

Tempo de travessias: a formação em Psicologia e o campo da saúde pública

Renata Guerda¹

RESUMO

Historicamente a formação em Psicologia tem sido conduzida a partir de referenciais teóricos e metodológicos que a colocam num campo de tensionamento no que se refere à sua prática profissional, ou seja, a formação do psicólogo foi hegemonicamente conduzida por uma lógica de exercício da profissão regulado pelo mercado, numa perspectiva descontextualizada e naturalizante, de um lado, e uma tentativa de construção de um projeto democrático de conhecimento e prática profissional, de outro. Neste sentido, o processo de regulamentação da profissão revela um campo de disputas e conflitos entre os mais diversos interesses da sociedade brasileira. Para problematizar algumas destas questões, a partir do cenário da política pública de saúde para o Brasil, este texto busca apresentar um panorama da história da formação em Psicologia no país, uma breve contextualização da construção do projeto do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária e assim dialogarmos sobre as interlocuções entre Psicologia e SUS, e as travessias necessárias...

Palavras-chaves: Formação em Psicologia, Sistema Único de Saúde e Prática Profissional.

FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Antes da Psicologia se apresentar como disciplina autônoma, práticas e preocupações teóricas de ordem psicológica eram partilhadas com a Medicina, a Pedagogia, a Filosofia e outros campos disciplinares (MANCEBO, 2008).

A partir de 1930, com a promessa de industrialização do país, é possível localizar na história do Brasil relatos sobre práticas *psi*. Alguns trabalhos de psicotécnica realizados em função da necessidade de selecionar, orientar e treinar os trabalhadores para a chegada das novas indústrias em nosso território marcaram as primeiras tentativas para a consolidação deste novo domínio.

Medidas concretas para fazer avançar o sistema econômico no país são tomadas e a Psicologia, de certa forma, é apropriada pelo Estado como um dispositivo concreto capaz de alcançar tais objetivos. Diversos departamentos e setores especializados são criados para fomentar programas de recrutamento e seleção. Em 30 de julho de 1938, é criado o Departamento do Serviço Público (DASP), o grande

¹ Professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário CESMAC.

agenciador para seleção e contratação de pessoal, e que impulsiona a criação da Fundação Getúlio Vargas e, posteriormente, o Instituto de Seleção e Orientação Profissional – ISOP (MANCEBO, 2008).

O ISOP mantinha suas ações centradas na Psicologia Aplicada, principalmente, orientadas para recrutamento, seleção e treinamento de pessoal. De acordo com Mancebo (2008), os objetivos do ISOP imprimem marcas diretas na lei que estabelece a profissão no Brasil, são eles:

- a) Realização de pesquisas de caráter psicotécnico, objetivando o ajustamento entre o trabalhador e o trabalho;
- b) Estudo, a execução e a difusão dos métodos científicos de informação, seleção profissional, concursos e classificação de pessoal, assistência psicológica no trabalho, orientação vital e orientação profissional;
- c) Reajustamento e readaptação profissional dos incapacitados do trabalho, possibilitando seu retorno a atividades profissionais adequadas;
- d) Estudo do mercado nacional do trabalho para o fim de colocação racional trabalhador, com vistas a seu maior rendimento nas melhores condições técnicas;
- e) Promoção de reuniões e seminários de Psicotécnica;
- f) Organização e administração de cursos de formação, extensão e aperfeiçoamento de psicotécnicos e orientadores profissionais.

O primeiro anteprojeto de lei sobre a formação e a regulamentação da profissão, apresentado em 1953 ao Ministério de Educação e Cultura, foi organizado por alguns profissionais do Rio de Janeiro filiados à Associação Brasileira de Psicotécnica. De acordo com Baptista (2010), este documento foi assinado por membros da diretoria da associação, todos eles vinculados ao ISOP: Manuel B. Lourenço Filho, José da Silva Pontual, Emilio Mira y Lopes e José Moacir de Andrade Sobrinho.

Ainda, segundo a autora, o curso de Psicologia proposto pelo anteprojeto estabelecia a formação em dois níveis: bacharel em Psicologia, com um curso de três anos, a ser realizado nas faculdades de Filosofia e caracterizando a profissão como um auxiliar-psicologista em serviços de Psicologia aplicada. E o licenciado, que seria um curso com a duração de dois anos e formaria o psicotécnico da educação e do trabalho e o do ajustamento clínico, permitindo ainda o exercício de direção.

Neste sentido, a Psicologia é regulamentada no Brasil como profissão em 1962. Neste mesmo ano também é aprovado pelo Conselho Federal de Educação, o currículo mínimo para o funcionamento dos cursos. De acordo com Bernardes (2004) o Brasil foi o primeiro país a regulamentar a Psicologia enquanto profissão.

O processo histórico da regulamentação da profissão revela um campo de disputa e conflitos entre os mais diversos interesses da crescente sociedade brasileira. Em 1971 é instalado os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Psicologia. E em 1974 é aprovado o primeiro Código de Ética. As divergências são tanto no que se refere ao projeto de Psicologia para o país, já que diversas práticas já vinham sendo desenvolvidas, quanto no próprio domínio no campo do saber, na delimitação de suas fronteiras, por exemplo.

A abertura econômica do país e os planos desenvolvimentistas para o fortalecimento do Estado Neoliberal, já imprimia a marca do perfil do psicólogo como um profissional liberal, atribuindo seu exercício com independência, regulado pelo mercado e com o predomínio do exercício exclusivo de seus conhecimentos e técnicas.

Este perfil formativo, de certa forma, caracterizou o desenvolvimento do saber-fazer da Psicologia a partir de aproximações com as ciências naturais, legitimadas pelo rigor da ciência positiva, objetiva e técnica. Na pesquisa este processo significou a valorização do método experimental e, na prática profissional, no domínio da realização de atividades relacionadas à seleção e diagnóstico, principalmente das crianças (na escola), doentes mentais (hospital psiquiátrico) e dos trabalhadores (organizações) (JACÓ-VILELA, 2008).

De acordo com Mancebo (2008), é com a avaliação objetiva das aptidões e habilidades e a garantia de um aperfeiçoamento técnico para uma melhor e maior adaptação produtiva dos trabalhadores e escolares que o projeto da Psicologia chega e se consolida no Brasil.

No Brasil, a introdução de novas profissões não atendeu a demandas sociais da população, ao contrário, foi fruto da importação de modelos profissionais de alguns países europeus e dos Estados Unidos. Nestes países a Psicologia encontrou desafios concretos e respondeu a eles pragmaticamente com a criação de técnicas que facilitaram o diagnóstico e a intervenção do psicólogo nas escolas, no universo do trabalho e na clínica. Entretanto tais modelos não correspondiam às necessidades da população brasileira e, até hoje, os efeitos destes modelos padronizados ainda reverberam no contexto da prática e da formação profissional (SPINK, 2003; MANCEBO, 2008).

A consolidação da Psicologia para o Estado brasileiro, a um só tempo, criava e atendia a demandas de governo e de mercado. Na formação, e nos cursos, representava a realização do projeto pleno de mercantilização da educação; no campo profissional é o estabelecimento de funções privativas do saber-fazer do psicólogo, como o monopólio do uso de testes psicológicos, por exemplo.

Esta racionalidade econômica imposta pelo neoliberalismo ressignificou as políticas e setores antes considerados improdutivos, ou seja, não rentáveis, e reorganizou a oferta de serviço e consumo induzindo outros modos de produção, transformando o direito público em mercadoria. A educação faz parte deste pacote de mercantilização e a partir dos anos 1980 o país vive ascensão dos produtos educacionais com a privatização do setor, seguindo nos anos 1990 com o alinhamento aos princípios de controle total do capital por organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Banco Mundial (BM) e outros (RIVERO, 2010).

Este movimento retira o debate da educação da esfera pública e do campo do direito e submete-o às regras do mercado, ou seja, transforma a educação num objeto de consumo individual, e não de discussão pública, organizando processos de maior controle da vida cotidiana escolar (SILVA *apud* BERNARDES, 2004).

O mundo capitalista moderno vivia a efervescência da tecnocracia dos processos de trabalho com os testes de seleção e recrutamento para uma mão-de-obra qualificada, sendo necessário o desenvolvimento de projetos e ações que acelerassem a produção industrial. O que exigia uma formação com função reprodutiva do conhecimento, em detrimento a valorização das demandas sociais e da problematização da realidade brasileira (BERNARDES, 2004).

As estratégias de regulamentação regida pelo neoliberalismo tinham por função assegurar o monopólio do saber e da prática profissional, garantindo um espaço institucionalizado de trabalho com hegemonia na área organizacional, na educação e na clínica privada (DIMENSTEIN, 1998).

Sendo assim, a regulamentação profissional representa a utilidade de determinado saber-fazer para uma comunidade específica. Esta necessidade de regulação está relacionada não apenas às características do modo de operar determinado saber-fazer, mas obedecem a outros dispositivos de regulação e controle que envolvem o poder corporativo, estabelecendo as pressões necessárias para viabilizar e validar o jogo político, as características e atos da divisão técnica do trabalho e o grau que o

Estado chama para si no que se refere à regulação do processo de trabalho (SPINK, 2003).

Neste sentido, a Psicologia brasileira se consolida como um projeto convergente com a lógica moderna de regulação e controle, sendo um território fértil para o desenvolvimento e disseminação de técnicas projetadas para um indivíduo conheável e funcional. Ou seja, fortalecendo uma política de coerção e manipulação calculada dos elementos, gestos e comportamentos das populações (FOUCAULT, 2010).

Um modelo higienista controlado pelo Estado que buscava completo bem estar do corpo e do espírito. Este processo foi acompanhado por uma crescente estruturação dos papéis sociais dos indivíduos, estabelecimentos de normas, regras morais, padrões estéticos e políticos na educação, saúde, religião, garantindo uma coesão total do universo social e da manutenção do *status quo* (MASSIMI, 2010).

A suposta eficácia deste modelo psicológico tem se esgotado no cotidiano do trabalho no Sistema Único de Saúde. Pois, a forma como historicamente foram organizadas as disciplinas no interior do campo da saúde estabeleceu a cristalização de relações, sobretudo, dos modos de produção da vida.

A partir do estabelecimento destas disciplinas no campo da saúde, novas fronteiras passaram a exercer um controle cada vez mais fixo. São regras forjadas na corrida imperialista da especialização precoce, na normatização dos procedimentos queixa-conduta e na naturalização do processo saúde-doença.

Entretanto este jogo de organização das disciplinas, de forma fragmentada, é também um princípio relativo e móvel, visto que elas não possuem sentidos que precisam ser descobertos, nem uma identidade que deve ser repetida. A tarefa crítica é compreender a disciplina como aquilo que é requerido para a construção de novos enunciados. Ou seja, criar espaços para que ela responda cada vez mais a complexidade e às diferentes condições e contextos (FOUCAULT, 1996).

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIAS DE UM PROCESSO E CONSTITUIÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente concebida apresenta marcas de um processo que tem sido atravessado por múltiplos fatores: socioeconômicos, globalização, crises de Estado, desenvolvimento tecnológico, novos

paradigmas científicos, desemprego e miséria em suas formas mais amplas, dentre outros.

É nesta conjuntura que apresentamos o panorama do processo histórico das ações de saúde do SUS, ou seja, a estratégia de adoção da rede de atenção básica como sendo eixo estruturante do Sistema. Esta estratégia é que garante a efetivação dos princípios éticos, políticos e organizativos ao SUS.

Com a vinda da família real ao Brasil, no período colonial, tem-se início o processo de institucionalização do cuidado a saúde. Anterior a este período o cuidado geralmente era realizado pelos curandeiros, barbeiros, pajés, jesuítas ou outros representantes que tivessem o domínio e a experiência da cura e do cuidado; a cultura e os costumes locais eram fundamentais para que estas ações se tornassem possíveis (BAPTISTA, 2005).

Com a coroa portuguesa instalada no Brasil em 1808, as autoridades preocupavam-se com a manutenção da saúde dos monarcas e, assim, trouxeram consigo médicos europeus para cuidar das condições de vida da realeza e manter a vida na cidade salubre e propícia para as condições de trabalho.

Ainda no mesmo ano da chegada da Coroa Portuguesa foi instituída a primeira faculdade de medicina no Brasil. Sendo a prática médica naturalizada enquanto única forma de curar as doenças. As práticas populares comuns na época foram sendo marginalizadas e procuradas somente pelos que não tinham acesso aos cuidados dos médicos. A assistência prestada era focada na cura do indivíduo. Desta forma, foram criados os primeiros hospitais públicos para receber os casos considerados graves (peste, tuberculoses, doentes mentais etc).

O desenvolvimento das práticas de saúde no período colonial é marcadamente traçado em função da sustentabilidade das províncias e manutenção da mão-de-obra dos grandes cafezais. Não existia uma preocupação com a saúde, mas com o reflexo causado pela “doença”, ou seja, a retirada dos trabalhadores da rota da produção. Neste sentido, algumas estratégias começaram a ser desenvolvidas para evitar a proliferação das doenças, por exemplo, as práticas de quarentena.

Após a Proclamação da República em 1889, o Brasil se reconfigura frente ao novo quadro sócio-político e econômico. A burguesia cafeeira detém o controle do mercado e da conjuntura política do Estado, necessitando cada vez mais de mão-de-obra em condições operativas de trabalho.

Desta forma, a própria burguesia (com poder de Estado) começou a instituir ações na área da saúde pública, criando em 1897 uma Diretoria Geral de Saúde Pública (DNSP), com incentivo direto a pesquisas voltadas para o controle de doenças e epidemiologia.

A partir do governo do presidente Rodrigues Alves que as mudanças na área da saúde pública começam a ser mais significativas. Algumas tentativas de urbanização e saneamento da capital do país foram realizadas com o objetivo de reduzir os surtos epidêmicos de varíola, febre amarela, cólera, peste bubônica. As reformas foram feitas de acordo com um projeto de obras e tendo como norteador as pesquisas realizadas pelo DNSP, lideradas por Oswaldo Cruz.

Em 1903, Oswaldo Cruz ao assumir a coordenação do DNSP, estabelece um plano de metas sanitárias a serem cumpridas por toda população. Através de um código sanitário, Cruz decretou que os locais de trabalho, residências e todos outros considerados nocivos à saúde pública seriam alvos de desinfecção.

Foi um processo que causou estado de pânico a toda população, pois os agentes sanitários detinham o poder de entrar nas residências domiciliares sem aprovação dos moradores. A ação tinha finalidade sanitária coletiva, entretanto, foi mal recebida pela população; que além de terem suas casas invadidas pelos agentes, tiveram que tomar a vacina por imposição da polícia. Casas e corpos com apropriações indébitas pelo Estado.

A arbitrariedade deste ato do Estado gerou uma forte resistência popular tendo como consequência a eclosão da Revolta da Vacina em 1904. A metodologia da imposição adotada por Oswaldo Cruz, fez com que a população atribuísse ao código sanitário outro significado, sendo chamado de “código de tortura”. A chamada polícia sanitária tinha também a obrigação de detectar e submeter à quarentena as pessoas que eram vítimas das pestes (BAPTISTA, 2005).

Em nenhum momento do projeto, a população teve direito a voz ou a questionamentos sobre as práticas do Estado. Em muitos dos casos, quando a família não tinha recursos financeiros para se isolar nas fazendas e dispor de médicos próprios, as pessoas eram enviadas para hospitais gerais, mais conhecidos como “matadouros”.

As ações, embora arbitrárias e divergentes dos atuais princípios éticos que regulam as ações de saúde hoje, tiveram repercussões positivas quanto aos números reduzidos de casos infectados. O uso do poder da máquina e da racionalidade dos

serviços em função da manutenção das condições salubres para do desenvolvimento das cidades.

O contínuo incentivo às pesquisas de combate às doenças e o desenvolvimento econômico do Brasil remodelaram o sistema de saúde pública, fortalecendo a perspectiva higienista de controle dos ambientes.

Outros movimentos surgiram no sentido fortalecer o panorama nacional no que se refere à ampliação do setor saúde. Surgiu em 1918 a Liga do Saneamento, cujo objetivo principal era questionar a forte concentração dos investimentos públicos na área da saúde urbana. A Liga conseguiu agregar intelectuais e criar programas educativos, de profilaxia, saneamento nas áreas rurais. Foi um movimento político-acadêmico que teve algumas contribuições para o Movimento Sanitarista brasileiro.

Após o Congresso Nacional aprovar a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em janeiro de 1920, a Liga foi extinta. O Departamento reestruturou e ampliou os serviços sanitários do país, estendendo a competência da União na promoção e regulação desses serviços.

Neste período, grande parte das ações estava vinculada ao poder estadual, sendo quase inexpressiva a contrapartida dos municípios. Os pensadores e administradores dos serviços de saúde eram funcionários públicos e, como tal, reprodutores (e representantes) da política vigente, ou seja, adotavam uma estratégia que visava servir ao processo agroexportador e em legitimação do Estado Oligárquico (MERHY, 1993).

Entretanto, a força exercida pelos movimentos populares contribuiu para que o Estado instituisse a primeira lei de organização dos serviços de saúde. Eloy Chaves, diretor de polícia, propõe em 1923 a regulamentação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas e financiadas pelas empresas e administradoras financeiras privadas. A participação do Estado na gestão era mínima, seu papel era apenas de mediador frente a alguns conflitos que surgiam.

Entretanto, as CAPs não faziam parte de uma política universal. Estavam vinculadas às classes trabalhistas de grandes setores de investimento, como o setor marítimo e ferroviário; foi uma estratégia que visava controlar a força destes movimentos e tinha um caráter eminentemente de seguridade social privada.

Apesar do desenvolvimento das CAPs estarem vinculados a iniciativa privada, serviu de modelo para a criação da primeira política nacional estatal de proteção social do Brasil. Foi a partir da Revolução de 1930, com a crise das oligarquias

cafeiras, e a reorganização do Estado, que a situação econômica começa a ter novas diretrizes.

A presença forte do Estado na regulação da política econômica e a adoção de um projeto voltado para a industrialização fez com que o governo investisse em outros setores (energia, siderúrgica, transporte), transferindo, desta forma, a mão-de-obra agrícola para as capitais.

O governo criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), tendo total poder de administração, controle e financiamento dos fundos de pensões. Elas funcionavam de forma mais ampla que as CAPs, garantido saúde e seguridade social, agora para uma parcela maior de categorias profissionais. Ainda permaneciam excluídos os trabalhadores rurais e os profissionais liberais.

Os Institutos possuíam um caráter eminentemente assistencial, ficando a assistência médica como objetivo secundário. No conflito do processo de unificação dos setores de saúde e previdenciário, surgiu o Instituto Nacional de Previdência e Saúde (INPS). Que adota um modelo de saúde incipiente, médico-centrado, e que não consegue dar conta de toda demanda, estabelecendo vínculos com instituições privada, aprofundando ainda mais a crise econômica vivida pelo setor saúde.

Esta forma de organização do sistema previdenciário brasileiro reforçou um padrão de regulação do Estado que valoriza o trabalhador que exerce funções de interesse do Estado, gerando uma lógica de inclusão perversa, pois atribui a uma pequena parcela da população o status de cidadão, mas não dá a todos os mesmos direitos (BAPTISTA, 2005).

A nova ordem mundial econômica e a solidificação do estado capitalista impõem ao Brasil um controle mais rigoroso quanto aos produtos que eram comercializados e importados. Era preciso investir mais nos controles de portos e aeroportos. A partir do século XX, além da preocupação com o controle sanitário e higienista, a saúde pública ganha uma nova configuração: o foco na promoção à saúde (de caráter preventivista ainda, ou seja, focado na prevenção do surgimento da doença) e redução dos impactos, sobretudo os econômicos, causados pela doença (MATTA; SPINK, 2007).

As políticas públicas de saúde mantinham seu sistema com ênfase na assistência médica e com crescimento acelerado da iniciativa privada. O setor previdenciário com sua política de larga expansão, já não mais suportava esta ampliação sem a reestruturação do serviço, superlotando os hospitais e clínicas de atendimento. O

governo começa a criar uma parceria com o setor privado abrindo um abismo entre a relação público-privado e a população desassistida.

Esta arena de disputa é regulada de acordo com os interesses das classes dominantes, ou seja, das redes farmacêuticas, dos hospitais, dos produtores de tecnologia e insumos terapêuticos e diagnósticos, que para o seu desenvolvimento e manutenção no domínio da esfera da saúde, necessita que a lógica de produção seja centrada no modelo tradicional; que é um modelo produtivo e, por conseguinte alvo de acumulação de capital (FRANCO; MERHY, 2004).

Embora poucas, as mobilizações em torno das políticas de saúde foram aos poucos sendo forjadas na tentativa de romper com os modelos hegemônicos vigentes; as questões da saúde começavam a ser pensadas numa perspectiva mais ampla, junto à assistência social e outros setores da sociedade. Embora o Estado tivesse (e continua tendo) um forte poder de controle, a partir da década de 1950, outros movimentos se constituem na tentativa de fomentar um debate sobre o direito a saúde, partindo de uma nova concepção de saúde.

Estas novas concepções, na re-orientação da assistência à saúde, influenciaram fortemente a construção de um novo campo epistemológico na área da saúde, inaugurado pela inserção das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública: a Saúde Coletiva. Uma tentativa de tornar a Saúde Pública um campo multidisciplinar, num movimento contra-hegemônico ao saber médico, que universaliza e naturaliza os saberes e práticas (MATTA; SPINK, 2007).

O campo da Saúde Coletiva é eminentemente marcado como um campo de interlocuções entre conhecimento e prática, onde diversas disciplinas se propõem ao fazer-pensar em saúde. Não existe uma relação dualista de causa-efeito nos modos de produzir saúde, mas um conjunto integrado de saberes, entendendo que as questões relativas à saúde fazem parte de um processo histórico, coletivo e multicausal.

Neste cenário de mudanças, surge no final da década de 1970, na luta pela democratização do Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária. O Movimento ganha repercussão no país, conseguindo agregar diversos setores da sociedade no movimento pela defesa da saúde como sendo um dever do Estado. Trazia em seu ideal “uma revisão do modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder, e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção deste novo Estado, agora de intenção democrática” (BAPTISTA, 2005, p. 26).

É com a VII Conferencia Nacional de Saúde, em 1986, que o movimento sanitaria ganha mais força. Pela primeira vez teve a participação da comunidade e de técnicos nas discussões e proposições das políticas de saúde. Após 22 anos de ditadura e de séculos de desassistência, o Brasil começa a avançar no debate que culminaria, dois anos depois, na garantia constitucional do direito universal à saúde.

Entretanto, esta não foi uma conquista fácil. Uma das maiores conquistas foi à lei que regulamenta o sistema de saúde brasileira Lei 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A Lei traz em seu Art. 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Mas, ainda resta o desafio de construir bases para a edificação deste sistema, bem como criar condições técnico-assistenciais que garantam a formação de novas ordens no pensar-fazer, mediados pelo compromisso ético e político dos que estão envolvidos neste processo. Entendendo que este espaço é eminentemente político e que, portanto, deve ser presidido por valores de solidariedade e de cidadania (FRANCO; MERHY, 2004).

Travessias necessárias: diálogos entre a formação em Psicologia e a Política de Saúde no país

O Sistema Único de Saúde surge e se consolida num cenário à medida que novos discursos passam a circular e validar novas práticas, tecendo assim outro perfil profissional, politicamente implicado na construção de um sistema justo e solidário de atenção. De acordo com Dimenstein (2001), a formação acadêmica não tem fornecido elementos para a construção deste perfil, pois ele demanda um alto grau de potência de resposta/ação, de articulação intersetorial, de mobilização de parcerias e de estratégias específicas.

Os distanciamentos produzidos pela Psicologia no campo da Saúde Pública são sustentados pelo predomínio do modelo psicodinâmico no ensino da Psicologia na graduação e, muitas vezes, na total ausência de temáticas relacionadas à Saúde Pública, predominância de teorias e enfoques no indivíduo e a hegemonia do modelo médico para o estudo do processo saúde-doença (SPINK, 2003).

Benevides (2005) considera que a inserção da Psicologia no campo da saúde deve necessariamente problematizar os modos de intervenção para além dos enquadres clássicos e modelos hegemônicos da formação. Segundo a autora, a superação da fragmentação do saber/fazer exige rupturas com o modelo da clínica individual e privada e, sobretudo, com as dicotomias que mantêm em separado a ordem dos registros de sujeito e objeto, indivíduo e sociedade, desejo e política, ciência e política.

A linearidade do currículo como consequência do aprendizado desse modelo biológico, disciplinar e centrado na clínica individual, segundo Guareschi *et al* (2009), é uma das dificuldades para que os currículos formem profissionais da Saúde para o SUS e que atuem a partir de uma concepção de saúde implicada com o cuidado e promoção das condições de vida dos sujeitos.

A formação em Psicologia deve buscar diversas contribuições na rede de saúde, considerando seu núcleo de saber, os distintos contextos de trabalho e, ainda, considerar as expectativas que a sociedade tem em relação ao seu papel no campo da saúde. Cada vez mais o plano político para o currículo da Psicologia deve necessariamente convergir com um plano político para a saúde (DIMENSTEIN, 2003).

Ainda é preciso considerar que há um modelo clássico presente também na formação da Psicologia com uma concepção muito particular da subjetividade, o "sujeito psicológico". Segundo Dimenstein (2003), a hegemonia deste modelo de subjetividade, que está presente no conhecimento e na prática *psi*, representa uma problemática na medida em que não é produzido em seu próprio contexto.

A formação dos trabalhadores para o SUS demanda uma ocupação necessária do território, da produção viva do trabalho. É preciso percorrer o caminho sobre nossas próprias linhas, considerar nosso modelo histórico de formação e ousar às *travessias necessárias*. Ser um caminhante não em linha reta que se contenta apenas em compor meramente um dispositivo, mas é preciso atravessar, arrastar-se, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal, compor novas linhas, novos pontos (DELEUZE, 1990).

Os dispositivos geralmente são modelagens produtivas capazes de operar nas diversas dimensões da caixa de ferramentas do trabalhador da saúde. Entretanto, as capturas no uso destes dispositivos implicam movimentos vivos, quer seja no uso de tecnologias duras (equipamentos, protocolos, exames) ou na tradução de um exame de laboratório que envolve um saber tecnológico mais definido, que são as tecnologias leve-duras, ou ainda, as tecnologias leves que estão na dimensão relacional do encontro com o outro (MERHY, 2002).

Os dispositivos são ainda práticas que indicam um conjunto de características ligadas ao caráter de imprevisibilidade do próprio dispositivo e àquilo que tange sua condição de “acontecimento”. As linhas de fratura, de fissura, ilustram bem esta afirmação na condição de introdutoras de “acaso, contingência, novidade, diferença, vontade de jogo e experimentação com formas de pensamento e sociabilidade” (ORTEGA *apud* MARCELLO, 2004).

De acordo com Deleuze (1990), os dispositivos são processos sempre em construção, que não se apresentam nem como sujeitos, nem como objetos, mas como um emaranhado de linhas com possibilidades de sempre derivar-se e transformar-se. E apresentam como principais componentes:

linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se misturam, enquanto umas suscitam, através de variações ou mesmo mutações de disposição. (p. 04).

Considerando que estas são linhas de variações, com muito mais arestas que coordenadas constantes, dois efeitos são importantes para pensar a filosofia do dispositivo. A primeira é o repúdio as tentativas de estabelecer normas universais para o funcionamento dos dispositivos. Com efeito, o universal nada explica, é ele que deve ser explicado. De acordo com Santos (2005), todas as tentativas de universalização representa uma arbitrariedade direta aos contextos locais.

O segundo efeito é uma mudança de orientação que se separa do eterno para a possibilidade de apreender o novo. “Neste sentido como é que é possível no mundo a produção de algo novo?”. (DELEUZE, 1990, p. 05).

Cada dispositivo é uma multiplicidade na qual esses processos operam em constante devir. O primeiro projeto da Psicologia se consolida como um dispositivo que encontrou seu espaço como uma técnica de regulamentação, um pretense conhecimento universalizante sobre as pessoas com o objetivo institucional de administrá-las, moldá-las, reformá-las (ROSE, 2008).

Considerando que os dispositivos operam nestas linhas-funções as quais outras orientações são sempre possíveis, e localizam-se entre o universal e o local, como pensar a formação em Psicologia e o trabalho no campo da saúde a partir de linhas que não se fechem em si mesmo, mas que possibilitem outras composições?

Esta definição somente é possível pela capacidade que o dispositivo assume no que se refere à novidade e a criatividade. Ou seja, a capacidade de se transformar ou se fissurar em função de um dispositivo futuro. Atualmente conseguimos visualizar algumas fissuras no cotidiano dos cursos de Psicologia. Novas experimentações têm buscado construir outros projetos para a Psicologia. Isto não significa que este movimento esteja buscando substituir o modelo vigente, ou um modelo mais verdadeiro, com compromisso social. Mas, de poder considerar que a história é um movimento de permanências e rupturas.

A presença da Psicologia no campo da saúde performa contornos indefinidos e com variações as mais diversas. A necessidade de priorizar, no modelo de formação, um projeto apoiado nas necessidades de saúde da população e nos desafios para a consolidação dos SUS apresenta-se como linha de fuga.

A maneira de transpor tais linhas é no encontro, na curva, entre os meandros, quando uma força, em lugar de entrar em relação linear com outra força, se volta para si mesma, exerce sobre si mesma ou afeta a si mesma (DELEUZE, 1990).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Tatiana Vargas de Farias. **O direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele.** In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005.

BAPTISTA, M. T. D. da S. A Regulamentação da profissão Psicologia: documentos que explicitam o processo histórico. **Psicologia: Ciência e Profissão.** N. 30, p. 170-191, 2010.

BENEVIDES, R. Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais as interfaces? **Psicologia & Sociedade.** 17 (2): 21-25; mai/ago. 2005.

BERNARDES, J. S. **O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil.** Permanências, rupturas e cooptações nas políticas Educacionais. 207 f. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, 2004.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? In: DELEUZE, G. **Michel Foucault, filósofo.** Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 6, n. 2, pp. 57-63, 2001.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, pp. 53-81, 1998.

FOUCAULT, **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Editora Loyola, 1996.

FRANCO, Túlio Batista e MERHY, Emerson. **Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: Merhy, Emerson (*et al*). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.

GUARESCHI, N. et al. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, p. 35-45, 2009.

JACÓ-VILELA, A. M. Psicologia: um saber sem memória? In: In: JACÓ-VILELA, A.M. et al. **Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

MANCEBO, D. Formação em Psicologia: gêneses e desenvolvimento. In: JACÓ-VILELA, A.M. et al. **Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

MARCELLO. F. A. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. **Revista Educação e Realidade**. 29(1): 199-213 jan/jun 2004.

MASSIMI, M. Métodos de Investigação em História da Psicologia. **Psicologia em Pesquisa**. V. 4. P. 100-108, 2010.

MATTA, Gustavo Corrêa e SPINK, Mary Jane. **A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos**. In: SPINK, Mary Jane. A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. QUEIROZ, Marcos. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, nº 2, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº. 8080/1990** (Lei Orgânica do SUS). Brasília. Disponível em: www.saude.gov.br.

RIVERO, N. E. 2010. **Formação em psicologia e governamentalidade**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, PUCRS, 2010.

ROSE, N. Psicologia como uma ciência social. **Psicologia & Sociedade**; 20 (2): 155-164, 2008.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Editora Cortez. 2005.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde – práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.