITEC.
- Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000500002>.
- Zurba, M. C. (2011). Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 5-11. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400002>.

APÊNDICES

Apêndice A – ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPAL

- 1) O curso de psicologia do qual vocês são oriundos/as abordou que conceitos e referências teóricas para nortear a atuação no campo da saúde?**

- 2) Ao longo da formação foram apresentadas quais ferramentas práticas-interventivas e manejos profissionais para nortear a atuação no campo de Saúde?**

- 3) Que noções éticas e políticas no campo dos direitos e em defesa à Saúde foram discutidas e vivenciadas por vocês durante seu processo formativo?**

Apêndice B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que será utilizada para a Dissertação de Mestrado de Francisco Bruno Paz Soares, intitulada “**Formação em Psicologia para a Saúde: Interfaces com a Saúde Coletiva.**” Sua participação é isenta de qualquer custo, em caso de eventuais danos, será garantido o ressarcimento das despesas e indenizações. Você tem liberdade de acessar o instrumento mesmo antes de confirmar a sua participação e tem o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. A sua participação é livre e voluntária, não conta com remuneração. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá esclarecer todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.

A pesquisa possui como objetivo, investigar os fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde que orientam os processos formativos nos cursos de Psicologia no Brasil. Sua participação nesta pesquisa consistirá na realização de uma entrevista grupal. O estudo trará um maior conhecimento científico sobre o tema abordado, além de contribuir para a compreensão de como a Psicologia discute amplamente a Saúde no Brasil, durante seu processo formativo. As respostas serão gravadas e transcritas na íntegra mantendo a privacidade do participante, com garantia de anonimato e sigilo com relação a todo o conteúdo fornecido. A participação nesta pesquisa não representa qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, na medida em que prezamos pelo sigilo, porém, caso exista algum desconforto ao compartilhar informações, ou sinta algum incômodo em falar de algum tópico em específico, não precisa respondê-lo, reservando-se no direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa. Caso ocorra algum desconforto, o pesquisador responsável disponibilizará a devida assistência, encaminhando-o para os serviços cabíveis, arcando também com as despesas.

As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Sobre o acompanhamento e assistência ao participante quando do encerramento ou interrompimento da pesquisa o participante poderá acessar os contatos dos pesquisadores ou do CEP.

Parnaíba, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Nº Identidade: _____

Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

Pesquisador responsável

Francisco Bruno Paz Soares

Pesquisador participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, entre em contato com:

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

E-mail: jampamacedo@gmail.com

Telefone para contato: (86) 99462381 (Disponível também para receber ligações “a cobrar”)

Pesquisador participante: Francisco Bruno Paz Soares

E-mail: brunopazsoares@gmail.com

Telefone para contato: (86) 994570781 (Disponível também para receber ligações “a cobrar”)

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI. Campus Universitário Ministro Reis Velloso

Avenida São Sebastião, 2819 – Bloco 16 – Sala 05 – Bairro Reis Velloso.

CEP: 64202-020 – Parnaíba-PI.

tel.: (86) 3323-5251

E-mail: cep.ufp.cmr@gmail.com web: www.ufpi.br/cep

Apêndice C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezados (a) Senhor (a):

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **A Formação em Psicologia para a Saúde: Interfaces com a Saúde Coletiva** de autoria do (as) acadêmico (as) Francisco Bruno Paz Soares e orientados pelo (a) professor (a) João Paulo Sales Macedo, na Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Este projeto tem como objetivo investigar os fundamentos epistemológicos, metodológicos e ético-políticos da Saúde que orientam os processos formativos nos cursos de Psicologia no Brasil. O procedimento adotado será a realização de uma entrevista grupal, com graduandos do 10º (décimo) período do curso de graduação em Psicologia. Esta atividade não representa qualquer risco de ordem física ou psicológica, na medida em que prezamos pelo sigilo, porém, caso o participante sinta algum desconforto ao compartilhar informações, ou algum incômodo em falar de algum tópico em específico, não precisará respondê-lo, reservando-se no direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa. Assim como, caso ocorra algum desconforto, o pesquisador responsável disponibilizará a devida assistência ao participante, encaminhando-o para os serviços cabíveis, arcando também com as despesas. Espera-se, com esta pesquisa contribuir para a compreensão de como a Psicologia discute amplamente a Saúde no Brasil, durante seu processo formativo.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida dos telefones (86)3237-2332– Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa ou (86) 994570781- Pesquisador Responsável.

A qualquer momento, o senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que esta sendo realizado. Sem qualquer tipo de cobrança e poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes, endereço e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma, os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Identificação do Responsável Institucional

Professor Responsável

Pesquisador Auxiliar

Data

Documento em duas vias;

1° via instituição

2° via pesquisadores.