

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

**O Ensino de Psicologia na Educação Profissional:
(des) compromissos docentes com a Saúde**

Fernanda Hampe Pires

Porto Alegre, 2009

Fernanda Hampe Pires

**O Ensino de Psicologia na Educação Profissional:
(des) compromissos docentes com a Saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Grupo Temático: Educação em Saúde

Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre, 2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE

P667e Pires, Fernanda Hampe

O Ensino de Psicologia na Educação Profissional: (des) compromissos docentes com a saúde. / Fernanda Hampe Pires. - Porto Alegre: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

214 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2009.

1. Psicologia: Ensino. 2. Educação Profissional. 3. Saúde Educação. 4. Cuidado. I. Título. II. Ceccim, Ricardo Burg, orientador.

CDU: 159.9:37

Banca Examinadora

Prof. Dr. Jorge Alberto Rosa Ribeiro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Educação

Profa. Dra. Agnes Olschowsky
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes
Universidade Federal de Alagoas
Departamento de Psicologia

*Para minha querida e insubstituível **Vange**, que, com sua sempre presença em minha vida, ensinou-me o valor das inconformidades, das críticas e do exercício do pensamento; ao **Fabiano**, marido amado, que constrói ao meu lado o sentido de compartilhar a vida e demonstra-se uma linda testemunha de minha existência; à amiga e companheira **Karina Almeida de Souza**, pela sua incansável aposta e interminável potência de fazer essa travessia possível; e aos meus filhos: **João Pedro**, que me permite a experiência de deparar-me com as descobertas, mantendo-as sempre inusitadas, e **José Luís**, gestado e desejado num momento de profusão da vida, das ideias, dos percursos.*

Agradecimentos

Aos meus alunos que se ofereceram como combustível às minhas infindáveis interrogações; aos acolhedores professores **Agnes Olschowsky, Jorge Ribeiro e Jefferson Bernardes** que me forneceram asas ao invés de mordanças; ao **Programa de Pós-graduação em Educação**, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujos educadores puderam colocar-se como exemplo a ser seguido do valor do compromisso, da dedicação e da fertilidade das ideias; ao orientador **Ricardo Burg Ceccim**, cuja maneira singular de fazer-se presente, depositou confiança em minha trajetória; à minha grande amiga **Cristiane Knijnik**, que compartilha comigo, há mais de 30 anos, o necessário exercício do adensar a vida; à minha irmã **Daniela Hampe**, por suas incondicionais apostas em minha capacidade de autoria; à colega de docência **Gisele Tertuliano**, profissional da Saúde, companheira de muitas construções e aprendizagens; à **Aline Dutra dos Santos**, meu “anjinho querido”, que se colocou como fiel guardião de meu mais precioso tesouro nos momentos de minha ausência; à **Julieta e José Picon**, que puderam alargar minhas vivências de família, oferecendo-se sempre como porto-seguro; à **Maria Teixeira**, cujo carinho e cuidado dispensado lembrou-me da delícia calorosa da mão materna; aos meus sobrinhos **Tiago e Clara**, cujos sorrisos e travessuras inspiraram criações e disposição para seguir em frente.

A todos aqueles que acreditam numa educação contrária à ética do “fechar-se sobre si mesmo”, chamando atenção à criticidade e à capacidade de instaurar práticas colaborativas e de compartilhamento na contemporaneidade. A todos aqueles que como eu, inspirados em Adriana Calcanhoto, “**gostam dos que têm fome, dos que morrem de vontade, dos que secam de desejo, dos que ardem**”.

Resumo

Esta dissertação tem como proposta tematizar o ensino de psicologia na Educação Profissional, em seus compromissos com a área da saúde e tomando como exemplo o ensino técnico em enfermagem. Pretende-se verificar, nesse ensino, a contribuição da psicologia para o desenvolvimento da “integralidade do cuidado” e para a apropriação de sentido do “conceito ampliado de saúde”. Buscou-se conhecer que caminhos formativos têm percorrido os professores de psicologia que lecionam na educação profissional de técnicos em enfermagem no município de Porto Alegre, localizando pistas sobre a contribuição do professor desta área na educação profissional. Propõem-se recomendações aos professores de Psicologia e aos gestores da educação profissional de técnicos da área da saúde/enfermagem no sentido do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, em pelo menos dois eixos centrais: a “integralidade do cuidado”, relativo à assistência, e o domínio do “conceito ampliado de saúde”, relativo à política e à ética na saúde. Como instrumentos de pesquisa, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com professores graduados em psicologia, docentes do ensino técnico em enfermagem, e com psicólogos docentes na formação de professores por intermédio da Licenciatura em Psicologia. O território de pesquisa foi o município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. Procedeu-se à análise dos Referenciais Curriculares Nacionais propostos à Educação Profissional da Área da Saúde, verificando-se a relação entre o perfil do egresso proposto e o ensino da área de conhecimentos da psicologia para a prática de enfermagem. As conclusões desta pesquisa apontaram para o fato de que a psicologia precisa ser convocada a fazer parte de um movimento cuja responsabilidade é a produção sintonizada com a ação coletiva por uma vida sem desigualdades e de alta criatividade. Isso demandará um novo tipo de interação entre os sujeitos e nos modos de trabalhar em equipe, implicará lidar com a complexidade sempre diferenciadora do viver, produzindo uma cumplicidade entre os atores. Trata-se, portanto, de poder olhar cada sujeito em sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo e sujeito da história de muitas vidas, perspectiva que se afasta daquela orientada por uma concepção biologizante e mecanicista da vida. Defende-se, nesta dissertação, a necessária inserção de campos dos saberes (saúde, educação, trabalho e psicologia), que tome a subjetividade, os processos de trabalho, a interdisciplinaridade, a psicologia do trabalho, a psicologia social e processo grupal como questões pertinentes para as necessárias reflexões acerca da psicologia no ensino e no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Ensino de psicologia; Educação profissional; Integralidade do cuidado; Educação em saúde.

Resumen

Este trabajo de investigación tiene como propuesta analizar temas de la enseñanza de psicología en la Educación Profesional en su compromiso con el sector de la salud, tomando el ejemplo de la educación técnica en enfermería. Se verifica en la educación la contribución de la psicología para el desarrollo de la "atención integral" y la apropiación de sentido del "concepto más amplio de la salud". Se busca conocer qué caminos han recorrido en su formación los profesores de psicología que enseñan en la educación profesional de técnicos en enfermería en el municipio de Porto Alegre, ubicando pistas sobre la contribución de los profesores de esta área en la educación profesional. Se propone recomendaciones a profesores de psicología y a administradores de la educación profesional de técnicos en el campo de la salud hacia el fortalecimiento del sistema nacional de salud, en por lo menos dos ejes principales: "atención integral", relativo a la asistencia, y el dominio del "concepto ampliado de salud" relativo a la política y la ética en salud. Los instrumentos de investigación utilizados fueron entrevistas semi estructuradas con los profesores graduados en psicología, profesores de la enseñanza técnica en enfermería, y psicólogos profesores en la formación del profesorado a través del grado docente en psicología. El área de investigación fue el municipio de Porto Alegre, en el Estado de Rio Grande do Sul. Se efectuó el análisis de los Referenciales Curriculares Nacionales propuestos a la Educación Profesional del campo de la salud, comprobándose la relación entre el perfil del egreso propuesto y la enseñanza de psicología en enfermería. Las conclusiones de este estudio señalarán el hecho de que la psicología debe ser llamada a formar parte de un movimiento cuya responsabilidad es la producción en armonía con la acción colectiva por una vida sin desigualdades y de alta creatividad. Para ello será necesario un nuevo tipo de interacción entre los sujetos y en las formas de trabajar en equipo, será necesario hacer frente a la complejidad siempre diferenciada del vivir, produciendo una complicidad entre los actores. Se trata, por lo tanto, de mirar la historia de vida de cada sujeto, y además verlo como sujeto de un colectivo y sujeto de la historia de muchas vidas, perspectiva que se aleja de la orientada por una concepción "biologizante" y mecanicista de la vida. Se defiende en este trabajo la necesaria integración de campos del conocimiento (salud, educación, trabajo y psicología), y la toma de la subjetividad, de los procesos de trabajo, de la interdisciplinariedad, de la psicología del trabajo, de la psicología social y del proceso de grupo como temas pertinentes a las reflexiones necesarias sobre la psicología en la enseñanza e en el cuidado en salud.

Palabras clave: Enseñanza de psicología; Educación profesional; Cuidado integral; Educación en salud.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	9
PERCURSO INVESTIGATIVO	13
CAPÍTULO 1	18
A EDUCAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS IMPACTOS NA EDUCAÇÃO TÉCNICA: AMARRAS E DESAFIOS PARA AVANÇAR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE	18
1.1. A EDUCAÇÃO SUPERIOR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL.....	19
1.2. O PERCURSO DA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO RESISTÊNCIA AO MODELO HEGEMÔNICO DA RACIONALIDADE CIENTÍFICA	20
1.3. A EDUCAÇÃO CONSTRUINDO RUPTURAS COM O MODELO HEGEMÔNICO DE FORMAÇÃO.....	25
1.4. A EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE	30
CAPÍTULO 2	36
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL: DA LÓGICA TECNICISTA AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E À INTEGRALIDADE DO CUIDADO	36
2.1. A EMERGÊNCIA DO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NO BRASIL E AS DISPUTAS ENTRE PARADIGMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	39
2.2. O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE E A INSERÇÃO DO PARADIGMA DA PROMOÇÃO: ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	46
2.2. O MUNDO DO TRABALHO E A REFORMA DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL: DOS CONTEÚDOS DISCIPLINARES À CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS	50
2.3. A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA: CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES COM A LÓGICA TECNICISTA NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL.....	54
2.4. PEDAGOGIA DA EXPERIÊNCIA: ESTRATÉGIA DE ABALO AO TECNICISMO PRESENTE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	59
2.5. A INTERFACE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E INTEGRALIDADE DO CUIDADO.....	66
CAPÍTULO 3	75
PERFIL DE EGRESSO: UM POSSÍVEL LUGAR AO ENSINO DE PSICOLOGIA, A INTEGRALIDADE DO CUIDADO E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE	75
3.1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	75
3.2. PERFIL DE EGRESSO PROPOSTO E ARTICULAÇÃO COM A INTEGRALIDADE DO CUIDADO E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE	83
3.3. ACERCA DAS FUNÇÕES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM APONTADAS NOS REFERENCIAIS CURRICULARES NACIONAIS: UM OLHAR.....	87

3.4. PROVOCAÇÕES DISPARADAS PELOS REFERENCIAIS CURRICULARES NACIONAIS AO ENSINO DE PSICOLOGIA	102
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

CAPÍTULO 4..... 104

A FORMAÇÃO DO PROFESSOR PARA ATUAR NO ENSINO TÉCNICO..... 104

4.1. LICENCIATURA EM PSICOLOGIA E CONSTRUÇÃO DE COMPROMISSOS SOCIAIS E DOCENTES COM O CAMPO DA SAÚDE.....	105
4.2. REFORMULAÇÕES E CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PROJETO DE LICENCIATURA.....	114

CAPÍTULO 5..... 133

A DOCÊNCIA EM PSICOLOGIA NO ENSINO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: MAS QUAL PSICOLOGIA? VIVÊNCIAS E NARRATIVAS COMO CATEGORIA DE ANÁLISE DESTE CAMPO

133

5.1. CLAQUETE 1: BOTANDO OS PÉS NO ENSINO: O TORNAR-SE PROFESSOR DE PSICOLOGIA E OS CAMINHOS FORMATIVOS.....	134
5.2. CLAQUETE 2: O ENSINO DE RELAÇÕES HUMANAS E ÉTICA PROFISSIONAL: LIDERANÇA E COMANDO OU A EQUIPE/GRUPO/COLETIVO?	139
Cena 1 - Robotização nossa de cada dia	139
Cena 2 - Somos colegas! Somos?	140
5.3. CLAQUETE 3: A DIMENSÃO GRUPAL E O ENSINO DE PSICOLOGIA: TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES... ..	140
Cena 3 - A sobreposição de sentidos ao RH.....	144
5.4. CLAQUETE 4: A SAÚDE MENTAL:ATENÇÃO DE ENFERMAGEM OU ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA.....	150
Cena 4 - Era uma tarde, dia ensolarado de novembro de 2007, aula de Saúde Mental	150
Cena 5 - Qual foi sua principal aprendizagem na disciplina de Saúde Mental e como você a relaciona com o fazer da enfermagem?.....	152
Cena 6 - Aula de psicologia ou grupo terapêutico?	159
5.5. CLAQUETE 5: O ENSINO DE PSICOLOGIA: CONTROLE OU RESISTÊNCIA?.....	161
Cena 7 - Manejo neles!.....	161
Cena 8 - “Mas cadê a postura do nosso aluno?” Atualizações das <i>nurses</i> que não podem ser <i>ladies</i>	162
Cena 9 - O polígrafo.....	166
Cena 10 - Entrevistando Iara: um pouco de possível, uma linha de fuga	169
5.6. CLAQUETE 6: ENSINO DE PSICOLOGIA E CONTRIBUIÇÕES: SABERES PRESENTES, SABERES AUSENTES E NOVAS APOSTAS NA CONSTRUÇÃO DE UM COMPROMISSO COM A SAÚDE	171
Cena 11 - A inexistência do diálogo, do exercício da interdisciplinaridade	174
Cena 12 - Cadê a subjetividade enquanto processo? O gato comeu?.....	177
Cena 13 - Conceito de saúde ampliado e integralidade do cuidado: compromisso docente? ...	179
Cena 14 - Pesquisa, investigação e olhar problematizador: compromissos docentes e institucionais?	182

CAPÍTULO 6.....	184
TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	184
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
ANEXOS	210
ANEXO 1	210
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA A SER DESENVOLVIDA JUNTO AOS DOCENTES DA LICENCIATURA EM PSICOLOGIA.....	210
ANEXO 2	211
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA A SER DESENVOLVIDA JUNTO AOS DOCENTES DE PSICOLOGIA..	211
ANEXO 3	212
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA INDIVIDUAL	212

Apresentação

Era 23 de maio de 2006, sala 101 da Faculdade de Educação, pessoas sentadas em círculo, em uma roda de chimarrão. Eu frequentava a disciplina “Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde”, oferecida pelo professor Ricardo Burg Ceccim. Havia sido acolhida, neste primeiro momento, como aluna do Programa de Educação Continuada (PEC), oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para a roda de chimarrão, havia sido convidada a professora Laura Feuerwerker¹, da Universidade Federal Fluminense. Frio, chimarrão e a preocupação de como essa paulista estaria se havendo com as temperaturas baixas de nosso Rio Grande do Sul. A vibração da convidada era tanta, que logo que iniciamos a “rodada” de conversas e chimarrão, tirou seu casaco, e mostrou a que veio. Laura discorria a respeito da importância do campo da Educação para que nossa sociedade possa cumprir as promessas e os pactos propostos pelo Sistema Único de Saúde na direção da Integralidade e da Equidade. Questionou o objeto, efetivamente, de trabalho dos profissionais da saúde: pessoas e histórias de vida ou recortes biocientíficos. Relatou exemplos dos desconfortos narrados por muitos usuários ao serem tratados como objetos das inovações tecnológicas da saúde e, ao mesmo tempo, verem-se subsumidos e subjugados no que tange à escuta de suas necessidades. Narrou uma história que foi fundamental para a produção de minhas inquietações e para lançar-me a este espaço de interrogação das práticas docentes no campo da saúde. Disse ela:

Peguei uma vez um táxi no Rio. Como vocês sabem, o carioca é um povo que adora uma conversa. O taxista começou a me contar que, no seu trabalho, transportava pessoas de diversos tipos e que elas sempre tinham coisas para contar, que algumas chegavam até a chorar ao desabafar. O que mais me chamou a atenção foi que ele constatou que fazia parte do seu trabalho escutar as pessoas, suas histórias, suas vidas... Daí eu fiquei me perguntando: mas o que realmente acontece na Saúde, que o taxista, o cabeleireiro e a manicure acham que faz parte de seus trabalhos serem um tanto psicólogos enquanto os ‘caras’ da Saúde entendem ser menor a escuta, a atenção?

¹ Laura Feuerwerker é uma pesquisadora de São Paulo, fez sua carreira acadêmica junto às Faculdades de Medicina e de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, atuava como professora adjunta na Universidade Federal Fluminense naquele momento.

Essa pequena e simples história produziu em mim um acontecimento. Algo saiu do lugar, desacomodou-se. Esse movimento foi motor para constituir minhas interrogações a respeito das práticas na saúde que não constroem relações, mas um repertório de procedimentos mecanizados e fragmentados. Um cuidado que se apartou da dimensão da vida do outro. Um cuidado que permaneceu por muito tempo separado da própria concepção de saúde, cindindo cuidado e escuta, cuidado e vínculo.

Como educadora de profissionais da saúde (Técnicos em Enfermagem), passei a interrogar-me como seria possível ensinar o interesse pelo outro para além de um corpo biologizado, e como a psicologia, conhecimento tão atrelado às noções de afeto, sensibilidade, dimensão subjetiva e assim por diante, poderia permanecer tão de fora desta arena. O percurso desta dissertação passa pela docência de psicologia, abastecida de um efetivo compromisso com a produção da saúde para além da psicologização² da vida, tornando a Psicologia comprometida com a produção da integralidade do cuidado e com o conceito ampliado de saúde. Rever os pactos, as alianças, os lugares que o ensino de psicologia tem ocupado na formação dos trabalhadores de Nível Técnico - em especial, de Enfermagem - passou a ser o motor desta escrita/pesquisa.

Por dois semestres, fui aluna PEC (como são designados os alunos não regulares do *stricto sensu*, mas matriculados no Programa de Educação Continuada) e, nas andanças da vida, conheci professores, pesquisadores e trabalhadores da saúde que, incansavelmente e obstinadamente, acreditam que este pode ser um espaço de luta por uma sociedade mais democrática, mais tolerante com a diversidade, mais plural. Bons encontros se deram, e ficava muito entusiasmada, quando escutava autores que lia nas páginas dos livros e os via encarnados em corpos, ao vivo, com “humanidade” suficiente para produzir em mim ecos. Conheci, nas aulas como o Prof. Ricardo Burg Ceccim, professores/autores convidados, como Emerson Merhy, Laura Feuerweker, Ricardo Ayres, Madel Luz, Roseni Pinheiro, Ruben Mattos e Giovanni Aciole, companheiros que estarão compondo a produção

² “Psicologização” é o termo que refere reduzir as esferas sociais, culturais e políticas à individualidade psíquica.

desta escrita.

Pude, então, tomar o desejo de fazer um percurso de mestrado, a partir da minha prática como psicóloga, colocando a vivência no espaço de uma produção acadêmica. Escolhi a Educação por ser este espaço o de uma discussão acadêmica que abre brechas e dá guarida aos processos e práticas que constituem nosso viver e nossas ações sociais. As vivências como educadora de jovens adultos, numa instituição que forma profissionais da saúde, foi tomada de relevância à medida em que pude problematizar as propostas que este ensino vinha construindo no campo da saúde.

Fui tecendo meu objeto no mesmo processo de invenção de mim mesma como educadora de psicologia para trabalhadores da saúde. A intensidade de minha escrita-pesquisa reside justamente nesta indiferenciação entre mim e o objeto - somos constituídos pelo objeto ao mesmo tempo em que esta escolha nos constitui. Tomei os livros, os textos e os artigos como inspirações e não como coordenadas, lembrando que dissertar vem do latim *dissertare*, discorrer³, correr para diversos lados, vagar. Assim, a escrita pode ser errância, buscar percorrer uma temática a partir de todas as possibilidades de encontro com ela. Esta é a proposta: discorrer sobre o encontro do ensino de Psicologia com a Saúde Coletiva e os compromissos que este ensino vem tecendo com a produção de trabalhadores da saúde no campo do ensino técnico em enfermagem. A dissertação colocará em questão, dialogará e narrará, não de forma descomprometida ou ingênua, mas também problematizando e buscando desenrolar os fios que são tecidos na interseção entre Psicologia, Educação e Saúde.

Propor uma escrita acadêmica que fale de uma prática Psi docente produz e tensiona alguns efeitos em mim: constitui um mínimo e necessário “porto seguro”, pois desdobra-se de um cotidiano visceral, cuja própria implicação é uma das intervenções a que esta dissertação se propõe e é lugar para interlocução com outros docentes de psicologia que podem, ao ler esta produção, pensar em si mesmos como agentes sociais de transformação das práticas de e na saúde.

³ Conforme Dicionário da Língua Portuguesa “Novo Aurélio Século XXI”, de autoria de Aurélio Buarque de Holanda – 3ª edição, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

Assumo a inexistência de neutralidade na construção da pesquisa, pois, esta, parte do princípio de que as escolhas são escolhas políticas na medida em que pensar, teorizar ou produzir falas e discursos sobre algo é inventar um certo contorno e desenho de prática social; busco legitimar a relevância da discussão da psicologia no ensino de saúde na educação profissional, escapando da lógica ou representação social do ensino técnico, como um lugar de pouca importância acadêmica ou de menos prestígio social.

Lecionei por mais de cinco anos em uma escola que possuía a saúde como “carro-chefe”. Essa escola oferecia, semestralmente, mais de 300 vagas para o ensino técnico em enfermagem. Ao estar na educação que se realiza na saúde, construí a possibilidade de resgatar a potência dos processos grupais, refutando a recorrente redução da psicologia ao campo da clínica, quando na saúde. Busquei ser educadora, entendendo com isso que seria uma agente social, trabalhadora da saúde. Inspirada em Guattari e Rolnik (1993), penso que entender-me como agente social é apostar que:

(...) devemos interpelar todos aqueles que ocupam uma posição de ensino nas ciências sociais e psicológicas, ou no campo de trabalho social – todos aqueles, enfim, cuja profissão consiste em se interessar pelo discurso do outro. Eles se encontram numa encruzilhada política e micropolítica fundamental. Ou vão fazer o jogo dessa reprodução de modelos que não permitem criar saídas para os processos de singularização, ou ao contrário, vão estar trabalhando para o funcionamento desses processos na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar. Isso quer dizer que não há objetividade científica alguma nesse campo, nem uma suposta neutralidade na relação (p. 29).

Foi importante romper com uma forma de ensinar psicologia que ocupa um lugar de reforço dos sistemas de produção da subjetividade dominante, produzindo um ensino de psicologia que buscasse encontrar “oxigênio” e interceder em favor de outros processos de ensinoaprendizagem que não aqueles hegemônicos, atrelados às normatizações do viver. Questionava como os docentes psicólogos compreendiam este espaço de ensino e a quais eixos do saber Psi aliavam as suas práticas educacionais.

Um dos combustíveis desta dissertação é o desconforto vivenciado no

encontro com o ensino de psicologia para técnicos em enfermagem, centrado no saber biomédico, psiquiátrico, normativo. Para tanto, foi preciso desnaturalizar um ensino de psicologia que ensina a “detectar” anormalidades nos sujeitos, ocupando uma lógica de guardião da ordem, patologizando a diversidade e tornando o aluno empobrecido em sua constituição subjetiva.

Entendo que a interface Psicologia e Atenção à Saúde está centrada na discussão da clínica proposta pela Saúde Mental e pouco se tem discutido sobre qual pode vir a ser o papel da psicologia na formação de trabalhadores da saúde, inclusive a diferença de entendimento entre “trabalhadores” (uma implicação) e “profissionais de saúde” (uma diplomação). Ao mesmo tempo em que a especificidade do trabalho na saúde garante uma possibilidade inventiva ao encontro com o outro (usuário, colega, equipe), também existe uma captura e uma perda de autonomia deste trabalhador por ser engendrado numa determinada lógica de organização do trabalho – fragmentado, especializado, submetido à hegemonia médica. O ensino de psicologia tem compreendido como sua atribuição interferir nestes acontecimentos? O que os docentes têm a dizer?

Ao deparar-me com a produção teórica do campo da Saúde Coletiva, pude construir um balizador para o ensino de psicologia: o conhecimento Psi deveria potencializar o aluno do ensino técnico em enfermagem a construir uma postura de comprometimento com as práticas de saúde, extrapolando e ressignificando a Assistência de Enfermagem, que entende a produção do cuidado como “higiene, conforto, medicação e procedimentos”, para um “cuidado integral, sob o conceito ampliado de saúde”. Integralidade, acessibilidade, universalidade e equidade passaram a fazer parte de minhas incursões de sala de aula, assim como elegi o eixo da integralidade como tema investigativo desta dissertação.

Dimenstein (2006) ressalta que é preciso poder contribuir para a construção de diretrizes para o trabalho do psicólogo no campo da saúde. Entendo que a inserção da psicologia no campo da saúde também possui como “porta de entrada” a inserção na “educação e ensino da saúde”. Sendo assim, também é preciso colocar em questão as diretrizes que o ensino de psicologia possui para habitar os espaços de formação dos trabalhadores em saúde. Esta pesquisa toma como

referencial problematizador os Referenciais Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na Área da Saúde/Enfermagem, de 2000, formulados pelo Ministério da Educação, que construíram um perfil desejado de egressos. Será importante perceber quais aproximações o ensino de psicologia realizou com estas formulações, e se esta traz revisões ao campo do ensino da saúde, como estratégia de qualificar o ensino profissional para que o trabalhador em saúde possa atender às novas demandas do setor.

Se a educação dos profissionais de saúde necessita estar voltada para práticas que potencializem a integralidade do cuidado nesta área, isso requer um novo tipo de interação entre os sujeitos e nos modos de trabalhar em equipe, implica lidar com a complexidade sempre diferenciadora do viver, implica produzir uma cumplicidade entre esses atores. Trata-se, portanto, de poder olhar cada sujeito em sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. Nesse sentido, há destaque para o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde, perspectiva que se afasta daquela orientada por uma concepção biologizante e mecanizada da vida (DIMENSTEIN, 2006).

Materializar tal proposta requer um novo tipo de competência profissional, um outro tipo de ensino e necessita que coloquemos em questão os modos como produzimos os trabalhadores que aí operam. Apostar na educação dos profissionais de saúde como ultrapassagem da aquisição de habilidades técnicas é apostar na necessidade de aprimorarmos sua capacidade relacional com o outro. É preciso construir uma educação que escape da lógica de produção de atos de saúde como procedimentos e, como adverte Merhy (2001), orientar uma formação que entenda o fazer na saúde como um agir junto ao outro. Dentro de nossos campos de responsabilidade e competências, são processos relacionais comprometidos com a construção de sujeitos sociais protagonistas de seus modos de andar a vida individual e coletiva.

No campo da Saúde Coletiva, para fazer avançar uma política cuja lógica está voltada para a produção do cuidado em Saúde, torna-se necessário fazer escolhas metodológicas que possibilitem sua concretização. Quais escolhas têm

feito o ensino de psicologia no ensino técnico de enfermagem? Não são quaisquer saberes que permitem agir em um modelo centrado no usuário, que visa a um novo modo de produzir o cuidado e ao forjamento de novos sujeitos em ação, comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva. Quais conhecimentos têm sido disponibilizados pelo saber Psi aos técnicos em enfermagem? Quais saberes da psicologia entram no ensino técnico em enfermagem, a serviço de quê e produzindo o quê? Como exemplo, a Psicologia do Desenvolvimento, fortemente presente no ensino da enfermagem, tem uma história atrelada a uma psicologia normativa e disciplinadora; será que este recorte do conhecimento Psi é reengendrado para a produção e incremento da integralidade do cuidado e apropriação da concepção ampliada de saúde? Trazer à tona a discussão do aprender como um processo que integra cognição-afeto-cultura possibilitaria à Psicologia do Desenvolvimento mobilizar competências profissionais orientadas à uma prática da integralidade na assistência aos indivíduo e populações.

Discutir quais compromissos o ensino de psicologia pode e tem reivindicado para si, tomando como perspectiva a pluralidade deste campo de conhecimento, torna-se fundamental, pois, como lembra Batista (2007), temos ou devemos ter a expectativa de gerar impacto no modo de concretizar as propostas formativas em saúde. Para tanto, é necessário alterar as rotas do ensino e da aprendizagem tradicionais que tendem aos conteúdos biológicos e às intervenções curativas.

Busco tematizar como é ou como poderia ser organizado o processo ensino-aprendizagem no âmbito da psicologia, e se esta tem buscado realizar articulações com os outros saberes, num exercício **interdisciplinar**, para atingir o objetivo de formar um profissional engajado com práticas de atenção à saúde, que estejam orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde, mais especificamente para a integralidade do cuidado e para o conceito ampliado de saúde.

Pretendo potencializar a construção da equipe enquanto exercício do coletivo, para que a integralidade do cuidado e a apropriação do conceito ampliado de saúde seja possível; mas será que a formação dos professores de psicologia possui estes compromissos? Para tanto, discuto a formação de professores oferecidos pela Licenciatura em Psicologia, por meio de uma breve análise do seu

projeto político de curso e utilizando como campo de pesquisa entrevistas com docentes participantes desta modalidade de ensino, além do contato com docentes psicólogos atuantes no ensino técnico em enfermagem.

Sendo assim, a presente dissertação tem como objetivo desencadear discussões, análises e proposições no âmbito do ensino de psicologia para a área da saúde, mais precisamente para o ensino técnico em enfermagem. Parto de uma problematização do ensino em saúde e das políticas públicas de educação na saúde no Brasil, situando como um desafio o processo de transformação dos cursos na área da saúde, a incorporação da concepção ampliada de saúde e a ênfase na integralidade do cuidado durante o processo de formação profissional. Dentro desta perspectiva, as perguntas que desdobrei foram: como os conhecimentos da psicologia compõem-se no ensino técnico em enfermagem, quais demandas são colocadas a este campo de conhecimento no âmbito da Educação e Ensino da Saúde e quais territorializações singularizam o lugar e o compromisso da psicologia no campo do ensino técnico em enfermagem.

A pesquisa procurou desencadear um diálogo reflexivo com os docentes de psicologia, bem como com os espaços de formação deste docente. A Licenciatura em Psicologia foi problematizada com a perspectiva de fazê-la “conversar” com as demandas do campo da saúde, revendo a formação que a licenciatura tem conseguido promover junto aos futuros docentes do ensino técnico.

Introdução

Entrando em sua casa, em sua morada, faço algumas recomendações para a leitura deste texto. Com muita gentileza, proponho a você, que utilize seu corpo sensível para seguir nesta viagem. Não estou falando de uma viagem para um mundo inalcançável, subjetivo, que só diz respeito a quem o escreveu. Pelo contrário. Falo de um mundo que pertence a nós, que se insere na cena cotidiana, que forja realidades, que atravessa muitas vidas.

E por que “corpo sensível”? Sensível a ampliar sua escuta, suas narinas, seus poros, e colocar-se nesta embarcação com muita, mas muita curiosidade. Eis o motor recomendável para seguir mais de 200 páginas. Tome cada capítulo como uma história que se quer contada, mas não se pretende esgotada. Alivia aproximar-se do conhecimento que transversaliza esta dissertação com esta premissa: meu conhecimento não busca ser totalizado. Autorizo-me a transitar por textos, autores, falas, vivências, experiências e indagações sem tomá-las como correntes ou grilhões do pensar.

Peço que me vejam como uma escritora-aprendiz, que está sempre no meio do caminho - na ponte, no entre, no quase -, que ora fala em nome próprio, ora precisa subir nos ombros dos gigantes e ora apropria-se de outros para fazer-se coletiva.

Apresento como principal objetivo desta dissertação a tematização de como a docência de psicologia, inserida na educação profissional em saúde, em particular na enfermagem, tem buscado realizar articulações com os outros saberes para atingir o objetivo de formar um profissional engajado com um modelo de práticas de atenção à saúde que estejam orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente, pela integralidade do cuidado e pelo conceito ampliado de saúde. Tomo minhas experiências como docente como ponto de partida e não de chegada. Acolho as indagações sem, onipotentemente, achar que pesquisar é fechar sentidos, mas entendendo que pesquisar é manter potente a singularidade do pensar.

A escrita será dividida em capítulos, que “didaticamente” buscam construir elos e pontes de sentidos. Desejaria que eles tivessem voz por si mesmos. Ao final

de sua leitura, saberei se alcancei meu intento.

No **Capítulo 1 - A educação de profissionais de saúde no Brasil e seus impactos na educação técnica: amarras e desafios para avançar a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde**, busquei tecer algumas considerações acerca da educação de profissionais da Saúde no Brasil e a construção das noções de “integralidade do cuidado” e “conceito ampliado de saúde” como potencializadores na formação dos profissionais de Saúde, devendo ficar mais claro ao leitor o porquê da eleição destes dois eixos como compromissos imprescindíveis ao ensino de psicologia na educação profissional.

No **Capítulo 2 - Educação Profissional na Área da Saúde no Brasil: de uma lógica tecnicista ao conceito ampliado de saúde e à integralidade do cuidado**, busco demonstrar que a educação profissional enfrenta, na contemporaneidade, grandes desafios com implicações diretas na prática docente e no trabalho em geral. As transformações políticas, econômicas e sociais que permeiam a atividade laboral e, por conseguinte, a legislação pertinente à educação, confirma a influência de cada época nos conteúdos e nas práticas pedagógicas que caracterizam o ensino e o processo de formação no interior das instituições. Discutimos que, apesar de alguns avanços nos discursos docentes e dos gestores da área, responsáveis pelo delineamento de novos marcos conceituais nas propostas, o que ainda marca indelevelmente a prática de formação na área da saúde continua sendo a lógica tecnicista, a ênfase no saber-fazer, em detrimento do saber de si, da vida. Do coletivo, da produção de subjetividade, onde o saber precisa ser absolutamente copiativo e prescritivo, e não aberto à criação e à singularidade de seu feitor. Este capítulo busca problematizar e visualizar os caminhos que o campo “Educação Profissional em Saúde” percorreu, desde a década de 1950 até a contemporaneidade, ficando evidente a conexão estreita entre Ensino e Trabalho, permeado pelas lógicas existentes de organização do trabalho ao longo do projeto da modernidade e pelo incremento do capitalismo. Faço uma incursão pela reforma da Educação Profissional no Brasil, que introduziu a noção de competência como estratégia de superação da lógica tecnicista, posta até então, para, num segundo momento, questionarmos se efetivamente garantiu-se essa descontinuidade de compromisso ético-estético-político-pedagógico. Proponho, como aposta para a

produção de descontinuidade com esta lógica, a *Pedagogia da Experiência*, cuja intenção seria promover abalo ao tecnicismo presente na educação profissional em saúde.

No **Capítulo 3 - Perfil de Egresso: um possível lugar ao ensino de Psicologia, a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde**, a partir do documento relativo aos Referenciais Curriculares Nacionais (RCN), oferecido às instituições formadoras de educação profissional para a construção de um ensino que leve em consideração uma formação profissional voltada às demandas postas pelo sistema de saúde vigente no País, o SUS, busco elementos para a discussão da ética da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde, bem como as aproximações da proposta curricular oferecida por tal documento com o ensino de psicologia. Teço considerações acerca do que entendo ser demanda para este ensino, considerando o perfil de egresso proposto ao Técnico em Enfermagem, para analisar, posteriormente, quais narrativas referentes ao perfil de egressos emergiriam nas entrevistas realizadas com psicólogos docentes na educação profissional em Saúde.

No **Capítulo 4 - A Formação do Professor que Atua no Ensino Técnico**, elejo a Licenciatura em Psicologia como campo de análise, buscando verificar a existência (ou não) de uma aproximação desta formação com as demandas postas pelo campo da saúde, já que existe uma obrigatoriedade de que o professor que atua na docência de Nível Técnico possua esta habilitação. Neste capítulo, embasam nossas discussões, além de textos e discussões teóricas, entrevistas individuais semiestruturadas com duas docentes psicólogas atuantes na formação de professores de psicologia para a educação básica e/ou profissional.

No **Capítulo 5 - A Docência em Psicologia no Ensino Profissional de Enfermagem: mas qual Psicologia? - algumas cenas vivenciadas e narradas como um analisador deste campo**, utilizo como estratégia de escrita/problematização, vivências docentes, falas de meus alunos e as narrativas das seis docentes de psicologia inseridas na educação profissional da enfermagem entrevistadas nesta pesquisa. Utilizo imagens, em forma de claquetes e cenas, que nos fazem pensar e propõem ao leitor questões a serem discutidas. Para tanto, também utilizo, além dos eixos integralidade do cuidado e conceito ampliado de

saúde, algumas categorias de discussão que funcionam como problematizadoras da docência de psicologia. Estas foram colhidas dos Referenciais Curriculares Nacionais (RCN), discutidos no capítulo 3, bem como das considerações apontadas na discussão da formação ofertada pela Licenciatura de Psicologia, no capítulo 4.

Por fim, no **Capítulo 6 - Tecendo Considerações: à guisa de provisórias conclusões**, busco retomar os objetivos traçados para a investigação e as consequentes análises deste percurso indagativo, apontando quais caminhos formativos têm percorrido os professores de psicologia inseridos na educação profissional de saúde/enfermagem, oferecendo recomendações à formação deste profissional, na busca de um efetivo compromisso com as demandas da saúde, no que tange à integralidade do cuidado e ao conceito ampliado de saúde, e propondo pistas e sugestões para que o ensino de psicologia inserido nesta modalidade de educação possa trazer impactos e relevância ao campo da saúde.

Percurso investigativo

As estratégias utilizadas para prosseguirmos em minha escrita-pesquisa necessitaram escolhas metodológicas e, quando falamos em metodologia, duas propostas emergem de imediato: pesquisa qualitativa ou quantitativa? Antes de qualquer escolha, precisamos compreender que as pesquisas qualitativas e as quantitativas têm diferentes finalidades e, por isso, necessitam de diferentes desenhos de pesquisa. A pesquisa qualitativa procura entender os significados, as experiências e, muitas vezes, é flexível, dinâmica, pois os métodos e os aspectos relacionados ao desenho do estudo podem, em parte, modificar-se na medida em que novas informações são recolhidas. Podemos afirmar que é um processo não linear, não sequencial. Além disso, boas pesquisas qualitativas também procuram responder a perguntas bem formuladas (CAPRARA, LANDIM, 2008).

Caprara e Landim (2008) identificam três estratégias de coleta de dados que caracterizam os métodos qualitativos: 1) entrevista face a face que, por sua vez, pode ser semiestruturada, aberta, aprofundada, e/ou história de vida; 2) entrevista em grupo e/ou grupos focais; 3) observação direta da vida humana, participando de eventos sociais e culturais com as pessoas em seus locais de vida (observação direta e/ou observação participante); e ainda, vale acrescentar, como um quarto elemento: 4) a coleta de dados em documentos escritos.

Para a pesquisa, a seguir registrada, elegi a entrevista semiestruturada como principal ferramenta para aproximação de “minha” questão. Os dados coletados foram sucessivamente organizados segundo grandes temas, categorias ou casos semelhantes, e suas análises consistiram no constante confronto de elementos que emergiram das entrevistas, procurando elementos comuns e possíveis divergências. Uma particular atenção referiu-se às narrativas dos professores, suas frases utilizadas, a transcrição.

A análise dos dados foi orientada por categorias que buscaram relacionar a prática docente com os eixos da integralidade do cuidado e conceito ampliado de

saúde, bem como com os Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional em Saúde/Enfermagem, permitindo uma análise em profundidade dos elementos que foram surgindo durante a coleta dos dados.

O **objetivo geral** foi tematizar o ensino de psicologia na educação profissional de nível técnico na área da saúde/enfermagem, como contribuição para o desenvolvimento da **integralidade do cuidado** e para a apropriação de sentido do **conceito ampliado de saúde**. Os **objetivos específicos** foram: conhecer que **caminhos formativos** têm percorrido os professores de psicologia que lecionam na educação profissional de técnicos em enfermagem no município de Porto Alegre; conhecer ou localizar pistas sobre **qual tem sido a contribuição do ensino de psicologia e como este ensino vem inserindo-se na educação profissional** de técnicos em enfermagem; e propor **recomendações aos professores de psicologia, à formação destes e aos gestores da educação profissional** de técnicos da área de saúde/enfermagem que fortaleçam o Sistema Único de Saúde em pelo menos dois eixos centrais: a integralidade do cuidado, relativa à assistência, e o domínio do conceito ampliado de saúde, relativo à política de saúde.

A opção pela utilização de abordagens qualitativas de pesquisa diz respeito às tendências abrangentes no que concerne à pesquisa em Ciências Sociais, tendo em vista as transformações nas formas de se fazer e conceber a pesquisa. De acordo com Melucci (2005), a pesquisa qualitativa concede valor à experiência individual e à vida cotidiana, atribuindo papel aos espaços onde os sujeitos constroem os sentidos do seu agir e no qual experimentam as oportunidades e os limites para a sua ação. Sendo assim, o sentido que os sujeitos da pesquisa darão às suas práticas docentes e a suas histórias profissionais indicarão caminhos pertinentes à nossa análise.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas com professores de psicologia e professores docentes da Licenciatura em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs), por ser esta a única instituição de ensino de Porto Alegre que oferece esta formação. Também realizei consulta ao currículo proposto em tal Licenciatura, bem como analisei os Referenciais Curriculares Nacionais oferecidos pelo Ministério da

Educação à Educação Profissional da Área Saúde.

As entrevistas semiestruturadas (anexo 1 e anexo 2) permitiram captar e ampliar os sentidos que excedem aqueles previamente estabelecidos pelo roteiro. A entrevista possibilitou recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (BOGDAN, BICKLEN, 1997). Os autores também apontam que a entrevista permite dialogar com os sujeitos pesquisados, o que pode trazer outros aspectos ou sentidos para a pesquisa que, *a priori*, não estariam contemplados por um roteiro desenhado ou proposto.

Como lembra Minayo (2001), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ao se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa de cunho qualitativo, conforme Minayo (2002), aborda um conjunto de fatos, busca respostas a perguntas de tipo “como” e pode lidar com diversas fontes de evidências de maneira a permitir o conhecimento amplo e detalhado do grupo de interesse, no caso os docentes de Psicologia, e docentes da Licenciatura em Psicologia.

Numa primeira aproximação com os dados, pude identificar, por meio de levantamento no site da Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul (Superintendência da Educação Profissional - Suepro), que existiam, no município de Porto Alegre, 17 escolas que ofereciam educação profissional de Enfermagem. Todas eram escolas particulares e, destas, por contato telefônico, duas não prestaram informações quanto à existência de professores graduados em psicologia inseridos no ensino; duas escolas não estão oferecendo mais este curso; três escolas não possuíam em seu corpo docente graduados em psicologia, apenas em enfermagem; duas escolas informaram que psicólogas da instituição hospitalar (mantenedora) auxiliam os docentes no que se refere a conteúdos de psicologia, mas tais profissionais não são responsáveis por disciplinas ministradas ao longo

curso; e por fim, oito escolas possuíam professores graduados em psicologia. A presença de psicólogos no ensino da educação profissional de técnicos em enfermagem **correspondeu a 59% das escolas** da cidade de Porto Alegre.

Não podemos esquecer que o universo empírico, ou seja, o objeto de investigação, deve apresentar as melhores condições de explicitação da problemática da investigação (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000). Neste caso, os sujeitos da prática foram aqueles envolvidos com o ensino e o ensinar psicologia para técnicos em enfermagem, bem como os docentes que atuam na Licenciatura em Psicologia. Os professores entrevistados que participam da Licenciatura em Psicologia foram indicados pela Comissão de Graduação da Licenciatura em Psicologia do respectivo curso existente na cidade de Porto Alegre. Em relação aos sujeitos “docentes de psicologia”, recortou-se a “amostra” das 8 escolas em que o docente comparecia com esta função específica, descartando-se as escolas onde o docente configurava o papel de colaboradora, umavez que pertencente ao quadro da mantenedora. Era preciso, além da graduação em psicologia, que os docentes, por convite, manifestassem interesse e concordância em participar da pesquisa e autorizar o uso de suas informações, de maneira anônima para o relatório de análise técnico-científica.

As entrevistas foram realizadas em ambientes escolhidos ou indicados pelos sujeitos da pesquisa. Não foi usado como critério de inclusão a formação na Licenciatura em Psicologia para podermos inferir se esta produz, ou não, impactos na docência no sentido da garantia da presença dos eixos “integralidade do cuidado” e “conceito ampliado de saúde”. Como era desejo representar a totalidade dos docentes de psicologia inseridos no ensino técnico em enfermagem da cidade de Porto Alegre, entrevistei todos os professores que aceitaram participar da pesquisa. **Foram seis os professores de Psicologia inseridos no ensino profissional e dois professores da Licenciatura em Psicologia da Ufrgs.** Além das entrevistas, foram observados os programas de ensino destes professores, a partir de suas narrativas, como forma de elucidar ou agregar informação, assim como levei em consideração minhas vivências nesse campo educacional.

À questão da pesquisa qualitativa como ferramenta para nossa investigação,

acrescento a preocupação ética que vem orientando a pesquisa na área das Ciências Humanas. Nesse sentido, obtive o consentimento por escrito dos sujeitos da pesquisa, cujo modelo encontra-se em anexo (anexo 3), de modo a resguardar a sua identidade, bem como o local onde realiza sua docência. O recurso do consentimento informado caracteriza-se pela autorização, dada de forma voluntária, por uma pessoa capaz de tomar decisões no seu melhor interesse, no sentido de permitir a realização de um procedimento, neste caso, de pesquisa (GOLDIM, 2000). Como nos adverte este Goldim (2000), o consentimento informado não assegura a adequação ética de um projeto de pesquisa, mas ainda é a melhor maneira ou forma disponível para preservar o respeito às pessoas envolvidas. Desta forma, foi referida, no documento em questão, a garantia da privacidade e do anonimato, na forma da garantia da não utilização das iniciais dos nomes das pessoas e das instituições as quais pertencem. Optamos pela utilização de pseudônimos.

Capítulo 1

A educação de profissionais de saúde no Brasil e seus impactos na educação técnica: amarras e desafios para avançar a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde

Batista (2005) e Feuerwerker (2003) têm discutido como áreas de dificuldade para o ensino dos profissionais de Saúde e como dicotomias (teoria e prática; saúde e doença; promoção e cura) o biologicismo e o hospitalocentrismo presentes na formação em saúde, reduzindo as práticas de cuidado aos seus aparatos técnicos e tecnológicos. Também referem as dimensões éticas e humanistas consideradas em segundo plano, bem como a formação docente descolada das mudanças políticas e educacionais que emergiram das lutas sociais por saúde. Incluem em suas análises a significativa fragilidade no processo de profissionalização docente com a desvinculação dos currículos em relação às necessidades da população e o distanciamento entre cenários de aprendizagem e assistência.

Discutir a formação dos profissionais de saúde se faz necessário na medida em que existe uma espécie de “efeito dominó”: a formação oferecida nos cursos de graduação possui uma influência direta na qualidade da educação profissional de nível médio. Explico-me melhor: o professor, egresso de uma profissão de nível superior, com ou sem licenciatura, reproduz o ensino aprendido nos bancos escolares das graduações. Os docentes do ensino técnico em enfermagem, em sua grande maioria graduados em enfermagem, acabam perpetuando modelos de assistência apreendidos em sua formação acadêmica. Os docentes de psicologia, igualmente, recortam as abordagens da Psicologia Clínica, da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia Organizacional numa perspectiva normativa que obtiveram em seu modelo de formação. Assim, a graduação em enfermagem e em psicologia precisa ser contextualizada numa cena ainda maior: a educação superior dos profissionais de saúde.

Realizar uma breve incursão na discussão sobre a educação dos

profissionais de saúde auxiliará a entendermos qual discurso de saúde e qual compreensão de prática de saúde tem se perpetuado na educação profissional.

1.1. A educação superior dos profissionais de saúde no Brasil

Ceccim e Carvalho (2006) apontam que a Educação Superior em Saúde no Brasil teve início em 1808 com a vinda da família real portuguesa e a abertura das duas primeiras Escolas Médicas (Rio de Janeiro e Salvador), que também passaram a oferecer a educação farmacêutica.

Em 1879, estruturou-se uma escola de Farmácia, um curso de Odontologia e um curso de Obstetrícia. Em 1890, foi fundada a Escola Profissional de Enfermeiros no Rio de Janeiro. A educação em enfermagem, entretanto, caminhou, tanto com a Educação Superior, quanto com a Educação Técnica profissional a partir dos anos 1920. Já o ensino de psicologia remonta, no Brasil, da década de 1970.

O enfoque era marcadamente tecnicoprofissional. Como referem Ceccim e Carvalho (2006), uma concepção conservadora e utilitária marcava os olhares e estudos dirigidos ao corpo desde o século XVIII e por todo século XIX na Europa. Elaboraram-se formulações parciais sobre o corpo, considerando-no como mero instrumento de produção, que passou a ser rigorosamente observado e organizado à luz da ciência sob uma noção de história natural (ciências biológicas). Tais termos acabaram sendo estruturantes das intervenções em saúde e da própria educação dos profissionais de saúde.

Não podemos negar que esses saberes conseguiram romper com uma concepção de doença como punição ou manifestação sagrada, o que permitiu sistematizar e classificar condutas e procedimentos em relação ao corpo. Por outro lado, **limitaram o entendimento do homem como um ser de emoções e interações, de afetos e autorias, cuja “humanidade” provém de sua vida em coletivos e em sociedade, e construíram uma concepção de humano reduzido ou atrelado à sua condição biológica.**

De modo geral, apenas elaboraram-se formulações parciais sobre o corpo. Um exemplo pode ser a comparação que se fez entre o funcionamento do relógio ou do carro com o funcionamento do corpo: análises mecanicistas, organicistas, nas quais o corpo serviu como instrumento de diagnóstico, prevenção ou terapia com dupla função: de instrumento, na sua relação com o trabalho, e de objeto, como aquele no qual se intervém.

Os séculos XIX e XX foram fortemente marcados pelo **paradigma biologicista**. O hospital ficou entendido como lugar da doença e da cura, estando bastante nítida a união entre Educação Superior, pesquisa experimental, razão médica e racionalidade científica.

1.2. O percurso da educação dos profissionais de saúde como resistência ao modelo hegemônico da racionalidade científica

Faço um breve passeio pela História do Brasil, da década de 1920 à reforma sanitária. A intenção é percebermos como se construiu um contexto que possibilitou uma transformação do ensino da saúde que acabou por apontar a construção do conceito e da prática da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde.

A década de 1920 apresentava um panorama de formação orientada para influir no estado de saúde da Nação, existindo um processo vigoroso de introdução de uma lógica de formação que atendesse à Saúde Pública, orientada pelos padrões epidemiológicos, estando presente uma **educação marcadamente higienista dos profissionais**. É interessante pontuar que, nesse momento, como advertem Ceccim e Carvalho (2006), a formação em saúde era convocada a reconhecer que sua atuação profissional não deveria ser circunscrita ao compartilhamento de acervos de conhecimento e desenvolvimento de pesquisas em laboratório. Era preciso que o exercício profissional alterasse positivamente a realidade de saúde.

Na década de 1940, encontramos um esforço cientificista da Educação, numa identificação com o movimento norteamericano, representado pelo Relatório

Flexner. A *flexnerização* da formação marcava a presença da ciência no ensino e em sua disciplinarização, com eixo na prática individual e na formação orientada pelo modelo curativista das doenças. Esta “inspiração” norteamericana justificou a construção, reforma e ampliação dos laboratórios, bem como a construção dos hospitais-escola, registrando um movimento que vigora ainda hoje.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, construiu uma concepção de saúde como expressão do bem estar físico, mental e social. No entanto, naturalizou e cristalizou o social e o mental como entidades, desvitalizando-os como construções, processualidades. O conceito da OMS propôs que o ensino rompesse com uma matriz unicamente oriunda da biologia como razão científica para a saúde, podendo atrelar-se com as humanidades (psiquismo afetivo e cognitivo) e com as determinações socioeconômicas (saúde e sociedade, saúde e história etc). Desta forma, uma reforma na Educação deveria deixar de ser apenas instrumental, e passaria pela orientação políticopedagógica (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Outro importante motor das mudanças ocorridas na educação dos profissionais de saúde foi a ação da Organização Pan-Americana da Saúde. Esta atuou junto às instituições formadoras para o debate sobre o ensino, apontando a necessidade da integração curricular com o Sistema de Saúde, pois com a naturalização do social e do psicológico, à Saúde Pública competia saber sobre a área social e de humanidades, e à clínica, caberia a ciência dos órgãos e da pesquisa biológica.

A década de 1960, herdeira do movimento preventivista iniciado na Inglaterra e disseminado pelos EUA e Canadá, pauta a mudança no ensino pela denúncia da inadequação de um modelo de formação cujo objeto é a doença e não a saúde, de internação hospitalar e não de proteção dos ambientes de vida e trabalho e de prestação de procedimentos e não da educação popular em saúde. Como apontam Ceccim e Capozzolo (2004), um processo reformulador buscou opor-se à centralidade do hospital na formação médica, o que deu origem aos departamentos de medicina preventiva, trazendo ao cenário aprendizagens fora do âmbito hospitalar e a pauta da prevenção de patologias. No entanto, não

reintroduziu a humanização e a integralidade perdida na reforma cientificista/profissionalizada anterior (base *flexneriana* da década de 1940). A experiência extra-hospitalar não significou acolhimento das pessoas, mas uma experiência de mediação normativa do saber medicocientífico para a população leiga e seus corpos suscetíveis pela “falta” de conhecimento.

Nas palavras de Ceccim e Carvalho (2006):

Na década de 1960, uma reforma da educação introduziu a abertura, nos cursos da área da saúde – notadamente, nos cursos de medicina, odontologia e enfermagem – de departamentos, disciplinas, setores ou áreas de ensino da saúde pública, principalmente no campo da saúde preventiva. Convergem positivamente: uma contestação à prática biomédica vigente e a denúncia da insuficiência do ensino de saúde pública para formar um profissional competente para as demandas da prevenção (p. 81).

Introduziu-se, assim, a necessidade de **mudanças na educação dos profissionais de saúde**. A década de 1970 foi habitada pelos projetos da Saúde Comunitária como pauta para o debate das mudanças na formação. Era preciso compreender os territórios da vida e os contextos culturais locais para romper com uma certa idealização e naturalização dos aspectos psicológicos e sociais. Ceccim e Capozzolo (2004) afirmam que as concepções herdadas da Saúde Comunitária trouxeram um questionamento do entendimento da saúde dos indivíduos sem a dimensão da vida em sociedade, introduzindo propostas de ensino extramuros como oportunidades de aprendizagem junto à população, por meio da prestação de serviços de saúde comunitária. Mantidas as experiências de atenção preventiva, com maior vigor na área de atuação materno-infantil, as atividades enfatizaram os cenários sociais da vida em coletividade. A noção de humanização e integralidade saíram fortalecidas, mas ficou estabelecida uma compreensão de que tais práticas pertencem a uma dada instância específica do desenho da atenção e não aos componentes do perfil profissional de quem se forma na área da saúde. A reforma da educação na saúde revelou-se pelo destaque à atenção primária: farmácia de rua, enfermagem comunitária e apoio à enfermagem caseira, medicina geral comunitária e apoio à medicina tradicional e odontologia na comunidade.

Era o auge da ditadura militar. No Brasil, a noção de corpo saudável estava

entrelaçada com a mentalidade militar: “saudável era o corpo disciplinado, comportado e sem demonstração de emoções, sob a guarda da educação física na escola, da educação para a saúde nas comunidades e da intervenção medicamentosa para eliminação de todos os tipos de sintomas” (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Emergiu o **movimento da reforma sanitária**. Lutou-se para que crescesse a extensão de cobertura dos cuidados primários às populações, mas havia uma dissociação importante: a clínica era das ações individuais e território da cura; as ações de preservação, prevenção e a promoção de qualidade de vida pertencia à Saúde Pública. Estava excluída a integralidade, segregando-se a “clínica” da “saúde coletiva” e vice-versa.

Na década de 1980, as experiências para integração ensino-serviço extrapolaram as aprendizagens em hospitais, valorizando as aprendizagens em Unidades Básicas de Saúde e recuperando, em alguma medida, a integralidade, incorporando mais intensamente conteúdos das Ciências Sociais e Humanas nas reformas curriculares. No entanto, não houve um desarmamento da lógica do hospital como o lugar da cura e a lógica da doença como território da medicina. Acabou-se por distinguirem-se profissionais “talhados” para a comunidade e profissionais “talhados” para o hospital, cuja cisão realimentou o regime de verdade da racionalidade científica moderna⁴. “A humanização e a integralidade seguiram fora do eixo estrutural da formação, conquistando um lugar de experimentação marginal” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

Do ponto de vista do Sistema de Saúde, a década de 1980 é a década das Ações Integradas, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Constituição Cidadã, do alvorecer da reforma sanitária, que culminou com a regulamentação do Sistema Único de Saúde em 1990.

Entre o final dos 1980 e meados dos 1990, a mudança de paradigma decorreu dos Seminários Regionais e Nacionais do Ensino Superior em Enfermagem: da assistência às doenças ao paradigma do cuidado humano, gerando

⁴ Os profissionais que detinham a prática clínica sobre as doenças, com o poder sobre a vida e a morte, seguiam sendo compreendidos como supostamente mais científicos e mais profissionais.

o Movimento da Educação em Enfermagem. Ceccim e Carvalho (2006) apontam que:

Esse novo paradigma curricular preconizava a formação como cruzamento de competência técnico-científica e política, estreita relação entre processo de formação e trabalho e mudanças nos marcos conceituais do trabalho em saúde, pela compreensão conjuntural do país e do contexto sanitário. O currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população, em consonância com os princípios da reforma sanitária. **O movimento da enfermagem introduziu na ordem do currículo o tema do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária brasileira** (p.84, grifo meu).

Nos anos de 1990, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) debateu a necessidade de articulação entre docentes, profissionais, gestores e estudantes, buscando integrar ensino e trabalho. Embora não operacionalizada, ajudou a construir uma nova teoria científica do ensino e objetivou substituir o legado do Relatório *Flexner* pelas determinações da reforma sanitária brasileira. O projeto Cinaem destacou o protagonismo estudantil e a interlocução com os gestores de saúde (SUS). A Cinaem deixou um legado importante a respeito da centralidade necessária nas necessidades de saúde da população e na ruptura com o pensamento médico-hegemônico (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

Entre as reformulações importantes da formação durante os anos 1990, existiu a proposta de integração da população entre os atores estratégicos da mudança e a perspectiva multiprofissional no Programa UNI – “Uma Nova Iniciativa: a integração com a comunidade” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004). Desta conjuntura, emergiu um movimento social em rede, a Rede Unida, articuladora das aprendizagens sobre a mudança na formação. A “comunidade” deixou de ser entendida como lócus de aplicação (visão instrumental) e passou a ser compreendida como local nascente da política de construção da cidade. A Rede Unida reuniu os Projetos UNI aos Projetos IDA (integração docente-assistencial), que se referiam à presença dos professores nos serviços assistenciais da atenção primária à saúde, não somente nos hospitais universitários.

Além destas iniciativas ocorridas na década de 1990, podemos dizer que o

campo da educação forneceu elementos significativos para que fossem possíveis algumas rupturas com o modelo que se pretendia hegemônico na formação da saúde.

Nesta perspectiva, o atravessamento do setor da Educação na Saúde, garantiu, aliado aos movimentos sociais oriundos da reforma sanitária, uma ampla revisão dos eixos políticos e éticos que pautavam a formação dos profissionais da saúde.

1.3. A Educação construindo rupturas com o modelo hegemônico de formação

Ceccim e Carvalho (2006) apontam que, até a República, a formação estava associada à noção de aprendizagem pela prática. O currículo e a pedagogia universitária eram autorregulamentados, sem currículo mínimo ou diretrizes curriculares nacionais. A partir da instalação do Conselho Federal de Educação, foi definida a tramitação para a autorização de funcionamento dos cursos superiores. A Lei Federal 5.540, de 1968, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB), definiu um currículo mínimo (orientado pela prática individual, hospitalocêntrica, com conhecimentos fragmentados, de indução à especialização, com um modelo curativista de doenças) que vigorou até a nova LDB, de 1996, na qual entraram em vigor as Diretrizes Curriculares Nacionais.

A partir de 1997, as profissões da área da saúde começaram a construir seus perfis de egresso da formação superior e, entre 2001 e 2004, foram aprovadas as diretrizes para os cursos de graduação da área da saúde, firmando-se nacionalmente que a formação deveria contemplar o Sistema de Saúde vigente no País, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Algumas profissões nomearam o SUS nos objetivos da educação. Na educação em enfermagem constou o acréscimo de que o atendimento às necessidades sociais de saúde deveriam ser asseguradas pela integralidade da atenção, da assistência e pela qualidade e humanização do atendimento. Para o ensino em psicologia, a atenção à

saúde passou a estar definida como participação na prevenção, proteção e reabilitação em saúde. Todas essas informações são de Ceccim e Carvalho (2006) ou de Ceccim e Capozzolo (2004).

Pontes, Silva Jr. e Pinheiro (2006) expõem que a **Reforma Sanitária e as Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde**, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, entre 2001 e 2004, decorreram de um longo processo que atravessou a década de 1990, no qual vários movimentos continuavam tentando dar respostas às inadequações na formação em saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde materializaram alguns desses esforços. Surgiu o enfoque em “habilidades e competências”, rompendo-se com a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos. Na saúde, notou-se uma proposta de inversão do padrão *flexneriano* e biomedicalizador, ao propor-se um profissional generalista, capaz de intervir no processo saúde-doença, de atuar nos diferentes níveis da atenção, de orientar-se pela **integralidade** e de implicar-se com a responsabilidade social. Passou a ser preconizado um enfoque integral dos indivíduos e não um padrão biomédico; houve uma concepção ampliada de saúde como processo saúde-doença e não como ausência de doença; o profissional de saúde e o usuário passaram a ser entendidos como cidadãos. Essas diretrizes procuraram responder às questões de conhecimento fragmentado, uso acrítico de tecnologias, custos crescentes e reduzida eficácia das intervenções, à necessidade de mudança no perfil epidemiológico no Brasil e correspondência ao perfil demográfico, esperando-se, com isso, direcionar a educação dos profissionais de saúde às necessidades da população e aos princípios do sistema de saúde vigente (o SUS).

Para Pontes, Silva Jr. e Pinheiro (2006), a **integralidade** configura-se como um potente eixo para a mudança na formação em Saúde. Nesse sentido, entendem o **cuidado** como fundamental para a construção da educação dos profissionais. O cuidado é visto como prática, noção essa que extrapola uma concepção humanizada ou tecnicamente ampliada para **ser um modo de estabelecer relações profissional-usuário, nas quais o usuário é a medida do trabalho em saúde**. O cuidado passa a ser visto como uma dimensão do trabalho em saúde e a alteridade é o que medeia o uso de tecnologias e a construção de

intersubjetividades para tecer a integralidade. O **cuidado como “tecedor” da integralidade**, romperia com a dicotomia Hospital/Atenção Básica à Saúde.

A **integralidade do cuidado** seria compreender que o cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do Sistema de Saúde (visão hierárquica), nem um procedimento técnico (visão instrumental). Uma ação integral visa a compreender as diferenças dos sujeitos, respeitando as relações de etnia, gênero e raça etc, entendendo que os sujeitos, além de serem portadores de deficiências ou patologias, são portadores de necessidades específicas. O **cuidado em saúde** passa a ser o tratar, o respeitar, o acolher e o atender o ser humano em seu sofrimento, em seu enfrentamento do processo de vida. O **cuidado em saúde** deve ser uma ação integral por se tratar da interação de pessoas (usuários, profissionais e instituições), traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo sofrimento e história de vida (PINHEIRO, 2006).

Como lembra Pinheiro (2006):

Se, por um lado, o cuidado em saúde pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro lado, a falta de ‘cuidado’ – ou seja o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento do paciente (...) **O modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde.** Entretanto, mais do que diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (p. 76, grifo meu).

Ceccim e Carvalho (2006) advertem que uma reorientação dos cursos de formação em saúde, para a integralidade, implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o **reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações**. Compreender a integralidade como orientação aos cursos de formação significa entendê-la como uma exigência ética da organização das práticas cuidadoras, produzindo-se projetos terapêuticos singulares. **Implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais** para que cada um chegue a ser um

trabalhador em saúde e não um tecnólogo dos saberes profissionais, e também requer mudanças nas relações de poder entre **profissional e usuário**, para que se produza autonomia dos últimos e produção de si por parte dos primeiros. A integralidade passa a ser entendida também como acolhimento, responsabilidade pela cura, desenvolvimento da autodeterminação do usuário e do trabalhador.

Dentro desta perspectiva, a **integralidade do cuidado** não pode ser produzida num espaço de organização do processo de trabalho, cuja centralidade reside em hierarquias, em assimetrias de poder, em subordinação. Tais perspectivas estão fortemente presentes no campo da saúde, cuja fragmentação evidencia-se na pirâmide construída e reforçada no corpo profissional da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

Ainda persiste nos cursos de formação em saúde a construção de um perfil profissional aliado ao entendimento do humano a partir de suas dimensões anatômicas. Observa-se que as disciplinas biológicas ocupam as primeiras ofertas curriculares. Estuda-se e toca-se o corpo morto, apreendendo deste corpo, seus órgãos e sua citologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos. Como lembram Ceccim e Carvalho (2006) ainda registra-se no imaginário tecnicocientífico da saúde um corpo compreendido como história natural em detrimento de um corpo cultural e afetivo, com as singularidades do seu viver e do seu sentir. Sendo assim, o estudante observa, toca, analisa e discute a respeito da disposição orgânica e fisiológica, não levando em conta os afetos, as implicações e as inscrições da experiência do viver em seu processo de vida.

Tal construção de imaginário não fecunda apenas a formação superior. O ensino técnico em enfermagem também recebe o aluno, priorizando e dando muita ênfase à disciplina de Anatomia e Fisiologia e constrói uma centralidade deste eixo de aprendizado no currículo proposto. Entretanto, a intervenção profissional que desejamos ocorre fundamentalmente pela perspectiva do cuidado e, por conseguinte, na dimensão do corpo vivo, **sob processos de subjetivação**, em movimento, em processo. Para o usuário, ser reduzido a um corpo biológico é danoso. Ao ser atendido ou assistido por meio daquele conhecimento dos primeiros anos, que o desvincula da dinâmica de suas relações, e o olha por uma perspectiva

da prática de dissecação do corpo em sinais e sistemas orgânicos, não ocorre a possibilidade de escuta e o contato com a alteridade, necessários para a integralidade do cuidado e da atenção. E para os educandos isso também é danoso, pois despotencializa sua **capacidade de encontro** com o outro, ficando garantida a aproximação deste com um corpo tomado como inerte sobre o qual apenas intervirá. Estou tomando por encontro a ideia de afecção proposta por Naffah Neto (1994), ou seja, a capacidade de se afetar e ser afetado pela história de vida do outro, e seu poder de singularização existencial.

Processo de subjetivação precisa ser compreendido como um conceito potente, capaz de ampliar a concepção de saúde e de cuidado na saúde. Tornou-se politicamente correto usar o termo subjetividade como substituto de personalidade, estrutura e indivíduo. No entanto, se está propondo não meramente uma substituição linguística, e sim uma ruptura conceitual que aponte novas perspectivas de produção dos sujeitos e das práticas na saúde. Conforme Guattari e Rolnik (1993) existe um movimento de relacionar a subjetividade a uma identidade individual, considerando que os conjuntos familiares e sociais seriam superestruturas em relação à subjetividade individuada, o que traz uma visão redutora da produção do sujeito, atrelado a um determinismo familiar, a um psiquismo formado por experiências de cunho absolutamente privados, individuais.

No entanto, tomar a **subjetividade como processo** é entendê-la como ação finita, mas ilimitada. Não um processo apenas interno ou íntimo, mas algo que se realiza numa dinâmica coletiva de co-engendramento. A subjetividade passa a ser mais verbo do que substantivo. O estudo da subjetividade pode ser entendido de maneira que, a cada momento da história, prevalecem certas relações de saber-poder que produzem objetos-sujeitos, necessidades e desejos (BARROS, 2008). O sujeito, segundo toda uma tradição da Filosofia e das Ciências Humanas é algo que encontramos como algo do domínio de uma suposta natureza humana. Propondo romper com essa noção, o conceito de subjetividade entende-a como sendo de **natureza industrial, maquinica, ou seja, fabricada, modela** (GUATTARI, 1993) e atravessada por fatores de múltiplas ordens, sendo a individual uma delas, mas não a prioritária. É dentro desta perspectiva que se torna relevante compreender de que

forma o contexto do mundo do trabalho constitui o sujeito, entendendo que o processo de trabalho no setor da saúde precisa ser analisado para percebermos de que forma o técnico em enfermagem é forjado nesta cena e o quanto tais processos interferem na produção do cuidado, na relação trabalhador e usuário, trabalhador e equipe.

1.4. A educação dos profissionais de saúde: construção da integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde

A oposição entre uma perspectiva científico-sanitária e das humanidades na educação dos profissionais de saúde alimentou a imposição de uma fragmentação aos saberes e às práticas relativas ao andar da vida, à perda da integralidade e da humanização da saúde. Estabeleceu-se uma formação e um exercício profissional segundo a racionalidade cognitivoinstrumental da modernidade. Uma prática orientada pelo princípio da **Integralidade** refere-se ao reconhecimento da produção de subjetividade, da presença de histórias individuais, coletivas, sociais, familiares e/ou culturais, e dos adoecimentos como vivências no andar do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. Integralidade refere-se, pelo menos, à restituição da unidade entre área científica e área de humanidades, ciências naturais e afetividade, racionalidade cognitivoinstrumental e alteridade e entre razão e emoção (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

O ideário científico em oposição às humanidades tirou a saúde do campo afetivo para situá-la no campo normativo. A perda da humanização e da integralidade produziu uma dicotomia entre ser saudável e adoecer, e entre ações preventivas e assistenciais, justificando níveis de atenção de uma suposta complexidade crescente e práticas medicalizadas. No contato com o outro, estabelece-se a tendência a ficar excluída a alteridade, mas a exclusão não se faz em relação ao outro, e sim do encontro com o outro e de seu poder de produção de diferença-em-nós.

Entende-se que a prática do profissional de saúde deve reencontrar o

andar da vida, inscrita numa política de formação que deseja a afirmação da vida (produção da existência) e não a tecnificação do lidar com a vida. **Amplia-se a concepção de saúde**, uma vez que se coloca a escuta na perspectiva da integralidade do cuidado, redimensionando a atenção na saúde. Reconhece-se que saúde não se restringe à doença, posto que essa passa a ser entendida como experiência vivida, uma forma de encontro do sujeito com o seu entorno. Como lembra Ceccim (1997), temos que ampliar a noção de que o objeto de trabalho na saúde é exclusivamente o tratamento e a prevenção das doenças e assumir uma responsabilidade ética com a vida individual e coletiva. **O conceito ampliado de saúde** viabiliza entendermos a saúde como potencialidades das capacidades humanas em suas múltiplas dimensões: orgânica, afetiva e intelectual. E nosso compromisso é com a defesa da vida como agenciamento, **produção de subjetividade**.

Quanto à **integralidade do cuidado**, Ceccim e Capozzolo (2004) apontam que, para transformar a educação dos profissionais de Saúde, é preciso levar em consideração o trabalho em **equipe multiprofissional** e a centralidade que deve ser assegurada aos usuários e às suas necessidades no Sistema de Saúde. Sendo, então, fundamental a dimensão da relação entre os profissionais de saúde para a realização do cuidado integral, torna-se pertinente a discussão em torno da relação dos técnicos em enfermagem com os demais profissionais, para vermos se esta relação qualifica ou desqualifica o cuidado prestado, sem perder de vista a implicação do ensino de psicologia com esta questão.

Para que possamos potencializar a integralidade do cuidado, existe a necessidade de fazermos coincidir as diretrizes curriculares nacionais com as diretrizes e os princípios defendidos pela sociedade para o Sistema de Saúde. Temos que articular as proposições do Ministério da Educação com as demandas pautadas pela construção coletiva das políticas de saúde.

“A organização parcelar do trabalho, a fixação dos profissionais a determinada etapa do projeto terapêutico e a organização corporativa das atividades privativas das profissões produzem uma alienação da finalidade do trabalho” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 354). Nesta perspectiva de trabalho, os

profissionais passam a não se responsabilizar pelo objetivo final de suas intervenções, tecendo uma relação burocratizada com o saber e com a prática: atos fragmentados, desaparecendo o outro da atenção à saúde e a própria atenção integral. Não podemos desconsiderar que parte da demanda dos usuários é constituída por necessidades que não conseguem ser classificadas numa entidade nosológica específica. Os autores apontam que:

(...) muitas tensões sociais e emocionais se expressam sob a forma de queixa e sintoma, que ao não ser adequadamente abordado, aumenta a dependência dos serviços de Saúde, dos profissionais e dos medicamentos, impedindo que os usuários ganhem em 'autodeterminação/afirmação de si' para enfrentar a construção da vida (CECCIM; CAPOZZOLO, p. 355).

O problema de não aprendermos a exercer a abordagem integral da pessoa é que persiste uma racionalidade que busca a verdade das doenças na alteração anatomopatológica. Não se trata apenas de deixar o paciente falar, o momento da atenção é um momento de encontro - profissional e usuário sofrem seus efeitos e compõem a cura. Uma educação do olhar e uma educação da escuta apenas para a doença e segundo o referencial de especialidade relativo ao adoecimento aperfeiçoariam o contato com o sintoma superficial e não com o problema real, em prejuízo da resolubilidade do trabalho em saúde e da integralidade do cuidado (Ceccim, 2005).

Os profissionais de saúde possuem dificuldade em perceber outras dimensões relacionadas ao adoecimento e de considerar a singularidade e a produção de subjetividade dos usuários no processo diagnóstico-terapêutico, ficando, assim, limitada a dimensão do cuidado/alteridade (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004). A dificuldade em realizar um olhar ampliado e uma escuta qualificada reside no pouco referencial e em instrumentos disponíveis para isso, pois há uma formação apartada da integralidade e da humanização. Os profissionais de saúde estão sem recursos tecnológicos para a escuta e a afirmação dos usuários. A tecnologia no processo de trabalho em saúde diz respeito ao conjunto de conhecimentos que se aplicam.

É preciso compreender que ampliar o olhar e qualificar a escuta não produz apenas conforto, pois, como diz Merhy (2007), o território das **tecnologias**

leves, das relações, é o lugar estratégico de mudanças no **modo de produzir saúde**. Ele considera que a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como produção de relações intercessoras, que apresentam novidade, em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário:

(...) as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: **leves** (como no caso das tecnologias de relações do tipo **produção de vínculo, autonomização, acolhimento**, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). (p. 49, grifo meu)

Ceccim e Capozzolo (2004) apontam que, numa pesquisa empírica a respeito do atendimento dos enfermeiros, viu-se também um padrão tecnicista, biologicista e rotinizado, no qual há uma grande preocupação com as queixas fisiopatológicas, ou seja, uma abordagem tão normativa e pouco dialogada, como a das consultas médicas de padrão biomedicalizador.

Além de incorporar tecnologias e referenciais de outros campos do conhecimento para que nos tornemos trabalhadores de saúde e não apenas diplomados em saúde, são necessários espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano e dos referenciais que orientam essas práticas. Não nos tornamos profissionais de saúde por um percurso no currículo formal de conteúdos (percurso conteudista), e sim como resultado de exposições e experimentações, como efeito de afecção pelos usuários e pela equipe com que operamos nossos instrumentos e tecnologias de trabalho (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004). Sendo assim, temos que escapar de percepções banais e cognitivas - saber apenas mais sobre o mesmo e sempre com os mesmos recursos. É preciso abertura da sensibilidade para garantir a **integralidade do cuidado**, suspendendo e ampliando nosso olhar e escuta para aceitar o estranhamento, buscando problematizar os conhecimentos que dizem de um olhar moral, que julga e submete as histórias de vida dos usuários ao crivo oferecido pelas lógicas do viver dominantes.

Para abordar a singularidade do modo de adoecer humano, é necessário

levar em conta a complexidade do biológico, do social, do cultural, do psicológico, das vivências, dos efeitos de poder, das discursividades, dos regimes de verdade, dos abalos ao conhecimento de si e do mundo, entre os vários saberes, desafiando fronteiras. Para captar as necessidades singulares de saúde que se expressam no momento da atenção, requer-se do profissional abertura para se inclinar ao usuário (como no sentido etimológico da palavra clínica: zelo à pessoa, à beira do leito, dobrando-se a ela) e oferecer-se à escuta, capaz de um olhar desarmado das tecnologias diagnosticoterapêuticas prévias ao contato singular com cada indivíduo ou coletividade (Ceccim, 2005).

No entanto, o papel das profissões e das especialidades tem sido capturado em lutas corporativas e sectárias para o enfrentamento dos problemas de saúde (sistematicamente simplificados). No caso do corpo profissional da enfermagem, existe uma distinção hierárquica muito forte e reiterada a respeito da divisão entre enfermeiros e técnicos em enfermagem, proveniente de uma história organização do trabalho em enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e trabalhadores ocupacionais das estruturas hospitalares e de atenção básica à saúde (agentes, visitantes, acompanhantes, serventes etc.). Mas, para que pessoas, coletivos e instituições decidam mudar suas práticas, é preciso que haja exposição à diferença, contato com o estranhamento, desestabilização de suas certezas, e o abalo das identidades duras e aprisionantes. O **trabalho em equipe** deve poder garantir essa condição de produção de alternativas de práticas e de conceitos para enfrentar o desafio de produzir transformações ousadas, criativas e de afirmação da vida, conforme iniste Ceccim em sua produção teórica.

As estratégias educativas que são trabalhadas de maneira descontextualizada dos modos de viver dos sujeitos (não no sentido de corrigi-los ou adequá-los à norma, mas compreendidos em sua singularidade) e baseadas na transmissão de conhecimentos não alimentam processos que garantam a integralidade do cuidado. Temos que promover um ensino e um trabalho em saúde centrado no usuário, no conceito ampliado de saúde e na capacidade da equipe como organismo capaz de produzir-se e diferenciar-se.

Ceccim e Capozzolo (2004) apontam itens que poderiam indicar caminhos para a política de **formação na graduação**: incorporação do **conceito ampliado** e constitucional de saúde, diversificação dos cenários de ensinoaprendizagem e das práticas de saúde, estabelecimento de práticas mutliprofissionais desde o início de cada um dos cursos, equipe como função intercessora (**interdisciplinarietà** como potência disruptura das fronteiras profissionais) e responsabilidade pela resolução dos problemas de saúde.

Assim, o conceito ampliado de saúde e a integralidade do cuidado precisam ser pensados e potencializados na educação profissional técnica de enfermagem pelo ensino de psicologia, ou seja, isto precisa ser um compromisso docente. Estas discussões poderiam produzir brechas no ensino técnico, para que a educação profissional possa expandir seus cenários de aprendizagem para além do encontro técnica-aluno-técnica-professor. Tais questões podem ser intercessoras nesse ensino para que se abram brechas em tantas linhas-duras. Esta dissertação busca evidenciar **qual responsabilidade o ensino de psicologia tem tomado para si na busca de colocar em evidência o conceito ampliado de saúde e a integralidade do cuidado**, percebendo de que forma os docentes de psicologia têm produzido fissuras à racionalidade científica/biologizante da saúde e do cuidado.

O próximo capítulo versará sobre a educação profissional técnica e seus desafios na busca de desconstruir suas lógicas tecnicistas ao ampliar o cuidado integral como forma de garantir responsabilidade pelo sujeito/usuário, com as práticas de produção dos atos de saúde, bem como com as demandas postas pelas políticas de saúde vigentes, buscando transversalizar este ensino com os eixos da integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde.

Capítulo 2

Educação profissional na área da saúde no Brasil: da lógica tecnicista ao conceito ampliado de saúde e à integralidade do cuidado

A educação profissional enfrenta, na contemporaneidade, mais do que nunca, grandes desafios com implicações diretas na prática docente e no trabalho educativo em geral. As transformações políticas, econômicas e sociais que permeiam a atividade laboral e, por conseguinte, a legislação pertinente à Educação, confirmam a influência de cada época nos conteúdos e nas práticas pedagógicas que caracterizam o ensino e o processo de formação no interior das instituições.

O que determina se uma formação profissional se dá num sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador/tecnicista, em grande parte, é o modo de entender e fazer a educação, como ela é trabalhada em sala de aula, o espaço de interação entre professores e alunos. A escola e seu projeto político-pedagógico, juntamente com a formação de seus docentes, ocupam um lugar de destaque na conformidade das práticas em saúde desenvolvidas pelos trabalhadores de nível técnico, neste caso, os técnicos em enfermagem.

A escola, por meio da forma como organiza seu processo de trabalho, seleciona seus conteúdos e avalia seus alunos, pode contribuir para a disseminação de um conjunto de valores e práticas de assistência questionáveis do ponto de vista ético-político.

Sordi e Bagnato (1998) afirmam que, há alguns anos, verificamos alguns avanços nos discursos dos docentes e gestores da área, responsáveis pelo delineamento de novos marcos conceituais nas propostas, mas que o que ainda marca, indelévelmente, a prática na área da saúde, continua sendo a lógica tecnicista, a ênfase no saber e no *saber-fazer*, em detrimento do *saber-ser*, ou ainda, como aponta Zocche (2006), *fazer-fazer*, uma instrumentalização do fazer que precisa estar absolutamente de acordo com a teoria apresentada nos bancos

escolares. Sendo assim, na lógica tecnicista, o fazer precisa ser absolutamente copiativo e prescritivo, não aberto à criação e à singularidade de seu feitor.

A afirmativa de Sordi e Bagnato (1998) ainda oferece uma problemática que merece ser discutida e trabalhada. Este capítulo buscará problematizar e visualizar os caminhos que o campo da Educação Profissional em saúde percorreu, desde a década de 1950 até a contemporaneidade. Neste percurso, ficará evidente a conexão estreita entre Ensino e Trabalho, permeado pelas lógicas existentes de organização do trabalho⁵ ao longo do projeto da modernidade e do incremento do capitalismo. Desta maneira, se perceberá que os compromissos deste campo com as lógicas propostas pelo capital, qual seja, submissão do homem às lógicas da produção, formam-se a partir de uma tensão constitutiva de interfaces. Faremos uma incursão na reforma da Educação Profissional no Brasil, que introduziu a noção de competência como estratégia de superação da lógica tecnicista, posta até então, para, em um segundo momento, questionarmos se, desta forma, efetivamente, garantiu-se uma descontinuidade de compromisso ético, estético e políticopedagógico.

Fazer estes questionamentos torna-se possível quando tomamos o ensino e a educação como produção ética, estética e política, inseridas num contexto cultural e como práticas de sociedade, produção de mundo. A produção ou pragmática *ética* diz respeito à postura de problematizar os endurecimentos, o território homogêneo, o empobrecimento da capacidade de criação. A questão *estética* está relacionada com o terreno da criação, com a possibilidade de rejeitarmos um determinado modo de produção da subjetividade dos trabalhadores da saúde para criarmos. A *política* emerge do pensarmos a capacidade de problematização, des-cristalizando as paisagens ou configurações para que novos territórios de ensino possam emergir. Esta é a explanação de Barros (2008). O compromisso pedagógico implica assumirmos que as práticas de ensinoaprendizagem constroem modos de existência, relações entre os sujeitos, práticas sociais.

⁵ A organização do trabalho diz respeito à divisão técnica e social do trabalho, à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle por parte da empresa do ritmo e pausas de trabalho, ao padrão de sociabilidade interna, ou seja, a maneira com que o trabalho é pensado e organizado.

O ensino profissional esteve, ao longo de todo seu percurso, conectado com uma ética voltada a construir um trabalhador que se inseria e se percebia como apenas uma mera peça no modelo de produção e no processo de trabalho, submetendo-se às “regras do jogo”, não podendo questionar as especificidades de seu fazer. A divisão social do trabalho estava posta e absolutamente naturalizada, valendo, enfim, a máxima de que uns são pagos para pensar e planejar, e outros, para executar.

No mundo do trabalho, na área da saúde, tais lógicas permaneceram por muito tempo inalteradas. Os técnicos em enfermagem foram forjados numa lógica tarefaira, marcadamente hospitalar, desatrelados da discussão dos modelos de atenção que poderiam qualificar a assistência à saúde. Um longo caminho foi percorrido para que fossem construídas diretrizes de ensino que buscassem reverter esta proposta, no sentido de tornar o trabalhador agente de seu processo de criação e problematização do próprio processo de trabalhado, no qual está sendo inserido e forjado. Como se depreende de uma **Psicologia do Trabalho**, modos de trabalhar, modos de se subjetivar, ou seja, o sujeito trabalhador é transversalizado pelo modo grupal e coletivo de produção do trabalho. O mundo do trabalho ultrapassa os possíveis significados de autoria individual, inscreve-se no sujeito, deixa suas marcas como prática social (FONSECA, 2007).

O campo é tenso e cheio de disputas. Os trabalhadores passam também a nos contar uma história de abalos na hegemonia dos modelos tradicionais e convidam-nos a partilhar e adentrar nessa luta pela construção de um projeto educacional mais comprometido com as Políticas Públicas de Saúde, com a qualidade de vida dos sujeitos e com a promoção da saúde, enquanto prática que desaloja a homogeneidade curativo-hospitalar, a hierarquização do conhecimento e a disciplinarização do saber e do fazer.

O presente capítulo tentará mostrar como foi possível questionar o projeto posto ao trabalhador técnico, circunscrito à fragmentação do trabalho e sua tecnificação, promovendo a emergência de **um novo compromisso**, qual seja: a integralidade do cuidado e as demandas construídas coletivamente pelo SUS, uma vez que a agenda de discussões oferecidas ao campo da Educação Profissional é

tecida por várias vozes: usuários, trabalhadores, gestores, educadores e estudantes.

2.1. A emergência do ensino técnico em enfermagem no Brasil e as disputas entre paradigmas de atenção à saúde

Dantas e Aguillar (1999) descrevem que na década de 1950, com a ampliação do parque industrial e o crescimento da população urbana e previdenciária, a Saúde Pública perdeu ainda mais sua importância nas políticas de saúde e fortaleceu-se a atenção médica individualizada. O processo de industrialização gerou uma massa operária que deveria ser atendida por um sistema de saúde voltado, não mais para o saneamento⁶ do espaço de circulação das mercadorias, mas para **o corpo do trabalhador**, visando à manutenção de sua **capacidade produtiva**, ou seja, circunscrita às práticas ortopédicas apontadas por Foucault (apud Ceccim, 1998). O nascimento da medicina moderna colocou a doença como objeto científico da medicina e a cura ou erradicação da doença como ofício do médico. As diversas práticas de saúde vão sendo substituídas pela noção de exercício médico. A obra de Foucault narrou a história da medicalização, voltada à regulação da sociedade, através da classificação do que é saudável e doentio, do que é saúde e do que é doença, do que é normal e do que é patológico, envolvendo o meio ambiente, as coisas, as pessoas, os lugares, os hábitos, os modos de ser (acompanhando a formulação de Ceccim).

Nesta perspectiva, ocorreu a proliferação da **rede hospitalar**, abrindo um novo espaço para a atuação da enfermagem, ao mesmo tempo em que havia a necessidade de um maior número de trabalhadores com preparo específico para o exercício da profissão. A criação de cursos regulares de auxiliares de enfermagem foi a solução encontrada para resolver uma situação emergente devido à deficiência numérica de enfermeiros e do preparo considerado dispendioso e demorado destes profissionais.

O Decreto 50387/61 acresceu às atribuições de enfermeiros e auxiliares a

⁶ As doenças existentes “sujavam” as rotas em que circulavam as mercadorias.

execução de atos que visassem à educação sanitária do doente, da gestante ou do acidentado, bem como a educação sanitária do indivíduo, da família e de outros grupos sociais para a **conservação** e **recuperação** da saúde e **prevenção** de doenças. Dantas e Aguilar (1999) afirmam que, durante o I Seminário Regional de Ensino Médio em Enfermagem, ponderou-se que o currículo dos auxiliares não contemplava os aspectos necessários às ações preventivas de educação sanitária. Em 1961, foi promulgada a Lei nº 4.024, que fixou novas diretrizes e bases para a educação nacional, alterando as estruturas dos cursos de enfermagem e deixando a possibilidade de se criar um outro tipo de curso: o curso **Técnico em Enfermagem**.

No entanto, não se viu um avanço imediato no ensino de enfermagem, pois a orientação do currículo das Escolas de Enfermagem continuou sendo, predominantemente, **hospitalar**, havendo concordância entre formação profissional e a tendência do Estado em conferir prioridades ao tratamento curativo, o que se relaciona com o projeto social de 1960, quando ocorreu um processo de intensa **medicalização** da sociedade, com a ampliação do consumo de bens e serviços em saúde, resultado do avanço do complexo medicointustrial, incentivado pela política socioeconômica do País. Há uma especialização do conhecimento médico e de enfermagem e a criação de unidades hospitalares cada vez mais complexas, solicitando o emprego de profissionais destas áreas.

Os compromissos assumidos até este momento estão marcados pela redução do fazer em Saúde Pública, ao conservar, recuperar e prevenir, através de uma lógica medicalizada e permeada pela ideia de saúde como sendo igual à medicina. A **medicalização** precisa ser compreendida. No início do século passado, com a revolução industrial, o capitalismo precisou impor um estado que fosse capaz de aplacar as tensões sociais e construir “modos de pensar-sentir-querer” (expressão usada por Ceccim) das pessoas, de acordo com os valores capitalistas e de aceitação da lógica de mercado em todas as relações sociais (CECCIM, 1998). Todas as necessidades individuais e coletivas foram institucionalizadas, inclusive a atenção à saúde. A institucionalização da ciência médica se fez, como já vimos, por meio do Relatório *Flexner*, que passou a pautar a formação médica: quatro anos de formação universitária, aprendizagem em laboratório e na prática hospitalar,

especialização dos médicos, pesquisas voltadas à área biológica, restrição do acesso ao estudo e criação de órgão corporativo profissional para regular o exercício profissional (CECCIM, 1988).

Ceccim (1998) aponta que a institucionalização da medicina acentuou o caráter medicalizante da atenção à saúde, centrando as noções de saúde em torno da prática médica, particularmente na área hospitalar e de alto consumo tecnológico. Isso gerou uma ideia de “corpo-máquina”, pois este passou a ser analisado, como já vimos, em analogia às peças, aos mecanismos e às engrenagens. A concepção de saúde passou a ser a equivalente ao bom funcionamento de uma máquina. E a doença passou a ser vista como sua falha. A intervenção terapêutica resumia-se à prática restauradora, corretiva, que visava ao retorno ao bom funcionamento deste corpo-indivíduo-produtivo-máquina.

A medicina, como ciência, deveria estar relacionada às Ciências Naturais (física, química e biologia), mais especificamente à Biologia, por ser entendida como a ciência dos fenômenos da vida, não se incluindo nesta o entendimento da vida como produção da existência individual e coletiva dos seres. Tudo o que acontecia ao corpo-máquina biológico tinha uma história de evolução biológica, em um corpo com órgãos em ajustamento sistêmico. A intervenção também seria biológica: medicamentos, cirurgias, dietas, soros.

A prevenção esteve, neste paradigma, da seguinte forma: prevenção primária, secundária e terciária. Falar-se-á em educação da saúde como prevenção básica, enquanto ensino de hábitos de proteção biológica contra doenças, como se a causa exclusiva das doenças fosse de ordem unicamente biológica. A educação da saúde aparece com o predomínio do autocuidado, no qual os indivíduos deveriam aprender a ser vigilantes de suas próprias atitudes. Pauta-se o conhecimento em saúde como conscientização individual. A culpabilização será imputada aos indivíduos e às famílias por seu adoecimento ou prejuízos à coletividade. Notadamente, **uma prática social individualizadora, higienista e moralista.**

A medicalização, como paradigma na saúde, eliminou a necessidade de uma escuta global do adoecimento e fortaleceu as noções mecanicistas e

biologicistas. Retirou do diagnóstico, da intervenção e da cura, os significados que a doença produz e apontou, na vida do sujeito, as repercussões sociais e psicológicas dos problemas de saúde. Refletiu-se na educação um festival de regras homogêneas para todos, independente de cultura, crença, status social e singularidades.

Este paradigma permanece vivo, latente e pulsante nas práticas de atenção à saúde. Por maiores que sejam os avanços ocorridos, ainda não ultrapassamos de vez essa concepção. Embates de forças fazem-se necessários para a aposta de que é possível construirmos uma sociabilidade que não encerre no biológico todas as explicações para seus males e não restrinja sua saúde à ausência de sofrimento, na qual todo e qualquer abalo precisa ser rapidamente aplacado.

No contexto do desenvolvimento socioeconômico do País das décadas de 1960 e 1970, a enfermagem desenvolveu-se sob a influência da reforma do ensino médio e da reforma universitária, as quais propiciaram a revisão do currículo mínimo, paralelamente à expansão dos cursos técnicos em enfermagem. O final da década de 1970 coincidiu com o esgotamento do modelo medicoassistencial privatista, o qual representava custos crescentes; prática médica dominante embasada nos aspectos curativos e reabilitadores; crescente insatisfação dos usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde e a perda gradativa da qualidade dos serviços prestados pela Previdência Social.

Emerge, assim, segundo Mendes (1994), a proposta de **Atenção Primária à Saúde**, ainda com uma visão reducionista e caracterizada pelo desenvolvimento de programas de medicina simplificada ou de estratégias de sobrevivência de grupos de risco. No entanto, a Atenção Primária à Saúde, conforme Ceccim (1998), surgiu como novo conceito na década de 1970, propondo uma maior proximidade com as famílias e comunidades, com respeito à cultura, mas mantendo sua fixação nos principais valores medicocientíficos (racionalidade médica). **Não se realizou a desmedicalização**, mas voltou a atenção de saúde às áreas rurais e de periferia urbana. **Fez-se a inclusão de profissionais não médicos na assistência**, ampliou-se o reconhecimento do direito da população a uma atenção integral ou, no mínimo, às assistências não designadas pela medicalização.

Neste momento, destacou-se a noção de saúde da família, atendimento domiciliar e atividades educativas. No campo da Educação da Saúde, a proposta que esta perdesse seu caráter vertical, aliando-se à teoria da educação popular. A distribuição dos serviços de atenção primária dava-se pela instalação de pequenos postos de saúde (serviços primários) no maior número de lugares, que deveriam ser a “porta de entrada” do sistema de saúde (Ceccim, 1998).

Construiu-se uma concepção de saúde e de doença de gravidade hierarquizada e de destinação hierarquizada, sempre pautada pelos sinais e sintomas físicos e sem a expressão dos processos vividos por indivíduos e populações. Como diz Ceccim (1998, p.44):

Uma estrutura de atenção é montada numa equipe que projeta uma base assentada em agentes de saúde (trabalho casa a casa), um nível intermediário com auxiliares (trabalho de vacinação, procedimentos, triagem.) e um topo com profissionais universitários (em menor número e nos consultórios).

A concepção de saúde e doença, redimensionada pela participação popular, defendia o acesso como direito de cidadania e alterava o modelo de prática médica para instituir uma organização de serviços de saúde capazes de incidir sobre os determinantes sociais do **processo saúde-doença**. A noção pontual de saúde e doença começava a ser substituída pela de processo saúde-doença (contexto individual, social e familiar), mas a dimensão da cura continuava arraigada à medicalização (Ceccim, 1998).

A **Reforma Sanitária** veio apresentar três aspectos fundamentais: um **conceito abrangente ou ampliado de saúde**; a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; e a formulação de um Sistema Único de Saúde, caracterizado pela universalidade do acesso⁷, integralidade das ações⁸,

⁷ Conforme a Lei Federal nº 8.080/90, a **Universalidade** é a gratuidade de acesso aos serviços em todos os tipos de assistência, de todo e qualquer cidadão. Nesse sentido, o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, na ausência de qualquer desembolso pessoal de pagamento, além dos impostos.

⁸ Conforme a Lei Federal nº 8.080/90, a **Integralidade** da atenção é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os tipos de complexidade do sistema.

descentralização da gestão⁹ e participação da população¹⁰.

Quanto ao **conceito ampliado de saúde**, como construção legal, a Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) diz que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art. 2º), e que:

(...) a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Art. 3º).

As concepções expressas na Constituição da República Federativa do Brasil e nos dispositivos infraconstitucionais (Leis 8.080/90 e 8.142/90) apontam para a formulação de um **conceito ampliado de saúde**, não redutível à sua dimensão setorial de sistema de serviços à saúde, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Por outro lado, **além da construção legal deste entendimento de saúde, também construímos um conceito de saúde que revisa a dimensão do humano para além de sua condição biológica**, assim como reformula os pactos construídos na atenção ao sujeito. Como vimos anteriormente, **o conceito ampliado de saúde garante-nos pautar as ações de saúde como busca da garantia aos sujeitos e coletivos, da defesa da vida em suas múltiplas dimensões.**

⁹ Conforme a Lei Federal nº 8.080/90, a **Descentralização** da gestão é a descentralização político-administrativa com direção única por esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- c) redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre as várias esferas de governo, com o nítido reforço do poder municipal no tocante à saúde (municipalização).

¹⁰ Conforme a Lei Federal nº 8.142/90, a **Participação da População** tem poder decisório, fazendo-se pelas instâncias de Conselhos de Saúde (deliberativa sobre a execução e fiscalização de ações e políticas, do financiamento e da prestação de contas) e Conferências de Saúde (deliberativa sobre diretrizes às políticas e esfera de reflexão política da sociedade sobre o setor da saúde).

No período da Reforma Sanitária, Dantas e Aguillar (1999) apontam que 80% dos profissionais de enfermagem trabalhavam na rede hospitalar, o que gerou um largo questionamento desta homogeneidade de prática. O novo e ampliado conceito de saúde possibilitava um novo entendimento a respeito do processo saúde-doença. Ceccim (1998) relata que a doença de um órgão do corpo não é apenas a doença que um doente sente, é a doença que a medicina científica percebe. E mais, não é apenas por patologias que as pessoas requerem atendimento de saúde. Entre fatores não fisiológicos que desencadeiam a busca de atenção de saúde, encontramos crise interpessoal, a percepção de interferência nos relacionamentos pessoais e no trabalho, sensações de desconforto. Assim:

(...) a consideração dos contextos internos (subjetividade) e externos (questões familiares, sociais, históricas, culturais) fazem parte de uma abordagem de atenção integral e não primária, de uma tenção à saúde e não de uma assistência medicalizante. O ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida (CECCIM, 1998, p. 46).

A integralidade da atenção à saúde, um dos princípios da Lei Orgânica da Saúde de 1990, já referida, previa a atenção como articulação ou integração simultânea das ações e dos serviços, preventivos, curativos, individuais e coletivos. O paradigma que passa a sustentar a construção das políticas de saúde é o da Defesa da Vida (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991).

A doença passa a ser compreendida como expressão particular da construção da vida e os sofrimentos são inseridos em agrupamentos sociais específicos. “Saúde e doença passam a se referir à processualidade do pensar-sentir-querer individual e coletivo, inscrevendo experiências no movimento de **inventar a vida**” (Ceccim, 1998, p. 47, grifo meu). Desta maneira, a ajuda requerida aos serviços de saúde não diz mais respeito aos critérios de produtividade ou adaptação social, mas de proteção às condições de saúde, no sentido de **estimular, preservar e potencializar a vida**. Este paradigma proposto aos modelos assistenciais advoga que não existimos apenas por estarmos vivos, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver (Ceccim, 1998).

Na política de atenção baseada na medicalização, polariza-se a figura do

profissional da saúde e a figura do paciente. No modelo de atenção da afirmação e defesa da vida, não há essa polaridade: há troca, interação e abertura de novos processos vitais. Como lembra Ceccim (1997), toda prática assistencial e toda prática educativa se ocupariam de mapear critérios de promoção de forças vitais e não da evolução para a normalidade ou para a saúde projetadas por um saber totalizante.

A partir desta pequena incursão às lógicas propostas de atenção à saúde, poderemos compreender como estas estarão sendo trabalhadas na formação dos profissionais da saúde, bem como, mapear quais dispositivos são construídos pelo setor da educação para auxiliar a consolidação das propostas construídas pelo campo da saúde.

2.2. O trabalho na área da saúde e a inserção do paradigma da promoção: estratégia de construção da integralidade do cuidado

Como nos lembra Ramos (2002b):

(..) o trabalho em saúde guarda algumas especificidades por ser um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, seja de caráter científico, seja de caráter técnico, ou seja advindo da experiência de trabalho social, que são mediadas pela dimensão ético-política (p. 57).

Caracteriza-se ainda pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela sua disponibilidade em estar pronto para atender a todos os casos, inclusive aqueles excepcionais. Ele, o trabalhador, tem o dever de se acautelar dos riscos, o que implica **promover, prevenir e recuperar a saúde**, fundamental à qualidade de vida das pessoas. Por isso, **o trabalho em saúde não pode seguir uma lógica rígida como a racionalidade dos critérios da produção** material, sendo difícil a sua normatização técnica, assim como a avaliação de sua produtividade.

Ramos (2002b) diz:

(...) do mesmo modo que outros serviços, as características do processo de trabalho em saúde são a **complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação**. A **complexidade** decorre da diversidade das profissões, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. A **fragmentação** do processo de trabalho em saúde encerra várias dimensões que vão desde a **fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer, a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados, e a fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais** (p. 58, grifo meu).

A autora pondera que **ainda persiste** uma organização do trabalho em saúde com um forte componente gerencial **taylorista/fordista**¹¹. Embasados em postos de trabalho separados, mas encadeados, em tarefas simples e rotineiras (geralmente prescritas) e em intensa divisão técnica do trabalho com a separação entre concepção e execução, com um grande contingente de trabalhadores “semiquualificados” com um mínimo de possibilidade de intervenção autônoma no processo de trabalho. Verifica-se, desde a década de 1980, influências do planejamento estratégico e da administração participativa, trazendo a preocupação de **inserir, neste processo de trabalho, o envolvimento e o comprometimento desta força de trabalho com a melhoria da qualidade da assistência em saúde** (Ramos, 2002b). No entanto, podemos dizer que tais influências não abalaram de modo consistente o modelo *taylorista* de organização do trabalho no campo da saúde.

Para Ramos (2002b), torna-se necessário nortear **o perfil de egresso**¹² desses profissionais, assim como as **estratégias de formação mais pertinentes para viabilizá-los**, levando-se em consideração o **contexto e a concepção de saúde** que têm como **referência doutrinária a Reforma Sanitária** e como estratégia de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde (conforme Parecer nº 16/99 que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a

¹¹ O taylorismo é um sistema de organização do trabalho, especialmente industrial, embasado na separação das funções de “concepção e planejamento” das funções de “execução”, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos e na remuneração por desempenho (Cattani, 1997).

¹² Questão que será trabalhada no próximo capítulo: o perfil de egresso do técnico em enfermagem.

Educação Profissional de Nível Técnico).

Ter clareza a respeito deste perfil de egresso proposto pela Reforma é uma forma de sinalizar em que devem estar sustentadas as propostas de formação do profissional de nível técnico em saúde no nosso País. Tais referências foram inspiradas no **paradigma da promoção da saúde**, no qual a multissetorialidade e a **interdisciplinaridade** tornam-se fundamentais para o desenvolvimento das práticas profissionais que ocorrerão nos mais diferentes espaços de saúde. Assim, o **paradigma politicoassistencial** desejado nas lutas sociais do SUS **torna-se politicopedagógico**, orientando as propostas de educação profissional para o setor (RAMOS, 2002b).

O **paradigma da promoção da saúde** repousa sua prática num **alargamento** da noção de **prevenção**. A prevenção estrutura-se numa lógica de divulgação de informações científicas e recomendações normativas para mudar hábitos considerados de riscos. Assim, o discurso da prevenção define-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, cuja base de conhecimento é a epidemiologia moderna (CZERESNIA, 2003).

Já a **promoção da saúde**, como nos adverte Czeresnia (2003), refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar, cujas estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, **demandando uma abordagem intersetorial**. Isto tem relação com a formulação de um discurso sanitário que afirma a saúde em sua positividade (saúde não é ausência de doença), mas boas condições de vida e trabalho, assim como a capacidade de lutar por essas condições, como vimos, no conceito ampliado de saúde, em seu sentido legal, proposto pela Lei Orgânica do SUS.

A ideia de promoção, segundo Czeresnia (2003), envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das

doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos.

Com Ramos (2002b), podemos dizer que:

(...) no contexto atual de mudanças nos processos de trabalho em saúde, com a constante introdução de inovações tecnológicas e novas formas de organização do trabalho tendo em vista o desenvolvimento de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida, assim como a busca da melhoria da qualidade e produtividade dos serviços dado o caráter **multiprofissional e interdisciplinar** dessa produção, **tornam-se imperativos a compreensão global do processo de trabalho**, a maior articulação entre os diversos setores, a maior integração das ações dos diferentes agentes que atuam na área da saúde, a recomposição dos trabalhos antes parcelados (p. 59, grifo meu).

Dentro desta nova proposta de formação profissional, **evidencia-se a necessidade do trabalhador se ver inserido neste processo de trabalho** e, além disso, colocar-se com autoria e implicação neste, para garantir a melhoria da assistência. Apostar na **interdisciplinaridade** entre os atores das práticas de saúde garantir-nos-ia que a **equipe passasse a ser pensada como guardida às invenções individuais e coletivas** e como ferramenta necessária para um cuidado humanizado e integral.

Os princípios norteadores da organização curricular deveriam passar por critérios de flexibilidade, interdisciplinaridade, tematização e contextualização da realidade. A flexibilidade prevista nos documentos legais diz respeito a um conjunto didaticopedagógico sistematicamente organizado para o desenvolvimento de competências significativas. Sobre **interdisciplinaridade**, Morin (2001) aponta que o conhecimento progride pela capacidade de contextualizar e englobar, colocando em questão os efeitos da compartimentação dos saberes e a incapacidade de articulá-los, retomando a necessária aptidão para contextualizar e integrar, qualidade esta fundamental para a mente humana, que precisa ser desenvolvida, e não limitada.

Ramos (2002b) também evidencia a necessidade de aperfeiçoar a comunicação entre os diferentes membros da equipe e desenvolver a liberdade de

decisão e autonomia dos profissionais para **intervirem no processo de trabalho**. No entanto, acreditamos ser preciso estarmos atentos à essa ideia de autonomia, para não cairmos numa lógica que remete ao individual as responsabilidades, pois é preciso colocarmos em questão os elementos que apontam para o cenário no qual o trabalhador está envolvido: às disputas de poder existentes, aos lugares destinados à fala e seu poder de produção de verdade. Sabe-se que em determinadas instituições, são poucos os agentes autorizados a produzir enunciados que promovam diferença na feitura do cuidado e da assistência, e que a formação dos profissionais de saúde **precisa colocar em evidência tais disputas**.

2.2. O mundo do trabalho e a reforma da Educação Profissional no Brasil: dos conteúdos disciplinares à construção das competências

Ao abordar a profissionalização e a educação na área da saúde, Stutz (1999) ressalta que o processo de globalização e o vertiginoso ritmo dos avanços científicos e tecnológicos têm exigido do homem um esforço cada vez maior no sentido de assimilar, incorporar e adaptar-se às mudanças crescentes. Tal realidade impõe enormes desafios, ocupando a qualificação profissional e a formação em serviço, lugar de destaque no mercado de trabalho.

Historicamente, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho exerceram influência direta na educação, marcando as trajetórias das políticas públicas educacionais pertinentes ao ensino profissional. A Lei Federal nº 9394/96, atual **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, construiu as diretrizes do ensino profissionalizante e o Decreto Federal nº 2.208, de 17 de abril de 1997 sua regulamentação. Oliveira (2000) destaca que o Decreto 2.208/97, referente à **Reforma do Ensino Técnico**, gerou resistência das instituições para sua implantação, uma vez que os processos escolares formativos da educação profissional sempre se aproximaram dos **métodos de treinamento** do trabalhador, **prevalecendo uma formação meramente técnica**.

O mundo do trabalho é constituído de atividades produtivas que são

identificadas em três segmentos: bens, conhecimentos e serviços. Nestas atividades produtivas, assentam-se as **Diretrizes Curriculares Nacionais** para a Educação Profissional. A área da saúde está enquadrada como produção de serviço.

Ao analisar a Educação Profissional, Ramos (2002b) refere-se às reformulações teórica e socioempírica, cujas tendências incidem mais fortemente sobre essa política educacional a partir dos anos 1990. Segundo a autora, as reformas educacionais associaram-se aos processos de globalização da economia e à crise do emprego, aproximando a educação das tendências produtivas. O conceito de qualificação, aliado à noção de **competência**, incidiu diretamente sobre os parâmetros de formação profissional, cuja legislação, a partir da separação entre Ensino Médio e Ensino Técnico, incorporou-o como referência essencial. Percebe-se que, basicamente, as reformas curriculares visaram a reorientar a prática pedagógica organizada em torno da transmissão de conteúdos disciplinares para uma prática voltada para a construção de competências.

Assim, a **Reforma da Educação Profissional**, em sua concepção teórica, tem como referência a **Pedagogia de Competências**, reflexo do novo perfil que a laboralidade vem assumindo e que transfere o foco dos conteúdos do ensino tradicional para o desenvolvimento de competências.

Para Firmino e Cunha (2006), a Reforma da Educação Profissional brasileira articulou-se com um movimento de âmbito mundial, regido por organismos econômicos vinculados à hegemonia capitalista, que teve como intuito ditar orientações para que as instituições reduzissem seus custos e cargas horárias dos cursos, captando recursos financeiros por meio de parcerias, redefinindo os perfis de formação de seus alunos de forma a aproximá-los mais do mercado e separando o curso técnico do ensino médio.

Independentemente da “proveniência” da Reforma, esta apresentou a noção de competência como elemento estruturante do currículo, conceito originalmente utilizado na organização do trabalho, voltado para carreiras, profissões e salários, sendo redefinida para o contexto educacional e defendida como capaz de garantir ao trabalhador sua inserção e permanência no mercado de trabalho em

constante mutação. Ropé e Tanguy (1997) observaram que a discussão sobre competências começou na França, no início dos anos 1980, provocada pelas mudanças na organização do trabalho e culminado com a implantação de reformas no sistema de formação profissional.

Ainda com Firmino e Cunha (2006), percebemos que a noção de competência surge pela necessidade de novos perfis de trabalhadores requeridos pela crise do **fordismo**¹³, em que predominavam as tarefas simples, rotineiras e prescritas, com intensa divisão técnica do trabalho e com forte vínculo à posse do diploma. Ela aparece contrapondo-se à noção de qualificação profissional, sob o argumento de que esta teria se tornado incapaz de dar conta da nova realidade, caracterizada pelo trabalho flexível. Assim, dentro dessa nova realidade do mundo do trabalho, **a escola começa a debater qual papel terá de assumir para atender esse novo perfil de formação**, o que nos aponta a ideia inicial deste capítulo onde referimos a estreita relação entre mundo do trabalho, capitalismo, produção de subjetividade e formação escolar.

Ramos (2002b) diz:

(...) no Brasil, a integração da noção de competência à reforma educacional inicia-se legalmente com a aprovação da Lei nº9.394, 20 de dezembro de 1996, nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que incide tanto sobre a educação básica quanto sobre a educação profissional. Estruturalmente, as principais mudanças formaram, por um lado, a definição da identidade do ensino médio como educação básica, sendo a última etapa deste nível responsável pela consolidação da formação que se inicia na educação infantil e no ensino fundamental e, por outro lado, a separação da educação profissional técnica da educação básica, adquirindo caráter complementar ao ensino médio. **As reformas curriculares, por sua vez, visam reorientar a prática pedagógica organizada em torno da transmissão de conteúdos disciplinares para uma prática voltada para a construção de competência** (p.59-60, grifo meu).

Essas competências, por sua vez, seriam identificadas em forma de **perfil**,

¹³ “Fordismo” é um termo que se generalizou a partir da concepção de Gramsci, que o utiliza para caracterizar o sistema de produção e gestão empregado por Henry Ford em sua fábrica. O termo tornou-se a maneira usual de se definir as características do modelo ou tipo de produção embasado em inovações técnicas e organizacionais que têm em vista a produção e o consumo em massa. Segundo Laranjeira (1997), é uma prática de gestão na qual se observa a radical separação entre concepção e execução, baseando-se esta no trabalho fragmentado e simplificado, com ciclos operatórios curtos, requerendo pouco tempo para a formação/educação dos trabalhadores.

mediante estudos das atividades profissionais, ouvidos os setores interessados, inclusive trabalhadores e empregadores, a serem permanentemente atualizados por meio de mecanismos institucionalizados pelo Ministério da Educação, com a participação de professores, empresários e trabalhadores.

A primeira etapa foi realizada pela Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Semtec), por meio de comissões técnicas compostas por professores e profissionais do setor ou área de produção. Definiram-se vinte áreas profissionais, a partir da investigação dos processos de trabalho, realizada com base na análise funcional, dentre as quais se encontra a **Área da Saúde**.

As normas e competências foram estabelecidas em relação às áreas profissionais, assumindo o formato de documentos curriculares desenvolvidos em três níveis:

- 1) Em um primeiro nível, estão as **Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (DCN)**, que conferem **caráter mandatário** aos perfis de competências, acompanhados das respectivas cargas horárias mínimas a serem obedecidas pelas instituições;
- 2) Em um segundo nível, estão os **Referenciais Curriculares Nacionais (RCN)**, descrevendo as **funções e subfunções, as competências, as habilidades e as bases tecnológicas** para cada área profissional. Estes documentos não têm caráter mandatário, mas apenas o **propósito de subsidiar** as escolas na elaboração dos **perfis profissionais** de conclusão e organização e no planejamento dos cursos;
- 3) Em um terceiro nível, estão as **instituições formadoras**, incumbidas da elaboração dos planos de curso, dos quais devem constar: justificativa e objetivos; requisitos de acesso; perfil profissional de conclusão; organização curricular; critérios de aproveitamento de competências; critérios de avaliação; recursos físicos e humanos; certificados e diplomas.

Técnicos com habilitações diversas, mas relativas a uma mesma área, devem deter as mesmas competências profissionais gerais, às quais devem ser acrescentadas as competências profissionais específicas da habilitação. Um perfil

profissional seria definido por três classes de competências: competências básicas (desenvolvidas na educação básica), competências profissionais gerais (voltadas para o exercício de diversas atividades dentro de uma área profissional¹⁴) e competências profissionais específicas (próprias de uma habilitação¹⁵).

2.3. A noção de competência: continuidades e discontinuidades com a lógica tecnicista na educação profissional

Kuenzer (2003) adverte que a origem da certificação por **competência** surgiu nos anos 1970, determinada por uma modalidade peculiar de divisão social e técnica do trabalho fundamentada na parcelização, assumindo o significado de um **saber-fazer**, o que produz uma continuidade pedagógica com a proposta anterior, qual seja, tarefaira, conteudista, assentada numa prática pedagógica orientada pelo professor, e não na relação professor-aluno-contexto-processo de subjetividade.

No entanto, no processo de trabalho em saúde, aposto em uma competência profissional assentada sobre o princípio da integralidade do cuidado em sua dimensão eticopolítica e tecnicoespecializada, reconhecendo e valorizando a autonomia das pessoas para assumirem sua própria saúde. Considerar a competência nesses termos implicaria possibilitar ao trabalhador conhecer a utilidade de suas ações: compreender que o usuário não é um ser abstrato ou distante, de quem são ignoradas as necessidades múltiplas de saúde e seus modos de vida. Produzir-se-ia, desta forma, discontinuidade do tecnicismo hegemônico.

O processo de trabalho em saúde, cuja competência provém da integralidade do cuidado, necessita investir na potência da coletividade, sendo o coletivo compreendido como organismo vivo que requer autonomia inventiva por meio dos diálogos e conversas, exposições múltiplas aos encontros grupais. O conceito de coletivo, como propõem Kastrup e Escóssia (2005), pode ser compreendido como plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade, sendo uma ferramenta de superação da dicotomia cartesiana indivíduo-sociedade. Há que

¹⁴ No caso de nossa discussão, a área da saúde.

¹⁵ No caso de nossa discussão, enfermagem.

se apostar na “**equipe-grupo-coletivo**” como ultrapassagem das disputas profissionais, do acirramento dos territórios disciplinares, da centralidade no saber biomédico, no fortalecimento das hierarquias e da divisão social do trabalho.

Como apontam os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de nível técnico, da Área da Saúde (2000), o processo de trabalho em saúde requer do trabalhador da área mais do que um rol de competências e habilidades. Neste sentido, a ideia de saúde como um fim em si mesma, entendida como condição de cidadania, aponta para certas especificidades do trabalho dos profissionais que envolvem modelos de atenção voltados à qualidade de vida, exigindo dos trabalhadores uma **visão ampliada de saúde**, bem como o reconhecimento da **integralidade como diretriz** que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença, por meio de ações que respeitem a integridade e individualidade do ser humano, questões estas que deverão ser incorporadas, progressivamente, como uma nova cultura de saúde na educação profissional.

A **competência** também possui, para Ramos (2000b):

(...) uma dimensão subjetiva, pois é o próprio processo de mobilização e articulação dos conhecimentos, das habilidades e dos valores no enfrentamento das situações de trabalho. Esse é um processo singular em que **o pensamento recorre a aprendizagens de todas as ordens** (formais e experiências), que se associam às características sócio-bio-psicológicas, voltadas para a ação material ou simbólica (p. 63, grifo meu).

Neste sentido, acreditamos ser importante compreender o “processo singular” como novidade, criação, invenção, da ordem das tecnologias leves como propõe Merhy (2007), e não no sentido de personalidade, privacidade. Ou seja, não podemos ignorar que as práticas de saúde relacionam-se também com experiências dos trabalhadores a respeito das representações disponíveis do que é ser profissional de saúde. Quando alguém escolhe trabalhar na saúde, possui referenciais a respeito disso que não são exclusivamente de ordem individual, privativas ao sujeito, mas de ordem também cultural e social. Por exemplo, está no senso comum a ideia de frieza, distanciamento necessário para trabalhar, rapidez, padronização e, assim por diante, representações que informam e formam

identidades profissionais. Tal perspectiva, da singularidade, produz, ou poderia produzir, descontinuidade ou abalo ao modo hegemônico do tecnicismo na formação profissional.

No campo da Educação Profissional, a noção de competência é abordada pelo Parecer CNE/CEB nº 16/99, sempre de forma relacionada à **autonomia** e à **mobilidade** que deve ter o trabalhador contemporâneo diante da instabilidade do mundo do trabalho e das rápidas transformações que caracterizam as relações de produção. Para Zarifian (apud RAMOS, 2002b), a autonomia está relacionada com a necessidade do trabalhador aprender a pensar, a argumentar, a defender, a criticar, a concluir, a antecipar, mas não esquece de mencionar, em sua definição de autonomia, que é preciso que a organização do trabalho admita que as ações profissionais competentes transcendem as prescrições. Chama a atenção o fato de que a “a competência não se limita ao conhecer, mas vai além porque envolve o agir numa situação determinada¹⁶”. O agir competente, portanto, inclui decidir e agir em situações imprevistas, mobilizar conhecimentos, informações e hábitos, *“para aplicá-los, com capacidade de julgamento, em situações reais e concretas, individualmente e com sua equipe de trabalho”*.

Conforme a Resolução nº 04/99, art. 6º, a **competência profissional** é definida como *“capacidade de mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”*. Mas não podemos esquecer que considerar competência nesses termos implicaria possibilitar ao trabalhador conhecer a utilidade de suas ações, ter papel ativo na construção do sistema de saúde e em suas práticas, bem como compreender que o sujeito do cuidado a ser prestado não é um ser abstrato, distante, des-humanizado, no qual não podem ser ignoradas as verdadeiras necessidades, que jamais se encerram em um corpo na sua dimensão anatômica/biológica. Os modos de vida e sua compreensão levariam, enfim, o trabalhador a possuir um desempenho eficiente. Dentro desta perspectiva, a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde precisam estar embasando, a todo momento, as práticas na saúde.

¹⁶ Parecer CNE/CEB nº 16, 05 de outubro de 1999 - Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

Ramos (2002b) entende que a definição de competência apresentada no âmbito da educação profissional pode ser interpretada da seguinte forma:

(...) a expressão *a capacidade de* tem um sentido de motivação intencional e consciente, pois o exercício profissional assim o exige; *mobilizar, articular e colocar em ação* são verbos que expressam ações e operações do pensamento. Os substantivos que se seguem, *valores, conhecimentos e habilidades*, adquirem, na educação profissional, certas especificidades (p. 69).

Os valores são acrescentados à definição como elementos culturais e pessoais¹⁷, com o mesmo sentido do que se chama saber-ser, fortemente valorizado nas relações atuais de trabalho. Os conhecimentos são os saberes teóricos e práticos, isto é, tanto aqueles transmitidos pela escola (saberes formais), quanto os adquiridos pela experiência (saberes tácitos). As **habilidades** possuem um duplo estatuto: pressuposto (mesmo sentido das capacidades, como potencial cognitivo, no sentido de associação com os saberes) e resultado (manifestação das competências, na forma do saber-fazer).

No entanto, Ramos (2002b) adverte que quando traduzidas em perfis profissionais, as competências acabam descrevendo, na verdade, as atividades típicas da natureza do trabalho. Desta forma, as competências produzem uma continuidade entre organização do trabalho e formação, uma vez que se vêm enredadas às lógicas tradicionais de educação profissional, ficando o ensino novamente limitado ao uso instrumental dos conteúdos. Desta maneira, **a abordagem pedagógica centrada nas competências pode levar ao recorte restrito do que deve ser ensinado, limitando-se à dimensão instrumental** e, assim, empobrecendo e desagregando a formação, por atrelá-la a tarefas e desempenhos específicos, prescritos e observáveis.

É necessário que o ensino e a aprendizagem levem o estudante a compreender o processo sócio-histórico de construção do conhecimento científico e técnico, possibilitando a ele fazer uma leitura crítica do mundo e do processo de trabalho para que possamos efetivamente romper com a lógica tecnicista de

¹⁷ Essa discussão parece ser bem pertinente: cultural e pessoal. Pessoal porque é expressa por um sujeito, mas não tem nada de individual, pois trata-se de uma construção de múltiplas ordens e agenciamentos.

formação profissional.

Para compreender, então, o enunciado de competência tal como aparece nas Diretrizes e nos Referenciais Curriculares, Ramos (2002b) refere que esses documentos constituem-se em objetivos, a partir dos quais é possível identificar os conteúdos a serem ensinados/aprendidos, as habilidades cognitivas (ou capacidades) a serem estimuladas e os valores e atitudes a serem problematizados. Em termos pedagógicos, esses objetivos possibilitam delimitar o universo conceitual a partir dos quais serão trabalhados os conhecimentos (selecionar e organizar conteúdos de ensino); elaborar situações de aprendizagem e realizar opções metodológicas apropriadas (escolhas metodológicas e práticas pedagógicas), definindo o universo axiológico da formação.

No entanto, constata-se que essa perspectiva tem promovido poucas alterações na formação profissional. Tais questões têm produzido pouca ampliação do conceito de currículo para além da ideia de seleção e organização de conteúdos, associados aos métodos de ensino e avaliação. Assim, o próprio conceito de currículo precisa ser problematizado. O termo currículo, no sentido atual, tem origem na literatura educacional americana, especialmente a partir do livro de Bobbitt, de 1918. Na proposta deste autor, a educação deveria funcionar de acordo com os princípios da administração científica propostos por Taylor (SILVA, 2001). Tudo o que precisava ser mapeado eram as habilidades necessárias para as diversas ocupações e, a partir daí, organizar o currículo. As finalidades da educação estavam dadas pela vida ocupacional. A racionalidade técnica é expressa pela visão da construção linear e contínua do conhecimento. Na realidade, a administração científica dos tempos e movimentos, de Taylor, foi a materialização desses princípios, que se inicia na produção de bens e serviços e alastra-se para todas as dimensões da vida moderna, incluindo-se, necessariamente, a escola.

A teoria curricular de Bobbit (apud SILVA, 2001) é considerada Teoria Tradicional e foi colocada em questão pelas Teorias Críticas. A primeira é entendida como teoria da aceitação, ajuste e adaptação. As teorias críticas são teorias de desconfianças, questionamento e transformação. Para as teorias críticas, o importante não é desenvolver técnicas de *como fazer* o currículo, mas desenvolver

conceitos que nos permitam compreender o que o currículo *faz*.

Sob a perspectiva das teorias críticas, o currículo foi discutido como meio de reprodução das relações sociais, realizada mediante a correspondência entre as relações sociais da escola e as relações sociais do local de trabalho. Também foram questionadas as formas com que determinados conhecimentos são considerados legítimos, em detrimento de outros, vistos como ilegítimos, e ainda a relação entre currículo oficial e as práticas reais construídas na instituição de ensino.

É importante perceber que a seleção e a organização dos conhecimentos estão intimamente ligadas à maneira como o poder é distribuído na sociedade, na qual o currículo faz parte do processo mais amplo, pelos quais certos grupos fazem prevalecer seus interesses e orientações¹⁸. O currículo deve ser entendido, assim, como uma construção sociocultural, com determinantes históricos, econômicos e políticos, além de epistemológicos. Como aponta Silva (2001), o currículo é artefato cultural, sendo sua instituição uma invenção social, como qualquer outra, e o conteúdo do currículo é uma construção, não podendo ser compreendido sem a análise das relações de poder que o constituem, existindo diferentes grupos que tentam estabelecer sua hegemonia.

Ramos (2002b) finaliza:

(...) o ponto convergente da discussão curricular que toma o desenvolvimento de competências como referência, é a **crítica à compartimentalização disciplinar do conhecimento e a defesa de um currículo que ressalta a experiência** concreta dos sujeitos como situações significativas de aprendizagem (p. 73, grifo meu).

2.4. Pedagogia da experiência: estratégia de abalo ao tecnicismo presente na educação profissional em saúde

Lopes (2002) enfatiza que os **Referenciais Curriculares Nacionais de Educação Profissional, elaborados** em 2000, trazem como matriz curricular referencial uma formação que estimula a autonomia, os exercícios das funções

¹⁸ No caso do ensino na saúde, poderia dizer dos interesses de grupos vinculados ao conhecimento/discurso biomédico e à produção de lugares de poder que a esses são remetidos.

mentais, cognitivas e socioafetivas, assim como a assimilação de novos conhecimentos, flexibilidade e criatividade. Também entende existir uma alusão ao **papel do profissional da saúde como educador** e sua importância na busca de alternativas para diversos problemas enfrentados nessa área. Eis, então, uma possibilidade de ruptura com um modo de operar na educação profissional que coloca o aluno num lugar de receptáculo de informações selecionadas previamente e que dispensam as aprendizagens significativas.

Em Ramos (2002b), encontramos a noção da Pedagogia das Competências como promessa de converção do currículo em um ensino mais integral, mesclando-se aos problemas os conhecimentos mais gerais, os conhecimentos profissionais e as experiências de vida e de trabalho que, normalmente, são tratadas isoladamente. A autora pondera:

(...) compreendidas como um atributo subjetivo, as competências exigiriam o **deslocamento do foco dos processos educativos dos conteúdos disciplinares para o sujeito que aprende**, gerando a possibilidade de efetiva e contínua transferência das aquisições cognitivas. É nesse ponto que se voltará para a questão das **aprendizagens significativas**, recorrendo a todo tipo de aquisições cognitivas, desde os saberes e conhecimentos formalizados aos saberes e conhecimentos tácitos. Essa pedagogia teria como fundamento um processo centrados mais na aprendizagem do que no ensino, a **valorização do aluno como sujeito da aprendizagem**, a construção significativa do conhecimento (RAMOS, 2002, p. 73, grifo meu).

Nessa pedagogia, a **transferência** não seria uma simples transposição automática de aprendizados, mas envolveria um trabalho mental que supõe o sujeito confrontado com uma nova situação. A **contextualização** do conhecimento colocasse como estratégia importante na tecitura de uma rede de significações a serviço das aprendizagens transferíveis. Isso porque a contextualização possibilitaria a “abertura de canais de comunicação entre a bagagem cultural do sujeito, quase sempre essencialmente tácita, e as formas explícitas ou explicáveis de manifestação do conhecimento” (MACHADO, 1999).

Dentro desta perspectiva, não estaríamos alimentando a dicotomia ensino-aprendizagem? Não seria a reprodução do pêndulo tradicional que ora foca sua luz no ensino, ora na aprendizagem, quer dizer, ora no professor, ora no aprendiz? Para

efetivamente superarmos a lógica tecnicista e conteudista é preciso estabelecermos que as relações ensinoaprendizagem não se dão nas cabeças das pessoas, de forma individuada e privatista, e sim, nas formas como constroem suas relações. Neste sentido, o diálogo (em sua acepção forte) entre as pessoas precisa ganhar relevos importantes, a exposição do sujeito à experiência do inusitado, forjado no **encontro** fortalece a “*equipe-coletivo*” e, assim, garantiríamos a integralidade do cuidado como agenciamento das mudanças nas práticas em saúde. Temos que ter a preocupação de não tomar o currículo por competência como mais uma estratégia de acirrar o discurso individualizante, no qual, como adverte Bernardes (2006) a noção de competência é compreendida como “capacidades, habilidades ou atitudes do indivíduo”, aprofundando e mantendo a “lógica de que os sucessos e os fracassos são de exclusiva responsabilidade do próprio indivíduo” (p. 31). Como infere Machado (apud Bernardes, 2006, p.32), “a organização da escola é, e continuará a ser, marcadamente disciplinar; os professores são e continuarão a ser, professores de disciplinas, não havendo qualquer sentido na caracterização de um professor de *competências*”.

Larrosa (1998) adverte que uma pedagogia comprometida com a transmissão de conteúdos não alimenta intensidades necessárias ao **efetivo encontro** entre o sujeito e o porvir, entre o ainda não pensado e a novidade. Como diz o autor:

(...) não sejas nunca de tal forma que não possas ser também de outra maneira (...). E não perguntes quem és àquele que sabe a resposta, nem mesmo a essa parte de ti mesmo que sabe a resposta, porque a resposta pode matar a intensidade da pergunta e o que se agita nessa intensidade. **Sê tu mesmo a pergunta** (p. 53, grifo meu).

Conforme Larrosa (2002a), a ideia clássica de formação parece ter duas faces: formar significa dar forma e desenvolver um conjunto de disposições preexistentes, por outro lado, quer dizer levar o homem à conformidade em relação a um modelo ideal que foi fixado e assegurado de antemão. Na tentativa de alargar essa questão, o autor propõe pensar a formação sem uma ideia prescrita de seu desenvolvimento, deixando de lado a existência de um modelo normativo de sua realização, com um devir plural e criativo, sem padrão fixado e sem uma ideia

prescrita de seu itinerário, sem uma ideia normativa, autoritária e excludente em seus resultados.

É preciso recuperar criticamente a ideia de formação como emergência intempestiva, que possa trazer algo novo para o espaço, tensionando a educação tecnicocientífica dominante e as formas dogmáticas e neoconservadoras de reivindicar a velha educação humanística. **O saber da experiência** dar-se-á na relação entre conhecimento e vida humana. No entanto, como nos adverte Larrosa, atualmente, o conhecimento tem sido tomado essencialmente como a ciência e a tecnologia, tidas como algo universal e objetivo, de alguma forma impessoal; algo que está aí, fora de nós, do qual podemos nos apropriar e utilizar; e algo que tem a ver fundamentalmente com o útil no seu sentido estritamente pragmático, como a fabricação de instrumentos. Remete-nos à problemática da instrumentalização do conhecimento, tomando-o como utilidade, aquilo que se aprende sempre em função de algo, que, de preferência, pode ser copiado, prescrito, padronizado.

De outro lado, adverte Larrosa (2002a), a vida se reduz à sua dimensão biológica, à satisfação das necessidades (sempre incrementada pela lógica do consumo), à sobrevivência dos indivíduos e das sociedades. Para o autor, hoje postula-se que a educação deve preparar para a vida, com uma clara intenção de dizer que deve **preparar para “ganhar a vida” e para sobreviver** da melhor maneira possível, o que significa dizer que a mediação entre conhecimento e vida não seria outra coisa senão a apropriação utilitária deste conhecimento.

Para nossa aposta, é importante recuperar a categoria da experiência para o pensamento da formação, entendendo experiência como um acontecimento que nos alcança, se apodera de nós, nos derruba e nos transforma (Heidegger apud LARROSA, 2002).

Desse modo, poder-se-ia pensar que tanto a educação quanto a formação, descoladas de uma lógica escolarizada, instrumental e utilitária (isso se aprende para aquilo), endurecida e tida como única possibilidade, seriam então, possibilidades de inventar, criar e buscar no mundo ou no campo da saúde outras formas e mesmo novas formas de articulação com esse mesmo campo. Uma

Pedagogia da Experiência passaria pela abertura do corpo às perguntas, às suas confecções e não se encerraria na busca exclusiva de normas, respostas, generalizações.

A possibilidade de criação surgiria a partir de uma prática criativa e inventiva, tal qual se necessita do trabalho vivo e relacional no campo da saúde. Interessa um trabalho voltado para a vida, uma educação que pode se dar em muitos espaços e não exclusivamente na sala de aula. Uma educação que também estaria compromissada com a instrumentalização, mas uma instrumentalização que possibilite aos sujeitos viabilidades nos seus enfrentamentos e desestabilizações, próprias da vida como um todo, próprias das afecções geradas pelo encontro com o outro em sua alteridade. Sendo assim, não se encerra na apropriação dos saberes institucionalizados e instituídos pelas ciências. Este seria o tipo de apropriação que nos tornaria potentes para o encontro com o outro, para cuidar do outro.

Larrosa (2002a) refere que se costuma pensar a educação do ponto de vista da relação entre ciência e a técnica, ou teoria e prática. Na primeira relação (ciência e técnica), as pessoas que trabalham na educação são concebidas como sujeitos técnicos que aplicam com maior ou menor eficácia as diversas tecnologias produzidas, mas o autor propõe explorar uma outra possibilidade: a da **experiência/sentido**. Tomar a experiência como algo que nos passa, que nos acontece, que nos toca.

O autor provoca: “a cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece”. Isso ocorre em primeiro lugar pelo excesso de informação, e a informação não é experiência, aliás, ela não deixa espaço para a experiência, cancela nossas possibilidades de experiência. Larrosa (2002a) refere que é preciso separar a experiência da informação e separar o saber de experiência do saber das coisas: “depois de assistir a uma aula ou conferência, depois de ler um livro ou uma informação (...) podemos dizer que sabíamos coisas que antes não sabíamos, que temos informação sobre alguma coisa; mas, ao mesmo tempo, podemos dizer também que nada nos aconteceu, que nada nos tocou, que de tudo que aprendemos nada nos sucedeu ou nos aconteceu”. **O sujeito da experiência não é o sujeito da informação ou da opinião**. Aliás, o sujeito moderno, sujeito da

informação sabe muitas coisas, passa seu tempo buscando informação, o que mais o preocupa é não ter bastante informação. No entanto, essa obsessão pela informação e pelo saber (não no sentido de sabedoria, mas no sentido de saber mais) **faz com que nada lhe aconteça.**

Acredito que o docente de psicologia não poderia furtar-se desta discussão. A presente dissertação também problematiza de que forma este foi (ou não) “engolido” por essa lógica de **profusão de informações e conhecimentos que não produzem acontecimentos**, que não alteram as coordenadas tecnicistas dadas, que não tomam o professor e o aluno sujeitos da experiência.

As pessoas acabam tornando-se fabricadas e manipuladas pelos aparatos da informação e da opinião, incapazes da experiência. Isso é mais do que a conformação de nossas consciências. Para Larrosa (2002a), o sujeito da experiência seria algo como um território de passagem, algo como uma superfície sensível àquilo que acontece. Tudo o que nos acontece nos afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos, mas o sujeito da experiência é, sobretudo, um espaço onde têm lugar os acontecimentos. Define-se por sua receptividade, por sua disponibilidade e abertura, a sua capacidade de exposição ao novo. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, nada o toca, nada o afeta, nada o ameaça, nada ocorre.

Inspirada, assim, em Larrosa, pensar não é somente raciocinar, calcular e argumentar, é, sobretudo, dar sentido ao que nos acontece. A lógica da experiência produziria singularidade, heterogeneidade e pluralidade. O saber da experiência é aquele que se adquire no modo como alguém responde ao que lhe vai acontecendo ao longo da vida e no modo com que vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. É fácil ser capturado por uma lógica instrumental e copiativa, quando estamos inseridos no campo da educação profissional, mas o ensino de psicologia, que deseja ser intercessor e trazer novidade para a construção da integralidade do cuidado e para a produção de sentido ao conceito ampliado de saúde, precisa ir além, ultrapassar este apelo pelo saber-fazer e habitar e ser habitado pela proposta da “pedagogia da experiência”, podendo, assim, produzir novidade no ensino técnico. A velocidade da aprendizagem escolar e o imperativo do conhecimento

“científico” são capazes de destruir a experiência na medida em que não deixam espaço para os necessários silêncios que emergem das problematizações e provocações, que só a encarnação da dúvida nos permitiria habitar.

Como nos diz Larrosa (2002a):

(...) a experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, **requer um gesto de interrupção**, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: **requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar os outros, cultivar arte do encontro**, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (p. 5, grifo meu).

Seria preciso que o ensino de psicologia cedesse **espaço e tempo** às necessárias aberturas, como a capacidade de invenção de novas tecnologias relacionais no campo da saúde, perguntando-se sempre quais práticas de ensino podem possibilitar a experiência em detrimento da informação, a construção em detrimento da prescrição, a envergadura interior em detrimento da mecanização do fazer, da prescrição comportamental.

Parte da pesquisa de campo, ou seja, as entrevistas realizadas com docentes de psicologia inseridos na educação profissional em enfermagem mostram-nos as perspectivas pedagógicas presentes ou não: conteudistas ou sensíveis às experiências, que potencializam o aluno a assumir com responsabilidade e autoria seu lugar nas práticas cuidadoras ou reintegrando submissões e hierarquias. No capítulo 5, para continuidade à discussão, chamarei para a arena o ensino de psicologia, descortinando como este tem habitado a educação dos trabalhadores da saúde. A proposta é discutir quais devem ser as propostas que sustentam a formação do profissional de nível técnico em saúde e, no que concerne ao ensino de psicologia, em quais saberes devem estar assentadas as moradas deste ensino. Investigar quais conhecimentos de psicologia têm sido ensinados e quais, oriundos deste saber, podem abalar o quadro vigente de fragmentação, alienação, subordinação, hierarquia rígida e falta de compromisso com os processos coletivos, eis a produção desta dissertação.

Além das narrativas dos docentes que entrevistei, agrego minha própria como educadora em uma Escola Técnica de Enfermagem que, semestralmente, recebe mais de 300 jovens em busca de uma profissão que lhes garanta lugar no tecido social, questionando e problematizando os “usos” da psicologia, seus compromissos e suas tentativas de produzir uma diferenciação nas práticas, ainda homogêneas, de normatização e enquadramento da subjetividade. Falarei de vivências que exemplificam propostas curriculares que estão ainda postas, para, posteriormente, elucidar quais conhecimentos poderiam produzir rupturas com o “ensino duro” da enfermagem, potencializando a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde.

2.5. A interface educação profissional e integralidade do cuidado

As reformas educacionais ocorridas no final dos anos 1990 foram realizadas sob orientação e apoio financeiro de organismos internacionais; tinham por objetivo articular e subordinar a produção educacional às necessidades estabelecidas pelo mercado de trabalho e à necessidade de estabelecer mecanismos de controle e avaliação da qualidade dos serviços educacionais.

Deluiz (2001) diz que as novas formas de organização do trabalho, influenciadas, então, pelo *toyotismo*, exigiram dos trabalhadores um domínio do conhecimento científico-tecnológico e sócio-histórico que tornaram obrigatório o desenvolvimento do ensino, segundo a pedagogia das competências. Não podemos deixar de compreender que essa nova forma de organizar o processo de trabalho caracteriza-se por uma produção vinculada à demanda em atender as novas necessidades produtivas, utilizando as ideias e os discursos da cooperação, do consenso, da integração e participação, exigindo trabalhadores mais qualificados e multifuncionais.

Paralelamente à entrada destes novos discursos oriundos do *toyotismo*, coexistem e sobrevivem as lógicas postas pelo *taylorismo*. Podemos dizer que a organização do trabalho no Brasil, assim como o sistema educacional, possui um

modelo *Frankenstein*, como nos lembra Merlo (2000), misturam-se lógicas que oscilam entre subordinação e criatividade; fragmentação das atividades e “visão do todo”, competitividade e individualismo e trabalho em equipe; qualificação e severa divisão social do trabalho; horizontalidade nas relações e hierarquia rígida. Como se coloca e se percebe o trabalhador diante de tantas contradições? Como poderemos garantir a necessária “*equipe-coletivo*” dentre tantas atualizações do *modo indivíduo trabalhador* em detrimento do *modo coletivo trabalhador*?

Também não podemos esquecer que o ensino profissional dos técnicos em enfermagem¹⁹ está ainda muito centralizado nas mãos das entidades privadas, o que certamente traz uma nuance importante para a discussão das implicações políticas destas entidades com as políticas públicas de saúde. Há um certo **determinismo mercadológico**²⁰ que, segundo Frigotto (2000), subordina a qualificação humana às leis do mercado e à sua adaptabilidade e funcionalidade aos organismos que os representam. Como também lembra Deluiz (2001), esse determinismo mercadológico pode levar ao esquecimento do lado social da formação que não deveria ser pautada pelas necessidades e demandas estritas do mercado, na ótica do capital, mas deveria levar em conta a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho, os contextos macroeconômicos e políticos, as transformações técnicas e organizacionais, os impactos socioambientais, os saberes do trabalho, os laços coletivos e de solidariedade, os valores e as lutas dos trabalhadores.

Se percebemos que o conceito de competência recebe diferentes significados, às vezes contraditórios, e nem sempre suficientemente claros para orientar a prática pedagógica das escolas, podemos dizer que ele é polissêmico, resta-nos a pergunta: o conceito de competência produziu ou pode produzir algum

¹⁹ Em Porto Alegre, a partir de pesquisa realizada em julho de 2008 no *site* da Secretaria Estadual de Educação do Rio Grande do Sul, constatou-se que todas as Escolas Técnicas de Enfermagem eram privadas (17).

²⁰ Lembro da fala de uma coordenadora (enfermeira) do curso de técnico em enfermagem no qual sou docente, ao discutir sobre a disciplina Relações Humanas: “o que a Escola precisa é que o aluno não dê problema no estágio, porque daí ele não vai dar problema no mercado, e aquilo que garante as matrículas no curso é o que o mercado diz da gente”. Outro exemplo desse determinismo mercadológico é que, em uma reunião intitulada “Seminário Pedagógico”, previsto para o início de cada ano letivo, 01 turno de trabalho foi utilizado para as discussões a respeito de matrículas e evasões e suas repercussões financeiras para a escola.

efeito disruptor? Ele pode fomentar um rompimento com a lógica educacional conteudista?

Em minha experiência docente, percebo que os professores distorcem o conceito de competência, dando uma nova roupagem a conceitos já existentes na literatura educacional. Configura-se, pois, apenas uma mudança de nomenclatura sem grandes implicações na prática efetiva dos professores.

Na escola em que leciono, quando precisamos discutir plano de aula, quando o conceito de competência aparece, alguns dizem que “é aquilo que já fazemos, só que com outro nome”, o que demonstra que as transformações vieram sem contar de forma mais efetiva com a participação dos professores, sem questionamentos e observações mais profundas, que pudessem colocar em xeque a proposta apresentada.

Houve, neste sentido, pouco ou quase nenhum espaço para discussões e estudos que contribuíssem para a revisão de seus conceitos e a apropriação efetiva à proposta. Saliento que uma proposta só tem representatividade a partir do momento em que é gerada no coletivo, quando é revisitada, ajustada e concebida mediante processos mais democráticos de discussão, abertura à problematização e consequente encaminhamento. Como refere Ludke et al. (1999), a ausência da participação dos professores na implantação da reforma demonstra que os professores não foram devidamente preparados, ficaram à reboque do processo, trazendo consequências sérias que comprometerão os resultados.

Bernardes (2004), ao discutir o repertório linguístico utilizado para o debate sobre a formação em psicologia, após a entrada da nova LDB, em 1996, afirma que este repertório alterou-se em suas nomenclaturas, mas manteve os sentidos: matéria foi substituída por competências; disciplina por habilidades; ética por atitudes e condutas; conteúdo por conhecimentos. A lógica disciplinar permaneceu sendo sustentadora das relações de ensino-aprendizagem. Tal apreciação referente à formação em psicologia pode ser extensiva à formação técnica em enfermagem.

Percebo que, no ensino para técnicos em enfermagem, conforme inúmeros relatos de alunos, existe um direcionamento para a aula prática demonstrativa, com foco no treinamento, na aprendizagem por repetição e a

consequente reprodução, pelos alunos, das ações mostradas. Uma preocupação com o fazer tal e qual demonstrado pelo professor, assim como uma grande preocupação com a rapidez na realização dos procedimentos de enfermagem. Kuenzer (2003) aponta que tal perspectiva de formação era pertinente na organização social produtiva de base *taylorista-fordista* porque, sendo o trabalho rotineiro e padronizado, bastava uma pedagogia voltada para a apropriação de conhecimentos a partir da repetição e sua consequente memorização, em detrimento da compreensão teórica que sustentava esse fazer.

Sabemos que a proposta apresentada pelo Ministério da Educação fala de um currículo voltado para o desenvolvimento de competências, no qual a flexibilidade, interdisciplinariedade e contextualização permeiam a prática de ensino-aprendizagem: educar para a vida e preparar para o mercado de trabalho. Mas, como nos adverte Deluiz (2001), a adoção do modelo de competências teve por objetivo adequar a formação para o trabalho segundo as lógicas e as exigências do sistema produtivo, no qual o trabalhador passa a ser responsável por sua empregabilidade, ao manter suas competências atualizadas. A autora pondera que, mesmo existindo uma visão construtivista, a partir da qual se compreendem as competências como as ações e operações que articulam conhecimentos (o saber), as habilidades (o fazer) e as atitudes (o conviver), **operacionalmente, apóiam-se numa perspectiva funcionalista**, ao interpretar as competências como um rol de atribuições técnicas transponíveis aos perfis que descrevem as funções e qualidades requeridas pelo trabalho.

Maluf (1998) acrescenta que, na sociedade atual, novas exigências, para além do domínio de técnicas e simples realização de tarefas, requerem do setor educacional esforços no sentido de contribuir para uma ampla formação do indivíduo. Entende, assim, que as mudanças vivenciadas pela sociedade no mercado de trabalho passam a solicitar nova postura do ensino técnico, em que as transformações tecnológicas, consideravelmente mais rápidas, passam a ter por base a capacidade de **cooperação e trabalho em equipe**²¹.

²¹ Inspirações dos novos discursos de organização do trabalho que mesclam propostas ao sabor das necessidades do mercado.

Neste sentido, podemos fazer uma crítica a este modelo, uma vez que ele está na mão do neoliberalismo, que constrói uma proposta de indivíduo autônomo para seguir e construir sua história de trabalhador, sendo que o contexto econômico e social fica apartado da cena, o que produz uma centralização e uma individuação das responsabilidades a este mesmo sujeito. Parece-me que o modelo de competências passa a tomar o mercado de trabalho como algo natural e inevitável, sem questioná-lo, criando na educação um viés de conformismo e alienação. Alienação do aluno e alienação do professor, que, ao receber a “notícia” das mudanças de organização do ensino, coloca-se a fazer seus ajustes sem a devida crítica e reflexão sobre o que tais mudanças apontam, derivam e intencionam.

O modelo da competência invade a educação profissional, diante das exigências de competitividade e produtividade e, mesmo tendo um conteúdo subjetivo e individual, não podemos esquecer que as competências são construídas ao longo da vida profissional, que está absolutamente entrelaçada com inúmeros agentes e atores que extrapolam o indivíduo trabalhador e sua “persistência por qualificação”. Assim, a nova proposta pedagógica pouco perde o caráter mecanicista antecedente e acaba reduzindo as competências ao fazer, ao ato em si, ao velho mecanicismo/praticismo. Deluiz (2001) aponta que corremos o risco de reduzir a formação do trabalhador à esfera profissional, em detrimento de uma formação integral que abranja a dimensão da cidadania. **A abordagem das competências, assim, tende a se tornar reducionista, instrumentadora e tecnicista.** No contexto da educação dos trabalhadores, podemos dizer que o ensino estava destinado à formação de trabalhadores visando a, além do **disciplinamento e da obediência**, conferir um domínio de um ofício, ficando o trabalhador restrito a determinada etapa do processo de produção.

Ramos (2001) pondera que a armadilha de se regressar ao tecnicismo educacional ou de se reduzir a educação profissional aos aspectos operacionais das atividades profissionais está presente o suficiente para que estejamos muito atentos ao pensar na apropriação das competências como referência educacional. As descrições de atividades não são suficientes para a aprendizagem como fundamento científicotécnico de uma atividade. A análise funcional não deve se

transformar em currículo, pois, assim, estaríamos novamente enredados por uma formação condutivista, atada a rotinas fixas e excessivamente regulada.

Fazendo uma aliança com as ideias da autora, devemos acenar com um alerta: a noção de competência pode servir como uma armadilha ou um disfarce para, no fundo, restaurar o velho tecnicismo, centrando o ensino técnico no fazer, além de subordinar a reflexão ao andar das operações do trabalho e não à sua crítica e problematização.

Zocche (2006) considera que um dos limites do ensino por competências é a tendência à supervalorização dos saberes profissionais operativos, evidenciando-se uma separação entre concepção e execução do trabalho, voltando a abordagem tecnicista da educação profissional, que conduz a uma forma individualizada e repetitiva do trabalho, sem reflexão e sem construção social com os outros membros da equipe e com os consumidores do trabalho (entendendo, aqui, o ator usuário). Entende que as Escolas Técnicas de Enfermagem, mais precisamente, têm ajudado a perpetuar a ideia de que a inserção profissional e a qualificação para o trabalho são atributos individuais, como se o trabalho não fosse construído historicamente e socialmente e não estivesse relacionado com múltiplos contextos produtivos (como a crescente renovação de sistemas tecnológicos, como a alta especialização e a constante introdução de procedimentos dependentes de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico).

A partir desta reflexão de Zocche (2006), ficamos a pensar quais são as possibilidades do ensino profissional produzir brechas na tecnificação do fazer e na construção de um modelo de assistência, tendo como foco a integralidade do cuidado e a construção de trabalhadores comprometidos com os atos produzidos na saúde. A integralidade do cuidado precisa fortalecer não mais os conteúdos operacionais, mas as “ferramentas relacionais”, as tecnologias leves como nos inspira Merhy (2007).

Dentre tantas contradições oferecidas na atual organização do trabalho, recheada com discursos paradoxais, é necessário que o ensino se torne lugar potente para produzir um trabalhador com envergadura interior suficiente para

romper com a lógica da divisão social e técnica do trabalho. Mesmo sabendo que as mudanças no processo de trabalho não se encerram na lógica de que, mudando um ator, mudamos toda a cena, é preciso pensar em um quadrilátero: gestão - ensino - trabalhador - usuários, bem como nos contextos social, econômico e político. O quadrilátero é uma formulação de Ceccim, presente no trabalho de Zocche.

Se as diretrizes promulgam as noções de **interdisciplinaridade** como possibilidade de alargar as fronteiras dos saberes disciplinares, é condição construirmos um sujeito que, além de pensar de forma ampliada possa se ver nas cenas cotidianas na saúde como um agente ativo e criativo. Como lembra Perrenoud (1999), os conhecimentos são recursos cognitivos importantes, mas não são suficientes para operar ações na realidade, tendo de ser construídos na relação com o outro.

Campos (1997) mostra-nos que:

(...) a organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação. Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Nesses casos, a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, será comprometer o profissional apenas com a realização adequada de algum procedimento e ponto final (p. 234, grifo meu).

E mais:

(...) concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla mas até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. **Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelados** (p. 235, grifo meu).

O trabalhador encontrar-se-á, então, separado de sua obra.

Se o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, como nos lembra Campos (1997), a educação profissional precisa, urgentemente, reverter seu

investimento na transmissão de conhecimentos e conteúdos centrados nas tecnologias duras e leve-duras e incrementar arranjos que tornem o trabalhador em saúde potente para uma relação com o fazer saúde inventivo, reconhecendo, em cada situação do assistir, uma novidade a ser vivenciada e atendida.

É preciso garantir assento a uma prática pedagógica que acompanhe o sujeito nas suas incertezas, não centrando o conhecimento no já sabido das ciências naturais e apostando num ensino problematizador e apoiador dos questionamentos necessários para produzirmos as necessárias rupturas. Campos (1997) diz que, para se enfrentar o inesperado, exige-se improvisação, criatividade e iniciativa e antigos e modernos *taylorismos* permanecem administrando e acumulando as equipes com normas administrativas e com padronizações técnicas. Supõe-se, então, que a gerência deve controlar e regulamentar toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho, retirando do trabalhador a responsabilidade pela criação autônoma e desregulamentada.

A educação profissional precisa rever estas lógicas do processo de trabalho em saúde, buscando encontrar uma bifurcação neste caminho, ao construir um ensino que fortaleça o aluno para que este problematize essa realidade e não se submeta à alienação de seu trabalho, fazendo deste, efetivamente, uma obra.

Quanto à pedagogia das competências, propostas pelas Diretrizes, Ramos (2001) considera que nenhuma lista de tarefas, ou mesmo nenhum retrato da complexidade de um processo de trabalho, traduz tudo o que pode acontecer no enfrentamento real do sujeito com a materialidade concreta daquele. Aliás, a noção de competência surge também para dar destaque à imprevisibilidade do processo, mas parece-me que tal pedagogia não está trazendo novas paisagens às cenas da educação profissional.

Se a cena contemporânea da saúde pede-nos novas ferramentas, novos entendimentos, novas escolas, novas políticas educacionais, precisamos de um corpo teórico e de um arsenal de vivências suficientemente plásticos, penetráveis e maleáveis em decorrência destas demandas que surgem e pedem passagem. A escola como instituição, enquanto organismo vivo (com pessoas, temores, alegrias,

medos, sonhos e projetos) não prepara e não está preparada ou subjetivada para os estranhamentos, para o novo, e ao mesmo tempo, paradoxalmente, é um lugar de construção do saber, sendo que o saber só se torna desafio quando nos deparamos com a ignorância. É o não-saber que nos move em direção ao processo de conhecer.

Precisamos instigar os alunos e os professores a se lançarem na aventura de descobrir, rompendo com uma educação profissional que busca agarrar-se ao porto seguro dos conteúdos disciplinares. Construir uma formação em que alunos e professores possam correr os riscos de buscar o incômodo necessário para as aprendizagens prescinde de uma escola menos viciada em cartilhas, textos prontos, métodos enferrujados, controle do tempo e do espaço, apostilas, polígrafos e protocolos. Como nos lembra Serres (1993), nada se aprende sem partida, nem ensina-se alguém sem convidá-lo a deixar o ninho, pois quem não se mexe, não aprende.

Devemos ter como horizonte que nenhum aprendizado dispensa a viagem. Podemos, como educadores, oferecer-nos como combustível de partida e porto de chegada, sermos a orientação; como um guia, a educação deve empurrar para fora. Ser partida e chegada: viagem. O aprender lança à errância. Explodir em pedaços para se lançar em um caminho de destino incerto. Exige um heroísmo a que a educação não se pode furtar de produzir. Tem que seduzir para encetá-la. Serres (1993) aponta que seduzir é conduzir para outro lugar; bifurcar a direção dita natural, eis o encanto do pensamento inédito. Não há aprendizagem sem exposição. Não há pior inimigo do conhecimento do que a terra firme. A pedagogia da experiência como propulsora do acontecimento levar-nos-ia à possibilidade de bifurcar os caminhos prescritivos, normativos e já conhecidos.

É preciso retomar a educação como travessia, aventura, processo, desnaturalizando práticas vigentes e produzindo novos arranjos na busca de, efetivamente, produzirmos novas práticas e atos em saúde e o ensino de psicologia precisaria estar comprometido com isso.

Capítulo 3

Perfil de egresso: um possível lugar ao ensino de psicologia, a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde

A partir do documento relativo aos **Referenciais Curriculares Nacionais (RCN)**, oferecido às instituições formadoras de educação profissional para a construção de um ensino que leve em consideração uma formação profissional voltada às demandas postas pelo sistema de saúde vigente no País - o SUS -, buscarei elementos para a discussão da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde. Num segundo momento, buscarei as aproximações da proposta curricular oferecida por tal documento com o ensino de psicologia. Tecerei considerações acerca do que entendo ser demanda para este ensino, considerando o perfil de egresso proposto ao técnico em enfermagem, para analisar, posteriormente, quais narrativas referentes ao perfil de egresso emergem nas falas dos docentes psicólogos entrevistados, inseridos na educação profissional.

Os RCN entendem ser responsabilidade da área da saúde a *produção de cuidados integrais* no âmbito público e privado do sistema de serviços, por meio de ações de: **apoio ao diagnóstico; educação para a saúde; proteção e prevenção; recuperação e reabilitação e gestão em saúde**. Tais ações são desempenhadas por profissionais das diferentes subáreas, entre as quais a da enfermagem²², sendo que nesta existem especificidades que lhe dão singularidade.

3.1. Algumas considerações

Os RCN iniciam-se, trazendo uma questão bastante recorrente ao longo do texto e que versa sobre a legislação profissional em enfermagem. Isto merece

²² Bodiagnóstico; Enfermagem; Estética; Farmácia; Hemoterapia; Nutrição e Dietética; Radiologia e Diagnóstico por Imagem em Saúde; Reabilitação; Saúde Bucal; Saúde Visual; Saúde e Segurança no Trabalho e Vigilância Sanitária.

algumas considerações. Diz assim o documento:

Por tratar-se de área de atuação **intensamente legislada**, impõem-se **limites e fronteiras à atuação dos técnicos de nível médio, o que não pode ser ignorado pelas escolas de educação profissional**. No estabelecimento do rol de competências da habilitação proposta, esta deverá estar atenta a esses balizadores de modo que os desenhos curriculares atendam e respeitem à legislação vigente (2000, p.09, grifo meu).

Percebe-se que a ação da subárea da enfermagem é delimitada pela Lei do Exercício Profissional que rege a atuação dos diferentes níveis profissionais que compõem a equipe de enfermagem. Tal sinalização nos faz lembrar que o “tom” dado, em alguns momentos, à construção dos referenciais curriculares, fortalece a centralidade das corporações profissionais, ou seja, a lógica dada é de preservação das profissões em seus limites, reforçando e validando o eixo “corporativo-centrado”, no qual a responsabilidade pelos atos de saúde pertence a cada profissional individualmente e cada ação prestada ao usuário é atributo de uma profissão especificada (CECCIM, 2005).

No entanto, temos proposto que **integralidade do cuidado** diz respeito à lógica da escuta, exigindo no trabalho um “eixo usuário-centrado”, cujo exercício responsável exige atuação em equipe e dá-se pela busca de construir projetos terapêuticos implicados com o direito à saúde, de forma singular, isto é, não guiada meramente pela divisão dos núcleos de saberes disciplinares profissionais.

Para garantirmos a integralidade do cuidado é preciso, segundo Merhy (2005), um olhar que possa desterritorializar os demarcados núcleos profissionais e deixar-se contaminar pelo olhar do outro (o usuário, o colega de equipe, o colega de núcleo profissional, o estranhamento experienciado no encontro com a alteridade). Não podemos esquecer que a aprendizagem da integralidade do cuidado deve ser orientada pelo contato com o universo do usuário, no que concerne à escuta das suas demandas e necessidades em saúde. É preciso a centralidade do usuário e suas necessidades na conformação das práticas de saúde e serviços, para que o cuidado possa emergir, para que não emerjam apenas os procedimentos cumpridos (PONTES; SILVA JR.; PINHEIRO, 2006).

A intensa demarcação das fronteiras acaba levando mais em consideração a delimitação das diferenças técnicas do exercício profissional do **que a garantia da integralidade do cuidado ao atender as necessidades de saúde do usuário**. Nos RCN, essa preocupação com as “fronteiras profissionais” surge em dois momentos: na discussão inicial a respeito da “delimitação e interfaces da área”, e na discussão do “panorama da oferta educação profissional”.

Conforme os RCN:

Embora o estabelecimento de limites e fronteiras para a atuação profissional não seja uma questão pertinente à educação, cujo propósito é o desenvolvimento pleno de competências e a difusão irrestrita do conhecimento tecnológico, **as escolas precisam levar em consideração o fato de a Saúde ser uma área de atuação maciçamente legislada**. Dessa forma, as escolas deverão estar atentas a esses balizadores de maneira que **os desenhos curriculares propostos atendam e respeitem as leis de exercício profissional vigentes**, pois o ensino técnico dissociado das normas que regulamentam o exercício profissional das diversas profissões da Saúde pode gerar conflitos entre os diferentes e diversos níveis profissionais e ainda promover o exercício ilegal da profissão. Cabe, portanto, à educação o desenvolvimento de valores éticos e de cidadania para uma atuação profissional que **considere e respeite os limites das próprias competências** e que reconheça a prioridade de o espaço de atuação ser ocupado por outros profissionais, quando mais e melhor capacitados (2000, p.17, grifo meu).

O Código de Ética Profissional da Enfermagem²³ (2007), igualmente, traz essa preocupação em delimitar responsabilidades técnicas e em respeitar os limites de cada atuação. Na Seção I, “Das relações com a pessoa, família e coletividade”, aparece como direito do profissional “recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade” (Art. 10). Como responsabilidade e dever do profissional, “avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem” (Art. 13). Na seção IV, “Das relações com as organizações empregadoras”, aparece a proibição de “delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, que não seja enfermeiro” (Art. 80).

²³ Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007.

Outro aspecto para discutirmos uma formação que possibilite a **integralidade do cuidado** é a forma com que os RCN contemplam o debate sobre os campos do conhecimento presentes na área da Enfermagem.

O documento diz:

A subárea de Enfermagem estabelece interface com as **Ciências da Natureza**, da educação básica, nos estudos de **Biologia, Anatomia e Fisiologia Humanas, Higiene, Microbiologia e Parasitologia, Química, Física e de Matemática e suas técnicas**, de onde extrai as **bases científicas** para as ações pertinentes aos procedimentos de administração e controle de medicamentos, utilização e manuseio de materiais e equipamentos específicos, e para a realização das múltiplas técnicas de trabalho utilizadas no processo de assistência. Essas são também **as bases científicas para a compreensão do processo saúde-doença**, no aspecto dos fatores determinantes e condicionantes do mesmo, da fisiopatologia dos agravos à saúde, da epidemiologia dos processos mórbidos e da relevância da biossegurança em todas as ações dos profissionais da subárea (2000, p.49, grifo meu).

Diz também da interface interdisciplinar:

Das **Ciências Humanas** obtém a sustentação do cuidar/assistir ao paciente/cliente/comunidade, por meio dos estudos de **Psicologia, Sociologia, Antropologia e Filosofia**. Nestes reside **a base científica das competências de caráter ético, sociocomunicativo e relacional** que deverão permear todo o trabalho do cuidar e ainda as relações em equipe. (2000, p.49, grifo meu)

A ideia de que as bases científicas para a compreensão do processo saúde-doença advêm das Ciências da Natureza pode ser problematizada, pois termina por estabelecer a dissociação do humano, o que coloca em xeque a integralidade do cuidado. Tal formulação tem sido denunciada pelos conhecimentos do campo da Saúde Coletiva, para reivindicar a reconexão entre o corpo e seus processos sociais, entre natureza, arte e sócios. Essa dissociação também serve à distinção entre “atenção” e “assistência”, quando propomos a integralidade do cuidado. Os indivíduos nessa condição passam a ser entendidos como um órgão sob cuidado. Ao existir uma noção de que os insumos de saúde são provenientes das Ciências da Natureza, reduz-se a integralidade do cuidado ao bem-estar físico padronizado biologicamente. Ocorre que o cuidado fica cindido em “técnicas e procedimentos”, de uma parte e “relação com o outro”, de outra parte, como “polaridades” e não “integralidades”.

Ao colocar a compreensão do processo saúde-doença sob as Ciências da Natureza (anatomia, fisiologia, histologia etc.) e o caráter ético, político e social do trabalho em saúde sob as Ciências Humanas (sociologia, psicologia, antropologia etc.), corremos o risco de, mais uma vez, incorreremos nas assertivas que priorizam determinadas noções de saúde em detrimento do seu conceito ampliado. Se as Ciências Humanas servem para inspirar um padrão de relações, enquanto as Ciências da Natureza explicam saúde e doença, estamos mais uma vez reduzindo a saúde ao “estado do corpo biológico”. Estaríamos retirando da explicação do processo saúde-doença e do sucesso ou fracasso terapêutico o conjunto de esferas que compõem o viver.

Outra questão que trago para a reflexão é a noção que temos de “científico”. Percebo que os conhecimentos que estão presentes no ensino profissional, quando aliados ao *status* de “natureza”, como o caso da anatomia e da fisiologia, adquirem uma correlação muito intensa com conhecimento inquestionável, como verdade absoluta, cuja contextualização é dispensada. Como discutido no capítulo anterior, para o trabalhador em saúde construir-se efetivamente competente para seu exercício profissional e ver-se autor em seu processo de trabalho, é condição necessária a problematização e a crítica quanto ao modelo de ciência e produção do conhecimento ofertado em sua formação.

Um efeito de verdade se faz presente, fornecendo um filtro do que “entra” e do que “não entra” no ensino, bastante limitado ao dogma do que é “ciência de verdade”. Quanto ao ensino de biologia, por exemplo, Santos (2004) enfatiza o papel constituinte da linguagem na produção daquilo que se entende por ciência e daquilo que se entende ser seu ensino. As narrativas utilizadas pelos cientistas partem de suas interpretações e leituras de suas realidades, que passam a ser entendidas como verdades do mundo. Isso quer dizer que há uma forte presença de uma ideia que cola à noção de ciência um privilégio de desvelamento da realidade do mundo. Muitas vezes a escola adota, de maneira irrestrita e acrítica, as especificidades ditadas por aqueles que estão fazendo ciência. Nesse sentido, argumenta o autor, “se investem de maior poder explicativo, para dizer como *deve* ser o ensino de ciências, precisamente, aquelas propostas que se fundamentam nas ciências de

origem, como a química, a física e a biologia, as ditas ciências duras” (SANTOS, p. 231).

Esta forma de legitimar o conhecimento que “entra” e o conhecimento que “não entra” tem poder de “verdade” fazendo com que exista uma cultura de transferência de conhecimentos “mais corretos”, dando, portanto, de forma acabada, os conceitos. Estabelece-se, com isso, o que é verdadeiro e o que é falso. É nessa perspectiva que, muitas vezes, o conhecimento popular, bem como os conhecimentos advindo das experiências de vida dos alunos e dos usuários, tornam-se, não apenas desvalorizados, mas ridicularizados. São tomados como questões que devem estar fora do rol de “conteúdos” a serem trabalhados.

É importante perceber que essa maneira de representar a ciência, como adverte Santos (2004), “impede-nos de construir outros caminhos explicativos para compor o mundo, bem como outros caminhos para que se possa entender/constituir o que *deve* ser tema de estudo na sala de aula e o que se *deve* entender como ciência” (p. 231).

No exemplo de como o conhecimento da anatomia e da fisiologia está presente no ensino profissional da enfermagem, não podemos deixar de considerar que esses conhecimentos são interessadas, produzem narrativas do que é natural, saudável, doentio, normal e patológico. A ciência, entendida como neutra e compromissada com a verdade, não sanciona seu questionamento, sua crítica. Tomo também como exemplo a desconsideração dos interesses que estão envolvidos nas pesquisas científicas, que baixam taxas normais de colesterol e que criam, de imediato, milhares de consumidores de remédios e de serviços de saúde. A própria construção de hábitos saudáveis e critérios de risco não podem deixar de ter uma crítica em sua elaboração em decorrência de inúmeros interesses atrelados ao mercado.

Para Latour (apud Santos, 2004), a ciência nada mais é do que a política por outros meios, devendo ser a mesma entendida como uma produção cultural entre outras. Entendê-la de tal forma significa, assim, questionar as relações de poder que a constituem e que lhe dão uma “consistência” natural, um “aspecto” de

verdade. Torna-se pertinente questionar o “tom” dos referenciais de conhecimento dados como inabaláveis e inquestionáveis e perceber de que forma isso está presente no ensino de enfermagem.

Também é importante lembrar que para que se efetive a proposta do documento construído como referência na construção curricular pelas instituições de ensino, é condição que assumam o desafio de, segundo os RCN, “(...) adotar medidas concretas no sentido de conquistar uma nova dimensão para o trabalho em Saúde, superando a ênfase exclusiva na assistência médico-hospitalar” (2000, p.13). Sendo assim, é preciso combater a distribuição proposta entre Ciências da Natureza e Ciências Humanas. Como bem lembram os RCN, o modelo de assistência à saúde adotado pelo país ainda é o médico-hegemônico, baseado numa organização hospitalocêntrica da assistência médica, na sofisticação tecnológica e no privilegiamento do saber clínico (2000). Para provocarmos abalos nesta hegemonia, torna-se necessário não corroborarmos com as noções da razão médica (racionalidade científica) como principal insumo a ser investido na profissão. Como discutimos no capítulo 1, sobre a Educação dos Profissionais de Saúde, é preciso que saibamos menos do que já está posto na Saúde (conhecimentos anátomo-fisiológicos) e que nos aventuremos no descobrimento de novas aprendizagens, mais humanas e mais artísticas, para efetivamente propormos ao ensino um compromisso com a integralidade do cuidado e com o conceito ampliado de saúde. Para tanto, a psicologia precisa apropriar-se desta proposta, ativando esta empreitada e qualificando esse ensino (o da saúde) e o seu ensino (o ensino da psicologia).

Os RCN propõem a **“integralidade como um princípio ou diretriz que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença mediante a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, visando à integralidade do ser humano”** (2000, p. 13). Acreditamos que essa nova cultura da saúde na educação profissional pode ser potencializada pelo ensino de psicologia, contribuindo para contornar as contradições desse documento e aquelas que ele autoriza em suas fragilidades e inconsistências.

Para compreender que “a integralidade do cuidado procura ver o

cliente/paciente como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral pela equipe de saúde na qual se insere o profissional de nível técnico” (RCN, 2000, p.14), é preciso que se potencialize a discussão sobre o trabalho em equipe, para além dos discursos sobre “**coleguismo, boa educação, homogeneidade, liderança e comando**”²⁴. Propostas essas postas no “cardápio” oferecido pelo ensino de psicologia, que problematizei ao narrar um pouco de minhas vivências como educadora, bem como elementos que aparecerão, a seguir, nas falas dos professores entrevistados.

O documento ainda diz que para:

atender às atuais exigências e preparar-se para o futuro, o trabalhador precisa ser capaz de identificar situações novas, de auto-organizar-se, de tomar decisões, de **interferir no processo de trabalho**, de **trabalhar em equipe** multiprofissional e, finalmente, de resolver problemas que mudam constantemente (2000, p.14, grifo meu).

Para tanto, o ensino de psicologia precisa apropriar-se de tais destinações, tornando-se dispositivo de problematização, comprometido com a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde, entendendo que as questões éticas que devem permear o trabalho humano em qualquer atividade adquirem uma conotação peculiar e toda especial quando voltadas ao fazer dos profissionais de Saúde (RCN, 2000). Será essa a possibilidade de produzir brechas nas “linhas duras” do ensino, potencializar a discussão da “ética do trabalho na saúde”, e questionar o tempo todo: para quê, para quem e de que forma, associando sempre a formação em saúde a um projeto politicopedagógico cuidador.

Conforme os RCN:

(...) é fundamental que os profissionais coloquem, prioritariamente, em suas ações, a ciência, a tecnologia e a ética a serviço da vida. A ética a serviço da vida diz respeito ao comprometimento com a vida humana em quaisquer condições, independentemente da fase do ciclo vital, do gênero a que pertença ou do posicionamento do cliente/paciente na pirâmide social (2000, p14).

²⁴ Temáticas ou conteúdos propostos ao ensino de psicologia no que tange à disciplina de “Relações Humanas e Ética Profissional” que leciono e que aparecem como temáticas abordadas pelos docentes entrevistados, o que será devidamente analisado no capítulo 5.

No entanto, o desafio da abordagem ou inserção curricular do tema da “**diversidade humana**” e dos direitos humanos acaba não adquirindo relevância nas propostas de organização do ensino da psicologia, pois o texto marcará, como veremos, lugares bem definidos aos sujeitos. Como exemplo disto, tomo o lugar das mulheres que ficam circunscritas à maternidade, e dos adolescentes que aparecem representados como indivíduos propensos a “comportamentos de risco”, questões estas que não foram problematizadas ou referidas como questão pelos docentes de psicologia entrevistados.

3.2. Perfil de egresso proposto e articulação com a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde

Como **perfil de egresso**, os RCN apontam que os alunos precisam ser capazes de, entre outras coisas:

- 1) Articular as suas atividades profissionais com as ações dos demais agentes da equipe, assim como os conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter multiprofissional da prática;
- 2) Deter uma melhor qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de relações interpessoais, pois o que se observa atualmente é que a postura ética, os valores e princípios, que pertencem ao domínio das atitudes dos profissionais, não acompanharam a evolução científico-tecnológica (2000, p. 14).

Quanto aos currículos dos cursos técnicos para a área de saúde, faz-se indispensável, segundo os RCN, dentre outras coisas, que:

- 1) Possibilitem a formação de profissionais que compreendam o seu processo de trabalho específico e também o processo global de trabalho em Saúde, e que tenham autonomia e iniciativa, mas, ao mesmo tempo, saibam trabalhar em equipe;
- 2) Tornem presentes durante todo o desenvolvimento dos cursos as questões relativas à ética, ao exercício profissional, à cidadania, ao meio ambiente e à visão holística de saúde”;
- 3) Favoreçam a interdisciplinaridade e o contato precoce do aluno com a prática profissional, rompendo com a dicotomia teoria/prática (2000, p.18).

Alguns comentários fazem-se pertinentes. O primeiro é relativo à noção de equipe, pois os RCN dialogam com a concepção de grupo de duas formas. Uma delas é a compreensão do processo de trabalho na saúde com sua especificidade grupal, ou seja, o trabalho na saúde não se faz possível sem uma equipe. Outra é a equipe como fusão de saberes e disciplinas. O saber trabalhar em equipe na prática do ensino e do trabalho tem aparecido *grudado* à lógica da submissão, da boa convivência e da cordialidade, vinculado às características entendidas como de ordem pessoal, desvinculadas do contexto de produção do trabalho na saúde. Isto significa que a noção de equipe para o nível médio é a da obediência à hierarquia, fazendo-se necessário que saibam ocupar seus lugares inferiores na hierarquia da velha e conhecida divisão técnica e social do trabalho.

A segunda orientação relaciona ética, cidadania e visão holística de saúde ao exercício profissional na saúde. A cidadania no trabalho exige uma reflexão sobre os sistemas produtivos, as relações capital-trabalho, a análise econômica da sociedade, o complexo produtivo da saúde e a política e saúde, entre outros determinantes do mundo do trabalho.

A indicação da **interdisciplinaridade** e da necessidade de ruptura com a dicotomia teoria/prática pode ser entendida como estratégia importante para garantirmos a integralidade do cuidado, uma vez que a interdisciplinaridade garantiria a mesclagem não apenas do conhecimento (Ciências Humanas e Ciências Naturais), como também a compreensão da necessidade de o sujeito ser acolhido em suas múltiplas singularidades, não por um somatório de profissionais, mas por profissionais que sejam capazes de perceber e dar passagem às múltiplas demandas de saúde do usuário. Emergiria o conceito ampliado de saúde.

Por outro lado, como nos apontam Meyer e Kruse (2003), a **interdisciplinaridade** é vista como a solução para muitos males, ainda que não configure uma proposta nova no âmbito da formação profissional em saúde e em enfermagem. O fato é que a interdisciplinaridade não tem conseguido trazer novidades significativas no ensino. As autoras dizem que o movimento pela interdisciplinaridade propõe uma integração entre os diferentes campos do conhecimento, sendo possível, a partir de novos arranjos curriculares e diferentes

maneiras de se trabalhar os conteúdos disciplinares, alcançar uma unidade do saber. Desta maneira, a fusão disciplinar faria com que desaparecesse a própria disciplinaridade.

A questão aconselhada de rompimento com a dicotomia teoria/prática pode nos indicar que há necessidade de olharmos para o mercado de trabalho, bem como para o processo de trabalho posto, para compreendê-lo e colocar o aluno como ator desta realidade, não mero expectador. Os RCN apontam que a Educação Profissional de Técnicos de Nível Médio para a Área de Saúde requer uma revisão de paradigmas e pressupostos dessa área profissional, no sentido de atender às demandas geradas hoje pelo mercado.

Para tanto, os RCN sugerem às Escolas de Educação Profissional alguns questionamentos:

Quem é o técnico de nível médio na área de saúde? Que tipo de profissional pretendemos formar? O que o mercado espera desse profissional? Quais as expectativas profissionais dos alunos de cursos técnicos da área de saúde? Qual o papel desse profissional na sociedade? (2000, p.15).

Tais perguntas, elencadas pelos RCN, serviram-me como um guia na investigação que travei a respeito do docente psicólogo inserido na Educação Profissional do Técnico em Enfermagem. Lancei essas perguntas (anexo 2) aos docentes de psicologia para verificar quais conhecimentos eles entendiam ser importantes para garantir ao aluno uma aproximação com o perfil projetado do egresso. A pertinência de problematizar o ensino de psicologia diz respeito também ao que os RCN apontam, utilizando pesquisas realizadas com as escolas e empresas do setor. Essas pesquisas demonstram insatisfação com a educação profissional do pessoal de nível médio da área da saúde, pois proliferam-se cursos de má qualidade, com infraestrutura deficiente, currículos fracos e com ênfase em um **fazer fragmentado e dicotomizado**, com um **corpo docente muitas vezes sem experiência e sem reflexão**. Não podemos esquecer que a falta de crítica do docente quanto a sua atuação profissional no campo da assistência à saúde, desdobra-se no seu fazer do ensino.

Meu percurso como mestranda em educação teve sempre relação com a proposta de tornar minha prática comprometida com as demandas postas pela sociedade, não pretendendo “engrossar” ainda mais essas insatisfações citadas. Ao contrário, pretendi pensar os compromissos da psicologia com a potencialização da integralidade do cuidado, pensando como o espaço formativo (graduação e licenciatura) destes professores tem produzido impactos para alcançarmos este papel éticopolítico, para que corresponda ao compromisso público de formar *trabalhadores*, não apenas profissionais ou diplomados.

Os RCN trazem o dado de que 65% da força de trabalho em saúde é constituída por trabalhadores em enfermagem, que desenvolvem ações em todas as funções da saúde, ficando claramente definida a importância da enfermagem no panorama geral da assistência à saúde, o que faz o estudo sobre o ensino para o Técnico em Enfermagem ganhar elevada legitimidade e pertinência. Torna-se necessário investirmos, como apontam os RCN, numa “educação profissional que contemple as dimensões política, social e produtiva do trabalho humano, aliando formação humanística, essencial e indiscutível, com a formação tecnológica de ótima qualidade” (2000, p. 17).

Ao apresentar o cenário da enfermagem, com suas tendências e desafios, os RCN dizem que **o processo de trabalho na subárea da enfermagem está centrado nas ações do cuidar. Um cuidar fundamentado no saber, no fazer e no sentir, voltado ao atendimento das necessidades de saúde do paciente/cliente/comunidade nas diferentes fases do ciclo vital e comprometido com a proteção e promoção da vida.** Tal entendimento corrobora a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde.

No entanto, a atividade de enfermagem ainda é, conforme os RCN, preponderantemente realizada no espaço hospitalar, público ou privado, sob a determinação do modelo médico-assistencial hegemônico do país, existindo uma situação contraditória. De um lado, uma parcela de profissionais contribuindo para a manutenção das atuais estruturas, cooperando, algumas vezes acriticamente, com o modelo vigente e com os programas verticais; e de outro, a parcela que vem conquistando espaços de poder na gestão do Sistema, fomentando um amplo

processo nacional de discussão/reflexão/produção de conhecimentos.

É preciso viabilizar o cuidado de enfermagem como um direito de cidadania fundamentado no “encontro” com as pessoas sob atenção. **“A integralidade da assistência, a negação do modelo hospitalocêntrico e biologicista como reparadora ou condutora ao consumo da saúde, leva a mais promissora das perspectivas: o cuidar como ação terapêutica da enfermagem”** (2000, p.48).

Tais perspectivas poderão transformar-se em realidade desde que, como adverte os RCN, haja:

(...) revisão dos programas de formação dos diferentes profissionais que atuam nessa subárea, com a redução das dicotomias teoria/prática, saber/fazer, administrar/cuidar, intelectual/manual e a apropriação de competências que permitam o estabelecimento do novo paradigma assistencial da enfermagem (2000, p. 49).

3.3. Acerca das funções do técnico em enfermagem apontadas nos Referenciais Curriculares Nacionais: um olhar

Como lembram Meyer e Kruse (2003), discussões que envolvem a implementação de mudanças curriculares, usualmente, concentram-se na busca de respostas que delimitem, com uma certa segurança, o que deve ser transmitido e como deve ser essa transmissão. No entanto, com esse procedimento, podemos permanecer sempre muito próximos daquilo que já está instaurado e naturalizado e tendemos a reproduzir, em grande medida, as mesmas verdades e as mesmas situações. Propus-me um exercício: das respostas às perguntas, das certezas às dúvidas, das prescrições às problematizações. Desejei interrogar *o que pode* o ensino de psicologia no ensino técnico em enfermagem, com o intuito de levantar possibilidades que buscassem garantir a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde.

Como já realatei, os RCN propõem que a área da saúde ocupe-se da produção de **cuidados integrais** por meio de ações de: **apoio ao diagnóstico; educação para a saúde; proteção e prevenção; recuperação e reabilitação e**

gestão em saúde. Tais ações são desempenhadas por profissionais das diferentes subáreas, entre as quais se situa a da enfermagem, que possui especificidades relativas ao cuidado (sistematização da assistência).

A proposta foi olhar para essas “funções” e visualizar seus sentidos e significados a partir do filtro possível “demanda ao ensino de psicologia”. Para tanto, “pincei” alguns elementos presentes nas Competências, Habilidade e Bases Tecnológicas que poderiam ser endereçadas ao ensino de psicologia. Não realizei uma listagem completa, mas escolhi algumas para sinalizar possibilidades existentes na garantia de um cuidado integral, bem como as contradições existentes dentro desta proposta.

Vamos a elas, então:

Função 1 - Apoio ao diagnóstico: inclui as “ações e procedimentos que auxiliam no estabelecimento do diagnóstico do cliente/paciente, na identificação de causas de agravos à saúde em ambientes coletivos e na definição das necessidades de saúde de determinado indivíduo ou grupo populacional”. Possui como subfunção (que é a especificidade do exercício profissional da enfermagem) a preparação e acompanhamento de exames diagnósticos, “compreende as atividades executadas antes, durante e após exames com fins de diagnóstico”. Como exemplo de **competência** encontramos: “selecionar materiais e equipamentos necessários ao exame clínico geral e especializado, assim como verificar o seu funcionamento; identificar e caracterizar as medidas antropométricas e sinais vitais e reconhecer a importância das mesmas na avaliação da saúde do cliente/paciente; definir as características das técnicas de enfermagem relacionadas à higiene, ao conforto e à segurança do cliente/paciente e de coleta de material para exame”. Como exemplo de **habilidades**: “informar, orientar, encaminhar, preparar, apoiar e posicionar o cliente/paciente antes e durante o exame a ser realizado; executar técnicas de mensuração antropométrica (peso, altura) e verificar sinais vitais; encaminhar o cliente/paciente no retorno ao local de espera, ou leito, apoiando-o quando necessário; operar equipamentos e manusear materiais necessários ao exame; registrar e anotar ocorrências e os cuidados prestados, de acordo com as exigências e normas; acondicionar, identificar corretamente o material coletado encaminhando-

o ao laboratório de destino; posicionar o cliente/paciente de acordo com o exame a que irá se submeter”.

É importante notar que, mesmo sendo uma **função bastante instrumental**, repleta de procedimentos bem definidos, há uma possibilidade de transversalizá-los pelo eixo da integralidade do cuidado. Quando a enfermagem precisa garantir “conforto e segurança”, é possível significar essa prática pela via da escuta do sujeito e por tecnologia leve (relacional) como garantia da integralidade do cuidado. Além de “operar equipamentos”, o trabalhador “encaminha” o paciente e o “posiciona”, podendo utilizar isso como imagem de o usuário ser posicionado como sujeito de demandas, direitos, histórias e necessidades.

Função 2 – Educação para a Saúde: reúne as ações que “visam à manutenção da saúde da população sadia, por meio de ações educativas empreendidas entre cliente/comunidade objetivando a adoção de práticas de vida saudável e estimulando o autocuidado”. A subfunção **Educação para o Autocuidado** é compreendida como “a necessidade de mudança do paradigma curativo para o paradigma preventivo na assistência em saúde”, justificando a **ênfase nas ações de promoção e proteção da saúde e prevenção das doenças**, no fazer dos profissionais da área. A educação para a autogestão nas questões relativas à manutenção da saúde é alternativa viável e imprescindível para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Nesse sentido, as atividades que compõem a subfunção de **Educação para o Autocuidado** “visam, por meio de informações simples e orientações claras sobre princípios básicos de saúde, melhorar as condições de autocuidado do cliente/paciente”.

Cito o RCN (2000, p.24):

(...) os profissionais de nível médio em saúde deverão assumir seu papel como agentes de saúde, independentemente de sua habilitação. A Educação para o Autocuidado em saúde concretiza esta função. Propõe-se que a formação desses profissionais habilite-os a orientar e informar o cliente e comunidade sobre hábitos, atitudes e medidas geradoras de melhores condições de vida e saúde. A saúde como direito social inalienável poderá tornar-se acessível a uma parcela da população, hoje excluída desse direito, por meio da ação dos técnicos que, dentro de sua área de atuação, levem orientações gerais em saúde a seus clientes).

Percebe-se, nesta “função”, um forte componente moral, uma vez que se

coloca como “educação para a saúde” uma perspectiva guardiã de hábitos saudáveis. Um exemplo de competência parece-me bastante elucidativo: “identificar e avaliar os riscos que o tabagismo (...) representa para a saúde”. A educação para a saúde, como lembra Meyer (2000), tem estado representada por uma concepção de ensinar que se reduz a uma prática na qual um técnico, detentor do conhecimento e da verdade, instrui pessoas, que supostamente nada sabem, a desenvolverem hábitos, comportamentos e estilos de vida saudáveis. Saúde é sinônimo de limpeza, e sujeira, de doença. Ensinar para a saúde configura-se como uma relação vertical e linear de transmissão de informações, de moralização e disciplinarização, ou ainda, de medicalização dos problemas sociais, individualizando responsabilidades.

Meyer et al. (2006) discutem o tom prescritivo sobre a forma do sujeito “levar a vida”, quando se trata da educação para a saúde. Os autores pontuam que, apesar de todas as críticas já produzidas sobre esse modo de fazer, ainda não estamos diante de algo que efetivamente perturbe ou desacomode o que se tem dito e feito em termos de educação em saúde, no Brasil. Os projetos educativos em saúde seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva da transmissão de conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina” para uma população leiga, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que, para aprender o que nós sabemos, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida.

O respeito à autonomia e ao modo de levar a vida do outro é deixado de lado, e reforça-se uma história que aponta que:

(...) as práticas sanitárias que ganharam hegemonia ao longo do século XX fundaram-se na afirmação da objetividade, da neutralidade e da universalidade do saber científico e nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, pressupostos que sustentam a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos os indivíduos, independentemente de sua inserção sócio-histórica e cultural (MEYER, et al., 2006, p.1337).

Por esse caminho, foi incorporada à nossa cultura sanitária a suposição de comportamentos *não educados* por esses padrões. Seriam comportamentos

insuficientes, insalubres e inadequados (tanto do ponto de vista técnico-sanitário quanto moral), constituindo o que vem sendo nomeado, contemporaneamente, como **comportamento de risco**.

O risco em saúde é representado como uma situação de dano potencial, associado principalmente a fatores individuais. Nesse sentido, correr risco apresenta um caráter desafiador de identidades desviantes, entendendo-se que o risco estaria na ignorância, fraqueza, falta de interesse no **cuidado de si**. O cuidado de si surge como um imperativo numa sociedade em que se atribui um alto valor à autonomia individual e à competência para o **autogoverno**. Encontramos um paradoxo. Ao mesmo tempo em que cunhou-se um conceito de saúde ampliado, no qual as dimensões sociais e políticas estão presentes, retoma-se à individualidade para amparar o conceito de risco.

Como advertem Meyer et al. (2006):

(...) a educação em saúde, como parte de um processo de educação mais ampla, passa a ser entendida tanto como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionadas aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/doença quanto uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (p. 1338).

No entanto, é preciso reconhecer que, como sublinha Teixeira (2005, p. 323) “ensinar não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”. Também vemos presentes nos RCN possibilidades de fazer resistência à educação em saúde de “tom moral”. Encontramos sugestões de **competências** como: “correlacionar a importância política, social e psicológica, com a vida e a saúde do homem/sociedade” ou “identificar as organizações sociais existentes na comunidade, a fim de divulgá-las aos clientes”. Como exemplos de **habilidades**, temos: “utilizar técnicas de comunicação interpessoal nas ações de orientação do cliente/paciente/ comunidade com vistas à promoção da saúde”, e como **bases tecnológicas**: “saúde e cidadania”, “relações humanas na vida e no trabalho”.

Tais questões fomentam a discussão do conceito de saúde ampliado, a constituição de linhas de cuidado que visam fortalecer a relação do usuário com sua comunidade e, por fim, traz como possibilidade a discussão das relações presentes

no processo de trabalho como ferramentas que possibilitam a integralidade do cuidado. Como na função anterior, destaca-se um desafio ao docente de psicologia, que, encontrando-se mais distante do componente biológico do cuidado, pode (ou poderia) promover uma aproximação com os componentes do conceito ampliado de saúde e da integralidade do cuidado. O que traremos posteriormente é verificar se este está formado, como docente, para isso e se tem trazido estes elementos fundamentais em sua prática.

Função 3 - Proteção e Prevenção: caracteriza-se como o “conjunto de ações que objetivam proteger e preservar a saúde, prevenir moléstias e eliminar ou minimizar riscos ao cliente/paciente/comunidade”. Possui como **subfunção a promoção da biossegurança nas ações de enfermagem** que são as “atividades relativas ao tratamento dado aos indivíduos, ao meio ambiente, aos materiais e equipamentos e ao uso de técnicas específicas com o objetivo de prevenir e controlar infecções. Os tratamentos dados aos materiais incluem os métodos de descontaminação, limpeza, preparo, desinfecção e esterilização; e são realizados no domicílio, em qualquer unidade de saúde e especificamente nos centros de material e esterilização. Também possui a **subfunção Assistência em Saúde Coletiva**, que trata da “atenção de enfermagem prestada ao indivíduo nas diferentes faixas etárias, famílias, grupos e comunidade, relacionados a: educação para saúde sobre medidas de proteção à saúde; prevenção de doenças prevalentes; endemias; epidemias; doenças preveníveis por imunizações; riscos e agravos à saúde; atendimento às necessidades básicas do indivíduo; efeito de medicamentos; de vacinas; de imunobiológicos; cuidados com administração, manuseio, conservação e controle destes; identificação precoce de sinais e sintomas de desequilíbrio orgânico, emocional e social e causas de riscos e agravos à saúde; registro de fatores detectados que provocam desequilíbrio da saúde individual e coletiva, com vistas a traçar o perfil epidemiológico da comunidade e interagir com a mesma em busca de soluções em nível local, regional e/ou central, para obter êxito nas condutas em defesa da saúde e melhoria da qualidade de vida”.

Percebemos a existência de um processo extremamente organizado no interior da racionalidade científica, com centralidade nos conhecimentos biomédicos.

Aparece a medicação como componente para o ensino/aprendizagem, mas evidencia-se a Saúde Coletiva. Retorna a educação para a saúde, agora como componente da assistência. Mereceria reflexão na formação o que seriam as necessidades básicas dos indivíduos²⁵ e que concepção de saúde emerge ao se apontar sintomas de desequilíbrio orgânico, emocional e social.

Uma **competência** apontada é “conhecer as técnicas de mobilização de **grupos**”, o que remete a um perfil de egresso que tenha a competência de “registrar fatores detectados que provocam desequilíbrio da saúde individual e coletiva, com vistas a traçar o perfil epidemiológico da comunidade e interagir com a mesma em busca de soluções em nível local, regional e/ou central, para obter êxito nas condutas em defesa da saúde e melhoria da qualidade de vida”.

Surge, assim, a **dimensão grupal**. A “competição” entre uma dimensão individual e uma dimensão grupal como estratégia de garantir a construção dos projetos terapêuticos que levem em consideração a autonomia do sujeito na produção da saúde e seus percursos utilizados na busca de promover sua saúde, deixam pistas à colaboração da Psicologia no conceito ampliado de saúde e integralidade do cuidado.

A **habilidade** apresentada nesta subfunção de “**integrar as equipes** multidisciplinares nas ações para a saúde de grupos, famílias e comunidade (...)” aparece tanto na composição de equipe quanto na relação com a comunidade. Nas **Bases Tecnológicas** desta subfunção chama a atenção o fato de incluir “**Psicologia e Sociologia Aplicada**”, assim como “**Técnicas de Comunicação Interpessoal**”. Conhecimentos “aplicados” remetem-me a uma utilização instrumental do saber, ou seja, à tecnificação do que poderia ser tomado como tecnologia leve, relacional, não prescritiva e inventiva por se tratar da dimensão do trabalho vivo em ato, que se dá e se constrói no encontro com o outro. A potência do ensino de psicologia na formação perde sua fertilidade ao tornar-se “aplicada”.

Função 4 – Recuperação/Reabilitação: considera as “ações que têm o objetivo de recuperar a saúde ou reabilitar as funções afetadas em consequência de agravos e

²⁵ As necessidades básicas aparecem em quase todas as subfunções propostas.

doenças, visando à recuperação física e ao reajustamento social com vistas à melhoria da qualidade de vida do cliente/paciente”. Possui a **Subfunção Assistência a clientes/pacientes em tratamento clínico, onde a** “atenção de enfermagem às necessidades básicas do cliente/paciente nas diferentes faixas etárias, em especial adultos e idosos, com afecções agudas ou crônicas em tratamento clínico”, visam a “efetivar o tratamento, evitar complicações, manter ao máximo a capacidade funcional e a adaptação às limitações conseqüentes da doença, além de promover o autocuidado”.

Reajustamento social e manutenção da capacidade funcional, bem como a garantia de elevados padrões de inserção social parecem-me reminiscências do caráter utilitário da saúde como manutenção de um corpo apto a produzir e garantir sua força de trabalho, em sua capacidade funcional. Novamente, surgem a ênfase nas “necessidades básicas” e a orientação para o autocuidado. Nas **competências** sugeridas, encontramos, dentre outras: “identificar sinais e sintomas que indiquem distúrbios clínicos e psicológicos (...)”; “conhecer as características gerais do ser humano sadio, tendo como referência a visão holística” e “identificar o processo de envelhecimento nos seus aspectos fisiológicos, psicológico, sociais e patológicos”.

Em **habilidades**, surgem “estabelecer comunicação eficiente (...)”, “ensinar ao cliente/paciente técnicas que promovam o autocuidado”. Na **base tecnológica**, inclui-se o referencial de **grupo como apoio**: “grupos de apoio a pacientes portadores de seqüelas de doenças deformantes”, “psicologia e sociologia aplicadas”. Assim, a comunicação, o autocuidado, visão holística, grupo, são temas significativos que merecem crítica e formulação da psicologia para percebermos se estes apontam para a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde ou se foram tomados como “instrumentos aplicados”. Saberes instrumentais da psicologia estão presentes em todas as ciências da saúde, mas é importante perceber se o professor de psicologia já se fez esta pergunta. Caber-lhe-á interrogar-se se irá reforçar esta proposta ou se irá problematizar essa expectativa. O grupo emerge numa nova proposta, qual seja, como elemento terapêutico, não mais como equipe e mobilização social, mas como possibilidade de oferta de atenção à saúde. O grupo será tomado como recurso técnico ou como dispositivo às

subjetivações? O professor de psicologia não poderia se furtar deste debate. Veremos, mais adiante, como isso se efetiva.

A subfunção Assistência a clientes/pacientes em tratamento cirúrgicos “é a atenção de enfermagem às necessidades básicas dos clientes/pacientes nas diferentes faixas etárias em tratamento cirúrgico, nos períodos pré, trans e pós-operatório”. Compreende a “aplicação de princípios científicos e execução de procedimentos que minimizem os riscos cirúrgicos; incentivo ao autocuidado; promoção de apoio e segurança e reabilitação, com vistas à rápida reintegração sociofamiliar. As ações de enfermagem poderão ser realizadas no domicílio, nos serviços de saúde e, especialmente, nas unidades de referência”.

Estão presentes as necessidades básicas, os “princípios científicos” centrado nos procedimentos. No entanto, existe a perspectiva do apoio e segurança e da inserção familiar, o que “suaviza” o tom mais duro da perspectiva biomédica quando se trata dos “cuidados invasivos” (área cirúrgica). A psicologia é demandada, mas não registra acúmulo ou trânsito com suficiente autoridade para a colaboração no ensino, o que levanta, ao docente de psicologia, desafios de pesquisa e estudo identificados com o fazer da docência.

A subfunção Assistência em Saúde Mental está presente nesta função, tendo como referência “a atenção de enfermagem relacionada às necessidades básicas do cliente/paciente, visando à promoção/manutenção e à recuperação de sua integridade mental, emocional e o equilíbrio na relação com o meio em que vive”. Esta atenção relaciona-se ao “conhecimento dos sinais e sintomas dos quadros agudos e crônicos dos **transtornos mentais**; estabelecimento de comunicação adequada com os portadores de transtornos mentais e usuários de diferentes drogas; **identificação das alternativas de tratamento**; interpretação e aplicação das normas do exercício profissional de enfermagem relativas à saúde mental e psiquiátrica; registro de ocorrências, observações, procedimentos e cuidados realizados; interação com os familiares do cliente/paciente e com os profissionais da equipe de saúde e de enfermagem em defesa dos princípios da assistência à saúde mental. As ações são desenvolvidas no domicílio, em serviços de saúde e especialmente nas unidades de referência”.

Merece atenção a proposta de promoção/manutenção e recuperação da integridade mental, ancorada em uma ideia de equilíbrio do sujeito ao meio onde vive. Promover integridade mental seria uma concepção de saúde atrelada à noção de equilíbrio, de homeostase, como se tal “estado de equilíbrio” indicasse saúde. Eis um campo fértil de discussão, verificar quais lógicas estão postas na atenção à saúde mental pelo técnico em enfermagem, bem como quais propostas o ensino de psicologia tem construído com esse trabalhador, na tentativa de ultrapassar a função “registrar ocorrências”, tal como colocada a este trabalhador. Ultrapassar uma perspectiva de controle, de viés policialesco requer uma revisão da concepção de saúde e de doença mental, assim como das referências de tratamento em saúde mental, que compõem o ensino de psicologia. No capítulo 5 desta dissertação, o professor de psicologia irá narrar sua vivência no ensino na área de saúde mental e veremos quais atravessamentos estarão presentes.

Nas **habilidades** sugeridas, consta: “realizar atividades de terapia ocupacional com os clientes/pacientes”, o que de alguma forma rompe com a lógica dos procedimentos biomédicos, introduzindo-se outra “ordem do discurso”. O trabalhador aparece como protagonista de atos terapêuticos na saúde. Fala-se em Saúde Mental e Psiquiátrica, o que não afasta a medicalização do sofrimento mental quando cabe ao técnico “administrar medicamentos pelas diversas vias”. É a assistência fortalecendo o imaginário da doença mental na perspectiva da exclusão, contenção e silenciamento. A relevância desse debate está na prioridade assumida pela psicologia brasileira de lutar pela atenção integral em saúde mental, reformulando a psiquiatria na direção da atenção e reabilitação social.

Como exemplo das **bases tecnológicas**, aponto “conhecimento de psicologia, psicopatologia do desenvolvimento, técnicas de contenção, noções de psicofarmacologia e noções de psicologia comportamental”. Assim, **a psicologia é nomeada, emergindo na referência à psicopatologia, à intervenção comportamental e às condutas biológicas**. Todas atravessadas por lógicas normativas, prescritivas e adaptativas.

A subfunção Assistência a clientes/pacientes em situações de urgência e emergência “é a atenção de enfermagem a indivíduos nas diferentes

faixas etárias, vítimas de acidentes e agravos à saúde e que necessitam cuidados em caráter de urgência e emergência”. Esses cuidados visam a eliminar ou minimizar os riscos de vida, evitar complicações, corrigir com a máxima urgência as causas e os efeitos dos agravos existentes. Como **habilidades**, exemplifico: “estabelecer **comunicação eficiente** com o cliente/paciente, seus familiares e responsáveis, assim como com a **equipe** de trabalho para uma maior efetividade da assistência”, e como exemplo de **base tecnológica**, “relações humanas no trabalho”.

Na área de urgências, o componente biomédico é predominante e reinstitui a *racionalidade médica hegemônica*, assim como a *racionalidade hegemônica de enfermagem*, isto é, objetividade, precisão, rapidez nos procedimentos e acatar ordens. A relação que possibilita apropriação pela feita das práticas de cuidado requer inscrever, permanentemente, o componente pontual da atenção na integralidade do sistema cuidador. O desenvolvimento da autonomia não se faz por submissão e o investimento no desenvolvimento psicossocial do trabalhador é crucial.

A subfunção Assistência à criança, ao adolescente e à mulher refere-se à atenção de enfermagem que tem como enfoque especial a criança sadia e a criança portadora de patologias, “monitorando o seu crescimento e desenvolvimento nos períodos perinatal, lactância, infantil, pré-escolar, escolar, pré-adolescência e adolescência; a promoção da saúde do jovem/adolescente, a prevenção/intervenção em **comportamento de risco** associados à violência, drogas, álcool, acidentes, suicídios, exploração sexual e comercial, delinquência, comportamento sexual de risco, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e aborto; a saúde da mulher, abrangendo aspectos ginecológicos, de reprodução (obstétricos), de planejamento familiar, de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama e de climatério. Esses cuidados são prestados no domicílio, nos serviços de saúde, na escola e no ambiente de trabalho.

O lugar que a adolescência ocupa é aquele que requer vigilância e controle, o que fica evidenciado pelo “comportamento de risco”. O campo do exercício da sexualidade entra neste rol, sendo a gravidez na adolescência algo a

ser prevenido. Seria fundamental que o ensino de psicologia discutisse de que forma a gravidez tornou-se questão para a saúde, assim como, o porquê da mulher ficar restrita a dimensão da maternidade nestas perspectivas de cuidado. A saúde da mulher remete-se a uma biologização e redução dos significados da feminilidade. É importante destacar o quanto a produção de discursos e práticas a eles articulados, colocam a maternidade como uma essência inscrita na natureza feminina, destino (e o dever) primordial da mulher. Conforme Meyer (2000b) torna-se fundamental discutirmos a produção de representações e identidades de mulher, de criança e de adolescente, pois as práticas de significação lingüística e cultural e os sistemas simbólicos por meio dos quais são apresentados os adolescentes, as crianças e as mulheres são construídas socialmente e definem como devem ser interpretados pelos serviços de saúde, atendidos em projetos terapêuticos e protegidos em ações de promoção de saúde.

Como exemplos das **competências**, destaco: conhecer os aspectos biopsicossociais da saúde da mulher, da criança e do adolescente, conhecer as características do adolescente e jovem sadio, identificar sinais e sintomas de comportamento de risco e identificar sinais e sintomas que identifiquem alterações fisiológicas, psicológicas e patológicas da criança e do pré-adolescente. Como **habilidades** estão indicadas, dentre outras: realizar atendimento à mulher no planejamento familiar e no ciclo grávido-puerperal, utilizar técnicas de mobilização de grupos, estabelecer comunicação eficiente com os clientes/pacientes, seus familiares e responsáveis e a equipe de trabalho e realizar ações que promovem o bem-estar e melhorem a qualidade de vida da mulher, da criança e do adolescente. Como **bases tecnológicas**: planejamento familiar; grupos de apoio à mulher e à gestante; reprodução humana; crescimento e desenvolvimento do adolescente normal; noções básicas de psicologia e comunicação interpessoal e técnicas de mobilização e de trabalho com grupo.

Existe uma demanda explícita pelos conhecimentos psicológicos. Precisamos convocar usos da psicologia que rompam com a perspectiva de regulação de condutas, ao apontar a normalidade, produzindo enquadramentos, o que fica convocado nas expressões “normal”, “bem estar” ou “qualidade de vida”. A

mulher pode permanecer *grudada* ao seu papel procriador e responsável pela família. Reprodução humana não parece abarcar direitos reprodutivos. O homem desaparece da lógica familiar. Quando se remete ao grupo (mobilização e apoio), podem fazer-se presentes as perspectiva da conscientização, do ensinar e do adestrar. Psicologia e enfermagem, nesta seara, têm sido fortes aliadas de imposição de mundo, de papel social e de ajustamento biopolítico.

A última subfunção da **recuperação/reabilitação** é a **Assistência a pacientes em estado grave**, que está definida como “a atenção às necessidades básicas de pacientes em qualquer faixa etária, que estejam em estado grave ou agonizante. Os cuidados são prestados nas unidades de internação e especialmente em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), unidades coronarianas, de diálise, de queimados e outras, visando ao conforto físico, mental e espiritual; eliminar ou minimizar riscos e agravos; promover recuperação isenta de seqüelas; orientar e apoiar familiares durante a internação e no preparo para a alta”.

Como exemplo de **competência**, saliento as de “conhecer os princípios de bioética e prestar cuidados de enfermagem que atendam às necessidades de higiene, conforto, segurança, alimentação, hidratação e eliminações do paciente; realizar posicionamento correto, mudanças de decúbito e proteção dos membros e tronco; estabelecer comunicação eficiente com o cliente/paciente, seus familiares e com a equipe de trabalho”.

Como **bases tecnológicas**, temos as “técnicas de enfermagem em **higiene, conforto, segurança**, alimentação, hidratação e eliminações de paciente” e as “**noções de psicologia e metodologia de comunicação interpessoal**”. Devem surgir na formação não noções quiasquer de psicologia, mas aquelas que levem em consideração a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde para poder fazer presentes na atenção de enfermagem as perspectivas de conforto, orientação e apoio de pessoas com histórias de vida, memórias corporais, marcas culturais, experimentações singulares da linguagem. Mesmo estando presentes nos estados graves, a função instrumental, técnica e de procedimentos a serem feitos, um *sujeito que sente* não desaparece da cena. O componente da integralidade do cuidado permite-nos ressignificar a noção de conforto, atrelando a ele a

possibilidade da escuta e de acolhimento das múltiplas e singulares necessidades de saúde, tais como ser reconhecido, ocupar um lugar na relação com o outro que não o de submissão, e não sucumbir sua existência a um corpo biologizado e a ser objeto de intervenção. Essas são tarefas da “teoria do cuidado na enfermagem” em que a psicologia, referida claramente, ainda oferta pouco diálogo.

Função 5 - Gestão em Saúde: está voltada para: “a eficiência e eficácia dos diversos processos de trabalho, à garantia da qualidade do serviço prestado e à viabilidade de negócio como empreendimento econômico”, reunido “atividades que objetivam situar o futuro profissional no contexto da área e a desenvolver um olhar crítico da realidade da saúde no país, por meio do **conhecimento e da análise do modelo assistencial** e do sistema de saúde vigente, das formas de organização do trabalho em saúde, das questões éticas e legais que permeiam os diversos processos de trabalho na área e das relações intra e entre equipes”. Estão incluídas “as competências de gestão, inerentes a qualquer processo produtivo” (“não podem ser excluídas do processo de trabalho em saúde”), “uma vez que qualquer trabalhador de saúde deverá ser capaz de gerir o seu próprio processo de trabalho” e, ainda, porque, “além disso, alguns processos de trabalho exigem que seus profissionais desenvolvam competências específicas de gestão, com vistas à administração do próprio negócio.

Possui a **subfunção Organização do processo de trabalho em enfermagem**, que visa a **discutir a dinâmica do processo de trabalho** na atenção de enfermagem individual, coletiva e na pesquisa, com a perspectiva de formar uma postura pessoal e profissional coerente com a cidadania. Como exemplo de **competência** aparece: “conhecer a história da enfermagem”, “identificar os direitos e os deveres inerentes à ação dos profissionais de enfermagem”. Como bases tecnológicas: “noções de bioética: conduta humana, valores, significados, situações e dilemas éticos”; “código de ética profissional”; “processo de trabalho em enfermagem: divisão técnica do trabalho, planejamento e organização da assistência (planos de cuidados)”; “parâmetros para a avaliação da qualidade de assistência de enfermagem: grau de satisfação do cliente/paciente, baixo índice de infecção nas Unidades de Enfermagem etc.” e “identificar os membros da equipe de enfermagem

e suas respectivas funções”.

Como **habilidade**, temos, dentre outras: “executar os cuidados de enfermagem **observando os princípios científicos**”. Esta função é de fundamental importância, pois, se efetivamente incorporada pelas instituições formadoras, muito fomentará as necessárias mudanças nas práticas de atenção à saúde. Como vimos debatendo até aqui, a discussão a respeito do processo de trabalho é o que garantirá uma nova apropriação do técnico por seu trabalho e sua relação com o usuário e equipe. Aparece a noção de cidadania do trabalhador em saúde e o sentido político do setor da saúde, na medida em que devem compreender os modelos de assistência do qual serão agente. A formação precisa remeter o exercício da cidadania a este contexto. Avaliar qualidade e satisfação significa observar os princípios científicos, remetendo-os ao saber-fazer, não o fazer-fazer, como discutido por Zocche (2006). No trabalho do técnico em enfermagem não pode ocorrer o predomínio da habilidade manual suplantando qualquer demonstração de saber. Os dilemas éticos que entram em pauta na formação de enfermagem precisam ser problematizados e desnaturalizados para que **esses dilemas sejam da assistência, do cuidado e do efetivo encontro com o outro** (usuário e equipe) e não das “políticas/polícias da vida” ordenadas pelo Estado, pela religião ou pela moral vigente²⁶.

Como os próprios RCN dizem, as funções se interrelacionam intimamente, umas às outras, à medida em que, por exemplo, uma ação de recuperação/reabilitação deverá constituir-se num encontro paciente/profissional de saúde em que possa ocorrer o diagnóstico de outras necessidades do cliente cujas ações de proteção/prevenção devem ser desencadeadas tendo a educação em saúde permeando todo o processo de assistência.

²⁶ Em minha experiência docente, no plano de ensino da disciplina “Relações Humanas e Ética Profissional”, os dilemas éticos propostos ou previstos são: aborto, eutanásia e relação da enfermagem com os pacientes terminais; questões que foram reiteradas nas narrativas das docentes entrevistadas nesta dissertação.

3.4. Provoações disparadas pelos Referenciais Curriculares Nacionais ao ensino de psicologia

A perspectiva do ensinar os incultos, os ignorantes, a perspectiva de “colonização dos bárbaros”, deve ser revista, problematizada e lançada como nova tarefa ao ensino de psicologia. Afastar-se da psicologia normativa e aproximar-se da psicologia indagativa. Eis aí uma potência disruptora do lugar plasmado da psicologia como fornecedora de coordenadas morais do certo/errado, normal/patológico e assim por diante. Produz novidade a psicologia que funciona como um “disparador” de perguntas quanto a essas demandas de condutas a serem seguidas.

A psicologia poderia ocupar esse lugar de problematizar a formação, as temáticas presentes, as “funções” e as cristalizações dessas demandas postas ao ensino. Seria o próprio ensino de psicologia exercitando a interdisciplinaridade, não apenas dialogando com as diversas áreas do conhecimento (Saúde Coletiva, Educação, Enfermagem etc.), mas também levando em consideração os diversos atores presentes na cena da Educação Profissional (processo de trabalho, agentes, serviços, trabalhadores, alunos, docentes, gestores etc.). Exercer um olhar ampliado e menos centrado no “já sabido”, além de enriquecer a formação dos profissionais da saúde, tornaria o ensino de psicologia mais compromissado com os eixos da integralidade do cuidado e conceito ampliado de saúde. Concepção de saúde ampliada, psicologia ampliada, ensino pertinente.

Podemos dizer que a psicologia é um campo vasto de saberes, ou seja, muitas são as escolas psicológicas. Sendo assim, as aplicações dos saberes podem ser feitas das mais diversas formas. A ciência psicológica não tem uma essência; constitui-se por múltiplos regimes de verdade, produzindo modos de subjetivação, **construindo e forjando modos de compreender os sujeitos**. Como adverte Guareschi e Huning (2005):

(...) ao assumirmos que as práticas culturais, onde se inscrevem as práticas psicológicas, constituem os sujeitos, estes não se reduzem mais a uma unidade possuidora de um núcleo, situada fora do social e do político. Desse modo, **podemos interrogar quais sujeitos têm sido forjados**

pelos discursos das disciplinas psicológicas, que efeitos estes têm produzido nos modos de subjetivação no contemporâneo e a que compromissos têm-se vinculado (p.113, grifo meu).

É preciso discutir que sujeito/trabalhador da saúde tem sido forjado pelo ensino de psicologia na Educação Profissional em Saúde e qual compreensão de sujeito é trabalhado no ensino de psicologia, pois, ao levar em consideração que cada escola psicológica, cada vertente desse saber se posicionará dentro das propostas teóricas e práticas que pensa ser pertinente, determinando o lugar do qual está falando, examinando e produzindo seu objeto, precisamos ver de onde e com quais recursos o professor de psicologia vem selecionando seu repertório.

Assim, quando a psicologia entra na sala de aula do ensino técnico em enfermagem, coloca-se em cena uma série de questões que problematizo em minha pesquisa. Determinados “usos” da psicologia, como tenho visto circular pelos espaços escolares, não potencializam os espaços de criação, de resistência, de invenção, mas sim a normalização, a adaptação, a prescrição, os modos de existência individualizados e não coletivos. Necessita-se um ensino de psicologia que interceda a favor da diferença, que possibilite a construção da integralidade do cuidado e a apropriação do conceito ampliado de saúde pelo técnico em enfermagem.

O próximo capítulo interrogará como (ou se) o espaço formativo deste professor tem conseguido problematizar a inserção e o fazer do psicólogo no ensino técnico em saúde, para que se pense numa ação de ensino que sirva como resistência ao instituído e que se coloque como criação de instituintes, pois, como lembra Baremlitt (1998), o instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva e individual, e o instituinte é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tendem a transformar as instituições. O instituinte inventaria, assim, novos instituídos.

A formação do professor de psicologia, oferecida pela Licenciatura em Psicologia, para poder sustentar os eixos da integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde, precisa ser problematizada para vermos em que medida ela tem fomentado um ensino comprometido com estas duas questões.

Capítulo 4

A formação do professor para atuar no ensino técnico

Elegemos a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs) como campo de análise, buscando verificar a existência (ou não) de uma aproximação desta formação com as demandas postas pelo campo da saúde, já que existe uma obrigatoriedade de que o professor que atua na docência de nível técnico possua esta licenciatura²⁷. Na cidade de Porto Alegre, como já apontado, esta é a única instituição de ensino que oferece tal modalidade de formação, motivo pelo qual foi selecionada para compor o campo empírico.

É necessário esclarecer que não há pretensão de aprofundar a discussão a respeito da formação de professores do curso de Licenciatura em Psicologia, mas acredito ser relevante uma breve análise de situação. As questões que envolvem a licenciatura estão ou deveriam estar intimamente conectadas com os desdobramentos que a psicologia, enquanto docência, tem produzido no ensino profissional. Sabendo que a graduação em psicologia já pactuou com a saúde um necessário compromisso (refiro-me às Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em psicologia, onde esta consta como profissão da atenção à saúde), precisamos verificar se a complementação desta formação retifica este pacto, ou não.

Utilizarei como material de discussão, minhas vivências como discente da licenciatura no período de 2004 a 2008²⁸, textos e informações que constam no *site* do Instituto de Psicologia, bem como narrativas de professoras psicólogas responsáveis pelas disciplinas de “Estágio Docente e Práticas Educativas”, que colhi em entrevistas individuais semiestruturadas (anexo 1). Para diferenciar tais falas das demais fontes discursivas, utilizarei parágrafo recuado, bem como nomes fictícios

²⁷ Uma obrigatoriedade que não é colocada em ação pelas Escolas Técnicas, uma vez que, como veremos no próximo capítulo, das seis professoras entrevistadas, apenas uma possuía a licenciatura.

²⁸ Vivenciei a transição curricular do atual projeto politicopedagógico.

que serão apresentados ao final de cada frase/fala.

Esta investigação tornou-se instigante para mim à medida que vivenciei uma certa fragilidade na conexão desta formação com a modalidade de ensino que estamos discutindo (educação profissional na saúde). Realizei minha licenciatura na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e lembro-me que, em poucos momentos, existiu a discussão do ensino profissional, psicologia e campo da saúde. A formação que obtive privilegiou a discussão da docência inserida no Ensino Médio, em detrimento da Educação Profissional. Este capítulo discutirá, a partir e com as falas das professoras entrevistadas, a contribuição da licenciatura na construção do perfil profissional do psicólogo-professor, no intuito deste profissional agregar ao seu fazer, compromissos com a educação, bem como propiciar fissuras à identidade do psicólogo vinculada, exclusivamente, à Psicologia Clínica. Também fará uma incursão pela reforma das licenciaturas, para, ao final do capítulo, apresentar sucintamente o plano de ensino da licenciatura em psicologia da Ufrgs.

4.1. Licenciatura em psicologia e construção de compromissos sociais e docentes com o campo da saúde

Para o psicólogo habitar o espaço docente fora da formação de psicólogos, é preciso que realize, após a graduação, curso complementar: a Licenciatura em Psicologia. Novos compromissos profissionais devem ser construídos nesse campo, que como lembrou Guattari (1997), não pode ser pela via burocrática da passagem por um ensino formal, mas pela permanente construção de subjetividade. Diz o autor que uma reconstrução:

(...) passa menos por reformas de cúpula, leis, decretos, programas burocráticos do que pela promoção de práticas inovadoras, pela disseminação de experiências alternativas, **centradas no respeito à singularidade e no trabalho permanente de produção de subjetividade**, que vai adquirindo autonomia e ao mesmo tempo se articulando ao resto da sociedade (1997, p. 44, grifo meu).

Para tanto, o psicólogo precisa experimentar-se no campo, ensaiar alternativas, agregar compromissos, rever seu aparato conceitual, contextualizar seu

fazer, adquirir relevância. É preciso que leve em consideração, ao inserir-se nesse lugar, de que forma significará a docência, se esta será compreendida como prática social, transmissão de conhecimentos psicológicos, continuação e transposição da clínica psicológica, auxílio ao autoconhecimento ou problematização de saberes e fazeres. Tomo como prerrogativa de que a falta desta reflexão tornará o ensino de psicologia inserido na educação profissional desvitalizado e de pouco impacto no campo da saúde. Quanto a isso, os docentes entrevistados trouxeram alguns indícios, que serão narrados no próximo capítulo.

Entendo que o psicólogo precisa construir um novo e ampliado compromisso como trabalhador. Inserir ao ser psicólogo, o tornar-se professor. Neto (2002), ao problematizar o que é ser professor, relata:

(...) não nos basta o elenco de tarefas a serem cumpridas; nem nos é suficiente a explicitação organizada de conhecimentos a serem competentemente trabalhados; nem nos satisfaz o conjunto de comportamentos, atitudes e valores a serem cultivados e adotados. Importantes e imprescindíveis, sim. Mas desde que referidos ao projeto maior de **ser** – que evidentemente inclui o **saber** e o **fazer** – tanto do aluno como do professor (p. 07, grifo meu).

Essas “modalidades do saber” (ser, saber, fazer²⁹) não parecem dar conta de, efetivamente, engajar o professor a um projeto de sociedade e de saúde com o qual ele deverá comprometer-se. Tais modalidades demonstram não produzir projetos políticos que potencializam as práticas de saúde. Acreditamos que **ser professor é poder alargar os sentidos dados à própria organização proposta ao conhecimento, ao “objeto” do ensinar**. Colocar em análise crítica e reflexiva o porquê de determinado conhecimento e não de outro, contextualizando sempre a serviço de quê está este conhecimento, embasado em quais referências eles estão projetados. **O docente investigativo e problematizador precisa acoplar-se ao psicólogo**.

Se, como aponta Neto (2002, p. 07), **ser professor** é, ainda, “exercer a mediação coordenada das relações do aluno com o outro numa descoberta de **leituras coletivas da realidade**, na construção de uma solidariedade social de

²⁹ Delors (2001) acrescenta ainda o saber conviver.

conquista conjunta de conhecimento e percepção da realidade”, é importante problematizar como o docente de psicologia tem acompanhado seu aluno nesta tarefa de olhar para as práticas no campo da saúde e desacomodar algumas naturalizações existentes, bem como discorrer a respeito de quais percursos fazem os professores de psicologia.

Neto (2002) aponta que o domínio do campo do conhecimento que será objeto da atividade docente é menos um traço de perfil, mas, sobretudo, pressuposto. Sendo assim, não basta termos domínios dos campos do saber, **mas estarmos permanentemente atentos a quais compromissos estes domínios estão atados**. Tendo em vista a heterogeneidade do campo Psi, é importante, sempre, questionar quais domínios garantirão que o professor de psicologia potencialize a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde.

Delors (2001) entende que o trabalho do professor não deve consistir em meramente transmitir informações ou conhecimentos. Deve, por outro lado, apresentá-los sob a forma de problemas a serem resolvidos, situando-os num contexto e colocando-o em perspectiva, para que o aluno possa estabelecer a ligação entre a sua solução e outras interrogações mais abrangentes. Romper com o ensino conteudista, meramente informacional, traz-nos a tarefa de apresentar ao aluno possibilidades de interrogar o campo da saúde, produzir acontecimentos, olhar para o processo de trabalho, possibilitar a composição em “equipe-coletivo” e tornar esta formação renovada.

O autor também propõe que o ensino possa contribuir para a capacidade de discernimento e do sentido das responsabilidades individuais de cada sujeito, o que nos faz pensar que o ensino inserido na educação profissional precisa contribuir significativamente na construção de um trabalhador que se coloque como ator e autor de seu fazer, o que, mais uma vez, corrobora com a proposta de entender o trabalhador no campo da saúde como “coletivo organizado para a produção da saúde” e menos como “recurso humano” (CECCIM, 2005). A proposta renovada e apoiada na reforma sanitária possibilita-nos suprimir a dimensão dos trabalhadores da saúde como **recurso**, tornando-os **coletivos organizados**; e a da **saúde**, como **produção da saúde**, questão que será retomada no capítulo seguinte.

Afastando-se sempre mais de um “autoritarismo magistral” é que a autoridade docente se profissionaliza: a competência de estabelecer uma relação pedagógica respeitosa da autonomia do aluno, de se lançar com o aluno na interrogação sobre a realidade, sobre as práticas e sobre os processos de trabalho em que irá se inserir. Veremos como o docente de psicologia tem se aventurado nesta empreitada. A formação do professor da educação profissional não deve estar atrelada, exclusivamente, a seu aspecto instrumental, ou seja, a métodos e técnicas de ensinar. Uma formação até poderá ser chamada de instrumental, mas, dentre os instrumentos – para além das imprescindíveis metodologias e técnicas –, exige todo um aparato conceitual-crítico, capaz de dar conta da análise reflexiva da realidade contextual (NETO, 2002).

Neto (2002) propõe, em linhas gerais, uma formação que desenvolva processos pedagógicos capazes de promover o **comprometimento com os valores inspiradores da sociedade democrática**; a compreensão da educação como prática social e do papel social de toda e qualquer atividade pedagógica; o domínio do conhecimento referente ao campo educacional, adquirido, sobretudo, pela investigação da prática pedagógica. Podemos, desta forma, **estabelecer conexões com os valores do SUS**, à medida em que a investigação pedagógica requer a problematização da formação deste professor para que, efetivamente, contribua para darmos guarida e embasamento para as necessárias mudanças no campo da saúde. Desta maneira, colocaremos quais compromissos a formação do professor de psicologia, oferecida pela licenciatura, tem estabelecido com o campo da saúde. A articulação da formação na licenciatura com o campo ou temática da saúde, como diz **Laura**³⁰:

Até por ficar muito perto dos olhos, corremos o risco de não vermos que essas articulações têm que se dar.

Quanto à existência de vinculação desta formação com o campo da saúde, **Rosa**³¹ diz:

³⁰ Docente na Licenciatura em Psicologia desde o primeiro semestre de 2009, doutora em psicologia. Responsável pela disciplina “Estágio Docente e Práticas Educativas II”.

³¹ Docente na Licenciatura em Psicologia desde 1994, doutora em educação. Responsável pela disciplina “Estágio Docente e Práticas Educativas I”.

Não sei, acho que não... quer dizer, médio, não vou dizer um não absoluto porque a psicologia ali na Ufrgs ela está junto com a saúde, tanto é... Claro, isso é uma coisa que nós constituímos, educação e saúde, e a área que a gente tem, é psicologia e enfermagem, nós estamos nesse campo lá. Quando a gente faz os projetos do estágio II, eles estão relacionados à saúde, houve uma época que era sempre enfermagem e psicologia. Claro, não com uma idéia de uma saúde mental e uma saúde física. Por exemplo, o projeto das crecheiras na cidade de Viamão, o projeto se chamava Projeto de Educação em Saúde. Outro projeto que se fez ainda no estágio II foi montar um projeto com professores de Porto Alegre, que era justamente Temas Contemporâneos em Educação e Saúde, então uma formação nesse sentido, uma formação bem prática dá para se dizer. Por exemplo, nesse das crecheiras, um dos temas era ciclo vital, a questão da formação, intersecção com as questões de gênero e sexualidade, questões culturais, não só numa perspectiva biológica, a formação da subjetividade, e trazendo também os conhecimentos bem específicos da psicologia, tipo o que as crianças fazem, não de uma forma essencial, mas, afinal, quem são essas crianças hoje. Trabalhávamos as questões do corpo numa perspectiva cultural, que corpo é esse, um corpo erotizado etc.. E com os professores era uma questão muito da indisciplina. Dar aula hoje é uma questão muito difícil, há muita dificuldade de transformar um adolescente em aluno, então há indisciplina em sala de aula, até o próprio adoecimento do professor e essa coisa da violência. Óbvio que isso é um tema. Outra coisa interessante é trabalhar com os conceitos de hiperatividade, coisas que circulam muito na escola e que são encaminhados, encaminhados, encaminhados... acho que a gente pode trabalhar isso na escola.

A relação com o campo da saúde aparece numa perspectiva usual, centrada em assuntos de domínio “típicos” da psicologia como ciclo vital, indisciplina e hiperatividade. Não aparece a inserção do ensino na formação dos trabalhadores da área da saúde, nem a produção de conhecimento do campo da Saúde Coletiva ou a relação da escola com os serviços de saúde em uma perspectiva ampliada. Ao invés de “conhecimentos bem específicos”, seria talvez mais produtora para o fortalecimento dos eixos da integralidade do cuidado e conceito ampliado de saúde, uma forma mais híbrida de exercitar a psicologia, em interface com outras áreas de conhecimento, de forma interdisciplinar, o que é referido pelo trabalho realizado entre psicologia e enfermagem.

Uma proposição importante seria o diálogo entre as Licenciaturas de Psicologia e de Enfermagem, para que ambas pudessem fortalecer-se como espaço de formação docente. Os alunos da psicologia poderiam ter seus compromissos com as práticas de saúde e seus eixos norteadores das Políticas de Saúde pelo atravessamento da enfermagem e, esta, poderia ter a contribuição da psicologia na discussão do componente da subjetividade e da cultura.

Também não podemos deixar de lembrar a imbricação posta ao ensino de psicologia com a discussão do exercício do biopoder, na forma da patologização crescente das crianças com a utilização generalizada do diagnóstico de hiperatividade e transtorno do déficit de atenção, temática que pode ser problematizada nos espaços de ensino e que a psicologia tem o que dizer como nos lembra a professora Rosa.

Ainda referente à articulação da licenciatura com o campo da saúde, Laura diz:

Articulação... [pensa em voz alta] Eu acho assim, como é que eu vou te dizer... Na minha mente, na forma como eu concebo, não tem como separar. Na verdade, eu não sei se isso tá claro para os alunos e alguns professores que esse professor ele é um profissional de saúde, e ele ensina saúde e docência no trabalho dele, então, por exemplo, nesse caso de relações interpessoais, um psicólogo com licenciatura ele também vai ensinar e trabalhar conceitos de saúde junto com isso, ele tem esse parâmetro, ele vai ensinar relações saudáveis, quer dizer, vínculos positivos, de como esse profissional pode pensar em termos de relacionamento humano. Então a saúde é um grande parâmetro, claro, existem as coisas mais específicas, então, por exemplo num curso de enfermagem tu vais trabalhar questões de ergonomia e o professor ter essa noção de saúde como um grande contexto em que se vai trabalhar. Até por ficar muito perto dos olhos corremos o risco de não vermos que essas articulações têm que se dar.

Também corremos o risco de, em alguns momentos, que a temática saúde fique reduzida ao entendimento do “ter-se saúde”, “ser saudável”, “ensinar saúde”. Assim, a psicologia passa a habitar um lugar prescritivo de como o sujeito deve se comportar e agir. Laura também busca o “específico” da psicologia, remetendo-a à aplicação do saber psicológico na saúde. Uma crítica importante, entretanto, emerge quando Laura traz uma preocupação de que o docente psicólogo corre o risco de, dentro desta articulação “psicologia, ensino e saúde”, recair no saber biomédico, racionalista, acabando por tornar o exercício da docência um dispositivo de **patologização**:

Acho que às vezes fica muito a patologização, mas nossos alunos quando saem conseguem fazer isso, já um professor sem essa formação reduz muito seu papel à psicologia da patologização, causando mais dano porque tu não estás trabalhando nesse foco, não é uma clínica psiquiátrica: são alunos.

Neto (2002) resgata a importância de estarem presentes, na formação

docente, os conhecimentos relativos à realidade social e política e sua repercussão na educação, bem como ao papel social do professor; a discussão das leis relacionadas à educação e à profissão, às questões da ética e da cidadania, às múltiplas expressões culturais e às questões de poder associadas a todos esses temas; os conhecimentos de diferentes concepções sobre temas próprios da docência, tais como currículo e desenvolvimento curricular e também o conhecimento construído “na” e “pela” prática profissional. Deixar espaço para as aprendizagens que ocorrem nos serviços, que não se atrelam à formação escolar formal, precisam ter espaço e legitimidade.

A formação do professor que vai inserir-se no campo da saúde, possui especificidades e necessárias ousadias. Conforme Bomfim e Torrez (2002):

(...) a tradição dos processos formativos na área da saúde recai, como em tantas outras, na racionalidade técnica, de inspiração positivista, voltada para o preparo profissional aptos a solucionar problemas **estritamente instrumentais por meio da técnica. Buscar alternativas a essa tradição é uma proposta ambiciosa, mas necessária** (p. 17, grifo meu).

Ainda com estas autoras, podemos dizer que, na saúde, o debate sobre outras formas de atuar ganharam fôlego nos anos 1980, no bojo das discussões de um atendimento de qualidade para toda a população brasileira. Elas apontam que:

(...) a necessidade de uma nova educação, de um novo desenho de escola e de um **novo perfil de professor**, prontos a responder demandas de complexidade, **poderia sugerir um vínculo estreito e exclusivo entre a educação e o mundo do trabalho, abordagem que parece insuficiente para analisar todas as dimensões envolvidas na questão docente, incluindo a sua qualificação e identidade profissional** (p.18, grifo meu).

Desta forma, o vínculo estreito entre educação e mundo do trabalho, não pode ser tomado na perspectiva de naturalização do processo de trabalho. Um novo projeto de formação na área da saúde terá como desafio romper, tanto no Nível Superior como no Nível Técnico, com a tradição tecnicista de ensino, em virtude do próprio modelo de formação em saúde característico do Brasil, marcado, historicamente, por um certo pragmatismo e pela ênfase no aspecto curativista do atendimento, pois “(...) a formação, obedecendo a estruturas curriculares rígidas, tem favorecido à divisão do trabalho e realçado a dicotomia entre teoria e prática”

(BOMFIM; TORREZ, 2002, p.18).

Desta forma, o professor inserido nesta área de formação precisa levar em consideração estas vicissitudes presentes no campo. Dito de outra forma, o docente de psicologia precisa estar atento a essas forças que compõem o cenário do aluno, para poder problematizar e ultrapassar estes compromissos. O professor investigador acoplar-se-á ao psicólogo, mapeando quais tensões estão presentes na paisagem do mundo do trabalho a qual seu aluno irá habitar, e, de preferência, interferirá e criará compromissos efetivos com a produção da saúde.

O desafio de romper com tais práticas requer do docente da Educação Profissional atentar para a formação de “um perfil bastante amplo para atuar numa realidade complexa e diversa, exigindo dele a constituição de competências pedagógicas e técnicas que permitam a análise, de forma crítica, tanto das práticas assistenciais a que se submetem os usuários dos serviços de saúde, como das práticas educacionais tradicionais e conservadoras de formação” (BOMFIM; TORREZ, 2002, p.19). Este professor precisaria ter clareza dos modelos de assistência para poder ultrapassar, ou ampliar, a herança hospitalocêntrica e profissionalcentrada, existente nas práticas de saúde.

Outro aspecto a salientar é que as discussões que mobilizam o meio acadêmico costumam a chegar na escola, como se, muitas vezes, parecessem distantes daquilo que ali acontece (BOMFIM; TORREZ, 2002). É importante, assim, aproximar a discussão acadêmica à realidade da Educação Profissional, problematizando quais distâncias separam essa produção das escolas de Educação Profissional em Saúde e quais efeitos este pouco diálogo vem produzindo na formação desses trabalhadores, para que se construa uma prática docente crítica e criadora em Educação Profissional na área da enfermagem.

Como vimos anteriormente, o perfil de egresso desejado no campo da saúde requer uma pedagogia que extrapole a perspectiva conteudista, instrumentadora, tarefaira. Creio ser esta uma tarefa árdua também ao professor de psicologia, pois demanda novos olhares, outras formas de trabalhar e ocupar o espaço docente. É preciso desacomodar este ensino para que “fale” outras línguas,

crie pontes com outros saberes, que olhe de outras formas para esses sujeitos/atores escolares. É preciso questionar-se até que ponto o ensino de psicologia não se tornou burocratizado e tarefeiro, sendo mais um espaço de construção de uma pedagogia conteudista, na qual o aluno precisa apreender uma série de informações prescritivas para sua vida e seu trabalho, que acabam não garantindo a integralidade do cuidado.

Existe no ensino e na aprendizagem da psicologia um aspecto modelar; o que prevalece nesta lógica é a existência de um modelo que deve ser apreendido, resumido a repetir experiências já realizadas, a tomar ciência das descobertas da ciência, a estudar regras e assumir postulados (FERREIRA, 1998). O aprender fica, neste caso, prisioneiro e empobrecido, circunscrito à reconhecimento, ou seja, à capacidade de reconhecer. No entanto, Guattari (1997) instiga-nos a pensar que, “insistindo nos paradigmas estéticos, (...) especialmente no registro das práticas Psi, tudo deveria ser sempre reinventado, retomado do zero, do contrário os processos se congelam numa mortífera repetição” (p. 22). Ser compelido a esta tarefa, de singularizar e criar novos compromissos com a educação dos profissionais de saúde também demanda novas propostas docentes, que estão aliadas às teorias de análises críticas, mas não podem se reduzir a elas.

Precisamos almejar que a formação dê subsídios para o docente questionar toda forma de pensamento único, garantindo que se torne investigador de sua própria prática, sendo preciso que o professor da educação profissional de Nível Técnico possa realizar uma crítica em relação ao processo de trabalho realizando, desta forma, uma crítica ao fazer que ele passa a reproduzir, de forma alienada e mecanizada, no espaço de ensino. Na construção de um perfil profissional docente, os princípios constitutivos e norteadores da construção de competências, seriam segundo Deluiz e Ramos (2001), a noção de competência ressignificada, atribuindo-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores; uma formação que não se pautar pela ótica estrita do mercado, mas que leve em conta a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho; e um espaço no qual as competências do mundo do trabalho sejam investigadas e identificadas a partir dos que vivem as situações de trabalho, ou seja, dos próprios trabalhadores, confrontando os saberes

formais dos educadores e os saberes informais dos trabalhadores.

Não levar em consideração a ótica estrita do mercado relaciona-se com a produção de abalos ao determinismo mercadológico (FRIGOTTO, 2000), que captura as instituições de ensino que entendem ser sua “missão”, formar um aluno para o mercado, e não um aluno que crie e recrie esse mercado. Estando a instituição capturada nesta lógica, o docente precisará problematizar esses mandatos e construir uma relação com o ensino que rompa com esta determinação, a fim de ultrapassar a lógica posta que resume todas as relações sociais a relações de consumo, encarcerados na subjetividade capitalística que submete os sujeitos a este mandato.

Instaga-nos Rubem Alves (2000):

(...) não sei como preparar o educador. Talvez porque isso não seja nem necessário, nem possível (...). É necessário acordá-lo. E aí aprenderemos que educadores não se extinguiram como tropeiros e caixeiros. Porque, talvez, nem tropeiros, nem caixeiros tenham desaparecido, mas permaneçam como memórias de um passado que está mais próximo de nosso futuro que o ontem. Basta que os chamemos do seu sono, por um ato de amor e coragem. E talvez, acordados, repetirão o milagre da instauração de novos mundos.

4.2. Reformulações e construção de um novo projeto de licenciatura

No Brasil, especialmente a partir da década de 1990, no contexto de várias mudanças propostas pela LDB e regulamentadas posteriormente pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), ampliaram-se as discussões sobre a formação de professores, especialmente junto às associações representativas, científicas, sindicatos e universidades (BOMFIM; TORREZ, 2002).

Na agenda politicopedagógica estavam, dentre outros temas, o novo *locus* da formação docente, isto é, os institutos superiores de educação, o conhecimento construído pelas faculdades de pedagogia na formação de professores e, ainda, a perspectivas da **licenciaturas**. Como define Cury (2001), licenciatura é uma licença, autorização, permissão ou concessão dada por uma autoridade pública competente para o exercício de uma atividade profissional, sendo o diploma de licenciado o

documento oficial que atesta a concessão de licença para ensinar, inclusive na área da educação profissional da enfermagem.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em psicologia (2004) dizem:

(...) a formação do professor de psicologia dar-se-á em um projeto pedagógico **complementar e diferenciado**, elaborado em conformidade com a legislação que regulamenta a formação de professores no país.

§1º O projeto pedagógico para a formação do professor de psicologia deve propiciar **o desenvolvimento das competências e habilidades básicas constantes no núcleo comum do curso de psicologia** e daquelas previstas nas **diretrizes nacionais para a formação do professor da Educação Básica em nível superior** (Art.13).

Este projeto pedagógico complementar e diferenciado é oferecido pelos cursos de licenciatura. Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, no Nível Superior, nos cursos de licenciatura:

(...) a seleção e o ordenamento dos conteúdos (...) serão de competência da instituição de ensino, sendo o seu planejamento o primeiro passo para a transposição didática, que visa a transformar os conteúdos selecionados em objeto de ensino dos futuros professores (Art. 10).

Conforme essas Diretrizes, a formação de professores deverá observar princípios norteadores, tais como “a coerência entre a formação oferecida e a prática esperada do futuro professor, a aprendizagem como processo de construção de conhecimentos, habilidades e valores em interação com a realidade e com os demais indivíduos” (Art. 3). Sabemos que quem constrói as expectativas em relação ao professor são os espaços sociais que apontam demandas à educação. Neste sentido, o Sistema Único de Saúde tem podido construir aparatos que buscam dialogar com as instituições formativas para que essas garantam a formação dos trabalhadores orientada ao SUS e, assim, é preciso garantir que esses pactos façam-se presentes nas instituições de ensino técnico.

O documento das Diretrizes também pontua que a aprendizagem deverá ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-

reflexão-ação e aponta a resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas privilegiadas. Novamente podemos nos perguntar se tal aposta metodológica tem promovido singularizações ou perpetuações.

Na construção do projeto pedagógico dos cursos de formação dos docentes, deverão ser consideradas:

I - as competências referentes ao comprometimento com os valores inspiradores da sociedade democrática;

II - as competências referentes à compreensão do papel social da escola;

III - as competências referentes ao domínio dos conteúdos a serem socializados, aos seus significados em diferentes contextos e sua articulação interdisciplinar (Art. 6).

Torna-se, assim, fundamental rever como tem sido articulado nos espaços de formação deste professor o “lugar da escola técnica”, de que forma as instituições formadoras destes docentes realizaram estas interações. Quanto a isso, as entrevistadas colocaram, ao discutir a relação da licenciatura em psicologia com o ensino técnico, que:

(...) tá mais fácil de visualizar isso do que no ensino médio, me parece que tem uma... Pelo menos assim, quando eu observo nas escolas... Se tu vais trabalhar com a Administração, é mais psicologia do trabalho, com a Enfermagem é a psicologia da saúde, saúde mental e coisa e tal, mas já tem uma trajetória de mais tempo, mais legal, já é dado que no ensino técnico vai ter essa disciplina de psicologia. A experiência gera acúmulo. Em geral não, mas minhas alunas, nesse semestre, fizeram estágio (todas) no ensino técnico **(Rosa)**.

(...) muito mais essa relação dos alunos que por terem essa qualificação, eles vão em busca dos cursos técnicos para fazer seus trabalhos, ele vêem que ali é um filão, então **mais propriamente dos alunos do que do curso**, porque os cursos temos visto que não necessariamente eles contratam professores com licenciatura, uma das alunas me contava que no Senac, com vários cursos técnicos, **não tinha nenhum professor com licenciatura**... Imagina que absurdo... e o curso técnico seria o espaço do licenciado ter onde trabalhar **(Laura)**.

Pasquotto (2003) afirma que devemos utilizar o malestar produzido pelas indagações desta interface psicologia e docência de modo produtor, fazendo com que a Licenciatura em Psicologia possa ser repensada e problematizada, pois neste campo, a psicologia depara-se com um saber que também requer adaptações a uma

série de novas demandas; um campo no qual a psicologia se coloca a serviço dos mais variados interesses e questionamentos e aos quais pode dar algumas respostas.

As respostas que a psicologia tem dado a estes espaços de ensino, nesta interface com a formação de trabalhadores da saúde, precisam contextualizar quais são as demandas postas para a garantia da integralidade do cuidado e a apropriação de sentido ao conceito ampliado de saúde, para que não “caia” num ensino desvitalizado, descompromissado, circunscrito ao lugar comum e com pouquíssima pertinência ou relevância frente a tamanha formulação existente hoje no campo da saúde.

É fundamental que esta formação possua relevância social, adquira e produza impacto, para que possamos como categoria profissional, reivindicar espaço na formação dos trabalhadores na área da saúde e, então, estranhar que os professores inseridos na educação profissional não tenham esta formação³². Rosa acredita que a Licenciatura em Psicologia:

(...) é um curso que traz seu impacto sim, que vai preparar um profissional para a escuta, para trabalhar com as questões da subjetividade, da diversidade, tem essas questões das relações sociais e das relações interpessoais, ou seja, ela tem o que dizer, e se ela tem o que dizer ela tem um impacto sobre as pessoas, os jovens, os adolescentes, os profissionais do ensino técnico. Acho que ela tem lugar sim, só que esse lugar para se construir tem que se ter força, senão ficam como remendos e cada um faz o que quer. Porque tem que ter aonde tu te inspirar!

Nossa proposição é que, no ensino profissional da área da saúde, temos uma construção social, coletiva e democrática bastante sólida e consistente que é o SUS. Eis a nossa fonte de inspiração, que precisa estar presente na formação deste professor. Tenho defendido o norteamo da integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde como questões fundamentais para a formação do trabalhador em saúde na atualidade. Como discente desta formação, vivi uma articulação com a saúde pouco presentificada, as ações vivenciadas pertenceram mais à exceções

³² Como dado desta pesquisa, verifiquei que, das seis docentes entrevistadas, apenas uma possuía esta habilitação.

que projeto pedagógico do curso³³. Tomo como exemplo uma disciplina, “Psicologia e Docência”, que em nenhum momento referiu o ensino técnico como espaço docente, mesmo existindo alguns alunos já inseridos nesta atuação. Existiu um movimento claro de eleição do Ensino Médio como o lugar da docência em psicologia³⁴, o que deixa vulnerável a qualidade do ensino no âmbito técnico, em especial na área da saúde. É preciso que esta formação discuta quais especificidades existem na educação profissional e como articular trabalho, educação, saber Psi e saúde, resgatando sempre quem é o aluno jovem/trabalhador.

Pasquotto (2003) coloca que a psicologia se institui como a ciência que reúne os saberes e os elementos necessários ao (auto)conhecimento do homem e que, uma vez detentora de tamanho “poder”, deve-se colocar a serviço de outras áreas de conhecimento e de atuação como compromisso ético com o ser humano. Ela diz que:

(...) o ensino de psicologia na formação de outros profissionais, de outras áreas, visa contribuir na qualificação destes profissionais. Ampliar o conhecimento do homem e facilitar o seu autoconhecimento faz com que a docência em psicologia, tal qual outras formas de intervenção psicológica, atue em direção à promoção da saúde e da qualidade de vida (p. 178).

Acredito que podemos problematizar esta compreensão, sem perdê-la por completo, por sua possibilidade de remeter o ensino de psicologia a uma psicologização do aluno que busca, assim, rever suas questões. Até aqui sustentamos uma ideia de que a integralidade do cuidado e a apropriação pelo conceito ampliado de saúde far-se-ão possíveis mediante compromisso do trabalhador com as questões postas no encontro com o outro (usuários, grupos sociais sob atenção e equipe de saúde) e que este encontro é povoado por ideias, sentimentos e sensações construídas, muitas vezes, não de estados inéditos (no encontro em si), mas de representações construídas a priori sobre quem é esse outro. Quando o trabalhador da saúde vai realizar o cuidado, ele leva para este

³³ Pessoalmente, tive as oportunidades de uma disciplina eletiva de Políticas Públicas e Saúde e um estágio de prática de ensino na docência de agentes sociais para as políticas públicas de saúde e Agentes Comunitários de Saúde junto a uma Secretaria Municipal de Saúde.

³⁴ O que pode ser claramente percebido no movimento dos psicólogos em buscar garantir a presença obrigatória do ensino de psicologia no ensino médio.

encontro suas concepções de usuário (paciente?), cura, cuidado, saúde, doença, normalidade, anormalidade e assim por diante. Então, há uma revisão de si, mas não por uma interioridade de si, e sim pela oportunidade de “aprender” sobre o cuidado e a saúde para além de “teses”, mas desenvolvendo os coletivos, as instituições e as políticas de saúde.

A integralidade do cuidado dar-se-á no momento que este trabalhador puder estranhar estes *aprioris*, quando tais não derem conta de explicar a necessidade de entendimentos inéditos para dar conta do novo que pode surgir num encontro de alteridade. Alteridade aqui tomada como o que difere em nós e não o que difere no outro. Sendo assim, apostamos num ensino de psicologia que discuta o que temos do outro em nós e não o que temos de nós em nós. **Romper com a privacidade das experiências e buscar tecer a publicização das experiências, o que de coletivo nos habita.** Apostar numa educação contrária à ética do “fechar-se sobre si mesmo”, chamando atenção à criticidade e à capacidade de instaurar práticas colaborativas e de compartilhamento na contemporaneidade.

A interdisciplinaridade que permeia a interface psicologia-educação acaba resultando em uma variabilidade significativa também de práticas docentes em psicologia: o professor necessitará contar com grande capacidade de articulação teórico-prática e precisará desenvolver um domínio de teorias psicológicas e de outros campos do saber que lhe permitam transitar por diferentes contextos disciplinares. Veremos no próximo capítulo como os docentes entrevistados buscam (ou não) percorrer algumas **articulações possíveis** nas práticas de docência do psicólogo que atua na formação dos técnicos em enfermagem, com outras áreas do conhecimento.

Como licenciatura, Pasquotto (2003) refere que a psicologia se vê inserida em políticas educacionais que desestimulam e desvalorizam os cursos em geral de licenciatura em nosso País. Aliada a este cenário brasileiro, que influencia o desinteresse da psicologia por esta área de formação e prática, observa-se uma busca acentuada dos estudantes e profissionais pela clínica psicológica. Percebe-se

que a docência, neste campo, adquire uma função de complementação de renda³⁵, ou, popularmente falando, a função de “bico”.

Esta desvalorização promove, assim, práticas docentes “rasas”, pouco aderentes ou vinculadas às propostas que produzam singularidade no campo da integralidade do cuidado. Tanto isto é “verdade” que, em algumas instituições de ensino abrangidas pela análise desta pesquisa, não existe professor psicólogo, o que não quer dizer que não exista o saber Psi nas propostas curriculares. Isto pode nos indicar que a inserção deste conhecimento ainda não tornou imprescindível a inserção do psicólogo, pois acredito que, pela inexistência de reflexão deste em relação ao campo da saúde, acaba não produzindo nenhuma proposta ou intervenção diferenciada dos demais profissionais.

Quanto a isso, Laura e Rosa falam da procura pela licenciatura, e expressam uma contradição entre suas falas.

(...) dentro da Ufrgs é um curso meio desconhecido, agora a procura é boa, é grande, não é baixa; se tu fores comparar a licenciatura de psicologia e a da enfermagem, nós sempre temos mais candidatos do que vagas, na hora da seleção, porque a licenciatura é ingresso de diplomado, então teve uma vez que tava sessenta por vinte vagas, ou seja, três pessoas por vaga. Chega a ser um mini vestibular, mas em geral, a gente preenche nossas vagas, sempre fica alguém de fora, ou seja, tem procura (**Rosa**).

(...) aqui na Ufrgs as vagas não são preenchidas, tem pouca procura, os que se matriculam quase jubilam, demoram para terminar, vão fazendo poucas disciplinas, às vezes se ausentam, a gente não sabe se vão voltar ou não... Se matricula um por disciplina. A Licenciatura de Enfermagem também está com essa dificuldade, reduzindo...reduzindo... e isso reflete a situação da licenciatura no mercado de trabalho (...). Em toda a Licenciatura de Psicologia inscritos hoje tem quarenta alunos, então isso é pouco comparado com outros cursos que chegam a ter duzentos (**Laura**).

A construção do psicólogo como docente requer que este reveja seus compromissos neste campo e, principalmente, seus desejos e implicações com a prática pública/social do campo. Quanto a isso, Laura aponta:

Aqui na licenciatura eu sinto que todas as questões das dificuldades profissionais da psicologia acabam caindo na licenciatura. Parece que

³⁵ Como veremos no próximo capítulo, das seis docentes entrevistadas, apenas duas possuíam a docência como principal atividade profissional.

chega aquele psicólogo que não teve como se preparar para o mestrado, não sabe bem o que fazer, **quer** mais um título, a especialização é cara... quer uma opção laboral... é com isso que chegam, com dificuldades, até tem uma identificação com a docência, mas querem um título para ganhar melhor.

Quanto à construção de uma diferenciação de compromissos, a professora entrevistada afirma que o psicólogo, muitas vezes, não assume seu lugar como docente e acaba transpondo à sala de aula uma **postura clínico-terapêutica**.

Como diz:

Elas entram muito numa postura de psicóloga e acabam precisando desenvolver muito a questão da docência, de como é ser professor. Precisam romper com aqueles cacoetes de chegar em sala de aula e tentar entender os alunos, parar para conversar em uma postura mais terapêutica do que docente, então é preciso recuperar isso com elas.(...) É preciso construir junto com a identidade profissional a identidade docente, se possível, de caráter investigativo, de estar investigando os contextos, as necessidades do local, fazer uma proposição de projeto, ver se é isso que o local quer, (...) poder avaliar o impacto do trabalho, ter enfim essa postura investigativa, como docente e como psicólogo (**Laura**).

A diferenciação entre o psicólogo clínico, centrado em lógicas do eu, em privacidades, fica evidenciada quando Laura refere-se à necessidade e pertinência da formação oferecida pela licenciatura ao professor. Ela diz:

Acredito que com a licenciatura ele fica no papel do professor, com seus instrumentos de docência, mas claro que ele tem o conhecimento da saúde, da saúde mental, da saúde em geral, da saúde coletiva, enfim, às vezes tem a prática disso no consultório, isso complementa a formação dele, ele vai com outros instrumentos para a sala de aula, ele não é só um professor, é um professor de psicologia, mas está na identidade dele, deveria estar na identidade dele isso consolidado, que ele traz todo seu conhecimento, toda sua bagagem como psicólogo, mas num papel de professor, de docente, dentro daquele espaço que é de docência (**Laura**).

A importância de o professor atuante no ensino técnico ter licenciatura é ainda reforçada por Laura, quando diz:

(...) uma disciplina de Relações Interpessoais (...) uma psicóloga que não tem nenhum tipo de formação, nenhum interesse em conhecer um pouco mais a questão da docência. Então, o que ela faz? Ela fazia dinâmica de grupo, uma coisa muito mais terapêutica em sala de aula, vasculhava a vida dos alunos. Nas reuniões com os professores contava das individualidades dos alunos, uma má postura ética, e abria pros outros professores aspectos particulares dos alunos, e dizia que tinha levantado

isso pelas técnicas que utilizava, e minha aluna questionou ela, perguntando: e o que tu fazes depois que tu levantas esse monte de coisas dos alunos? Ela disse: não, eu uso para eu conhecer eles melhor, para ver como eu posso ajudar eles a se relacionarem melhor. Então era trabalho de cunho terapêutico e essa disciplina, ela dizia, é uma disciplina de um curso técnico, eles estão aqui na condição de alunos, eles estão aqui para ter ferramentas de como trabalhar enquanto profissionais e o que eles precisam é de um professor que tenha a vivência como psicólogo, mas que seja um docente, porque a disciplina tem objetivos, tem uma didática (Laura).

Laura acrescenta que “tem essa demanda dos alunos falarem de suas coisas, e daí é fácil cair nessa transposição e acabar prevalecendo o lado psicólogo clínico e não do professor.” Existe essa necessidade dos alunos contarem suas dificuldades, mas acredito que a separação da docência de cunho clínico seria feita, tendo-se claro que as experiências aparentemente de cunho individuais podem ser tomadas como questões que dizem respeito a um plano de coengendramento, coletivo, social, político, afetivo. **Seria romper com a lógica privatista e individual das questões e tomá-las como acontecimentos vinculados aos múltiplos contextos de produção da subjetividade.** Não tomar o depoimento do aluno como sendo dele apenas, mas como elucidação do que se passa na vida das pessoas como um todo. É a velha e conhecida, mas pertinente, problemática do público *versus* privado, interior *versus* exterior: capturas dicotômicas e cartesianas.

Outro aspecto que não podemos desconsiderar é a formação de professores apontada como um dos tópicos principais, no sentido de uma possível intervenção visando às melhorias no sistema educacional do Brasil. Na educação brasileira, a atual legislação, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9.394, de 1996), trouxe indicações inovadoras no que tange à formação de professores.

Atualmente, de maneira mandatária, as unidades de formação de professores, em todos os níveis, estão discutindo e implantando **reformas em seus currículos**. Nos cursos de licenciatura, isso é visível no que diz respeito às disciplinas de Prática de Ensino, Estágio Supervisionado ou Estágio Curricular. Acrescenta-se a importante determinação de que as licenciaturas sejam cursos com características próprias, independentes dos bacharelados (KRAHE, s/d).

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a partir do trabalho desenvolvido nos anos 1990, pelo Fórum das Licenciaturas, houve a oportunidade de as diferentes unidades acadêmicas reunirem-se, visando analisar a formação de professores em cada área. Decorrente deste movimento, houve a criação da Coordenadoria das Licenciaturas (CoorLicen), ligada à Pró-reitoria Adjunta de Graduação, em 2001. Esta Coordenadoria está, desde então, trabalhando junto às diversas Comissões de Graduação das 17 licenciaturas da Ufrgs, articulando, em parceria com o Grupo de Trabalho sobre Licenciaturas (GT Licenciaturas), da Faculdade de Educação, o movimento de reflexões sobre as adequações à atual legislação, que exige, por exemplo, a implantação de 300 horas de práticas pedagógicas.

Em 2004, o Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (Cepe), da Ufrgs, a partir de proposta da CoorLicen, definiu uma resolução que norteia os trabalhos de reconfiguração curricular de todas as licenciaturas. Esta Resolução (03/2004) constitui, hoje, o parâmetro dos currículos de cursos de formação de professores da Ufrgs. Krahe (s/d), ao analisar as ofertas de disciplinas das 17 licenciaturas, coloca que, na grande maioria destas, encontrou um modelo de formação de professores adjetivado “3+1”, isto é, uma proporcionalidade três vezes maior para a carga da formação da especialidade em comparação com a formação pedagógica. Para a professora, excoordenadora do CoorLicen, este fato evidencia a racionalidade técnica pura. Um “verniz pedagógico” é explicitado por meio de um desenho de grade curricular, cujas disciplinas pedagógicas são localizadas nas etapas finais, às vésperas do estágio docente.

No caso da **Licenciatura em Psicologia**, as disciplinas pedagógicas, ofertadas pela Educação são em maior número, em detrimento às disciplinas das especialidades, oferecidas pela Psicologia. O Grupo de Trabalho Licenciaturas, da Faculdade de Educação, apresentou algumas preocupações, que, segundo Doll e Krahe (2004) precisavam ser pensadas: a fragmentação da formação do professor, pois as disciplinas apresentam pouca relação entre si e pouca integração dentro do currículo, existindo pouca relação entre as disciplinas teóricas e práticas, e disciplinas pedagógicas e específicas, levando os alunos a um conjunto de

informações isoladas e desconectadas; uma formação pedagógica restrita, pois as disciplinas não conseguem abranger o amplo e necessário campo para a formação de professores (aspectos filosóficos, históricos, sociológicos e antropológicos) e uma concentração das disciplinas pedagógicas no final do curso, **dificultando o desenvolvimento de uma identidade profissional de professor**, já que este, ao aparecer somente no final do curso, não tem mais o recurso de imbricação da área da educação com a área profissional.

Assim sendo, desde 2004, as licenciaturas têm buscado rever seus currículos, sua organização de ensino para atender à qualificação da formação dos professores de suas 17 licenciaturas, incluindo a Licenciatura em Psicologia. A reformulação do projeto pedagógico da Licenciatura em Psicologia foi narrada por Rosa da seguinte maneira:

Isso foi mais ou menos em 2004. Então, a Ufrgs foi uma das primeiras a assumir e discutir essa proposta de mudança. Acho que uma das coisas da mudança que a gente sentiu muito foi que aumentou muito, claro que tem outros princípios, mas a proposta de fortalecer a formação dos professores. Também se traduz em aumento de carga horária, não só o aumento de carga horária. Há uma outra configuração da licenciatura de psicologia. Era um curso de cinco disciplinas, disciplinas conjuntas (Didática e Organização) e três disciplinas específicas. Aí isso mudou completamente, é um currículo bem mais efetivo, com envolvimento bem maior da psicologia, com quase 50%. Caracterizou-se o estágio de docência, que é uma novidade, que é um estágio que o aluno vem até a universidade discutir sobre seu trabalho, então esse estágio de docência se duplicou, e tem, ainda, o Trabalho de Conclusão de Curso e as atividades complementares (Rosa).

O projeto politicopedagógico prevê o estágio docente como um exercício do pensar. Como diz Laura:

As disciplinas que eu tive contato aqui na educação, isso está muito claro. Há sofisticação extrema, porque seria muito fácil fazer um projeto de uma prática educativa, o papel aceita tudo, tu colocas o que tu acha que tem que ser, vai lá e fala quatorze horas sem parar e deu. Mas o que a gente quer com elas? Isso fica claro com os professores, é uma caminhada, uma construção, é ir lá, conhecer, ver as dificuldades das pessoas. O projeto é o resultado de tudo isso. Daí o projeto fica pronto, achamos lindo, e está aí elas não podem botar debaixo do braço e sair vendendo para qualquer lugar, porque o projeto era para aquele lugar. Então o que se construiu foi o conhecimento e isso fica no aluno, agora tu pode ir para outros lugares e fazer esse exercício. E as alunas têm muito essa preocupação de vender, ou seja, como se sustentar com essa profissão, e tendo licenciatura no que isso agrega? Elas se questionam. Então isso realmente é um ponto

importante, como tornar isso vendável. Isso é uma demanda das alunas (Laura).

Laura apresenta-nos uma apreciação fundamental ao significado desta nova configuração, no sentido de buscar romper com uma pedagogia tecnicista à medida que relata que nesta formação:

(...) não são disciplinas só instrumentais, do tipo vou te ensinar a dar uma aula. Não, são disciplinas que tem toda uma didática, na súmula das disciplinas já está previsto isso, de se trabalhar com o aluno, de acompanhar a prática, de fazer pensar mesmo, então fiquei com a impressão de que aquilo que está escrito é o que se faz, não é só bonitinho para inglês ver, tu senta e dá aula e é o professor que sabe e o aluno não sabe nada. Tem um compromisso do professor em fazer aquilo acontecer, do aluno realmente sair melhor do que quando entrou. E as alunas falam disso, que o projeto como um todo dá conta do recado, que elas iam sair, não só como seres humanos melhores do que entraram, mas estavam aprendendo realmente. Muitos elogios em relação à Faced, porque claro, como é um curso de licenciatura, eles se sentem muito mais instrumentalizadas pelas disciplinas da Faced do que pelas de psicologia (Laura).

Tal questionamento remete-nos ao lugar quase invisível da docência na formação do psicólogo. Além das contradições entre uma Licenciatura que reproduz e uma Licenciatura que constitui, uma Licenciatura que amplia a laboralidade ou empregabilidade e uma Licenciatura que precisa dizer a que veio, de alguma forma, esta fala naturaliza a **pouca implicação da psicologia como categoria e como área de formação, com a docência.**

(...) na psicologia, não sei como está agora, mas sempre se teve muito esse cacoete, porque o professor do curso de psicologia não fez licenciatura, talvez não tenha pensado muito essas questões, é mais um psicólogo dando aula do que um professor. Então tem mais queixas do curso de psicologia do que daqui (Laura).

O curso de graduação em psicologia, na Ufrgs, foi criado oficialmente em 1972, obtendo reconhecimento em 28 de junho de 1979, por meio do Decreto Presidencial nº 83654, oferecendo, desde o início, as habilitações de Formação de psicólogos e licenciado em psicologia. Hoje, a licenciatura é configurada como complementar, adição de competência e habilidades ao profissional:

Pela diversidade de orientações teórico-metodológicas, práticas e contextos

de inserção, a formação do licenciado em psicologia amplia competências e habilidades desenvolvidas nos Cursos de Formação de Psicólogos, para contemplar aquelas do professor de psicologia. Tem por objetivo, garantir ao professor um campo de conhecimentos e práticas educacionais que o capacite ao ensino de psicologia em diferentes contextos. Ao final do curso, o licenciado deve ser capaz de identificar contextos de atuação, planejar, executar e avaliar sua atuação tanto no ensino médio quanto em outras inserções como Organizações Não-Governamentais, comunidades, formação de outros profissionais e outros contextos educativos presenciais e virtuais. O conjunto de disciplinas para o curso compreende práticas, estágios e atividades que buscam articular o conhecimento específico e construir uma prática educacional para a formação de professores em psicologia (INSTITUTO DE PSICOLOGIA, UFRGS, 2009).

Não existe mais a opção de se cursar licenciatura sem o bacharelado. Também é importante lembrar que, a partir de 2004, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de psicologia elegeram como objetivo, dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades para atender à saúde. Na atenção à saúde, os profissionais devem estar aptos a desenvolverem ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto no nível individual como no coletivo. Sendo assim, o curso de psicologia segue pertencendo às Ciências Humanas, mas fortemente comprometido com a saúde. Este compromisso não está tão fortemente presente e potencializado na formação complementar da licenciatura.

Está disponível no *site* da Ufrgs, o currículo proposto à Licenciatura em Psicologia desde 2005. Numa primeira aproximação, percebe-se que poucas alterações foram realizadas desde então. As disciplinas são oferecidas pela Faculdade de Educação e pelo Instituto de Psicologia. O curso de licenciatura pertence à Comissão de Graduação em Psicologia (Comgrad). No entanto, parece que a psicologia pouco tem se apropriado desta modalidade de formação. Como veremos, das disciplinas obrigatórias, em um total de dez, seis delas são oferecidas pela Educação. Das onze disciplinas eletivas, seis são de responsabilidade da Educação. O que se coloca é uma formação complementar ofertada por outro campo, o da Educação, enquanto a Psicologia propriamente dita ocupa-se dos saberes da psicologia.

É preciso colocar em questão o contexto institucional da Licenciatura em Psicologia, das relações desta com o mercado de trabalho e com a própria

universidade, pois, como diz Rosa:

Não dá para pensar fora do contexto. Ela tem importância se a universidade assumir ela como importante, não dá para pensar sem uma estrutura que diga, sim, é um curso que nós queremos. Acho que até a psicologia tem feito isso, tem bancado esse curso (**Rosa**).

As professoras da Licenciatura entrevistadas apontam como fragilidade do curso a falta de clareza quanto ao “uso” desta formação no mercado de trabalho para o psicólogo licenciado.

(...) ano passado, particularmente em 2008 e este ano, teve um movimento nacional, porque com a volta da filosofia e da sociologia no ensino médio, houve uma certa mobilização, principalmente em São Paulo para que a psicologia entrasse também, porque tem muitos professores de psicologia no ensino médio em São Paulo. E, ano passado, os Conselhos Regionais de Psicologia e o Conselho Federal chamaram o ano da educação. Estive em Brasília em abril deste ano, num encontro, e eles lançaram no ano da educação quatro eixos temáticos, que eu não sei se vou ter presente os quatro, mas afinal um é políticas públicas e outro eixo temático é psicologia no ensino médio. Isso é uma novidade. Em Brasília, teve oficinas com cada grupo perpassado pelos eixos temáticos e eu, obviamente, participei do eixo psicologia no ensino médio. Tinha muitas pessoas, foi o eixo mais polêmico, tinham pessoas completamente contra, quer dizer, contra não pode ser porque o Conselho Regional e o Conselho Federal não têm o direito de tirar uma coisa que é instituída pelo Ministério, mas eram contra assumir isso como bandeira da categoria. Eu recebi agora a Carta de Brasília e acabou assumindo, sim, como uma bandeira e a categoria está brigando por ela (**Rosa**).

(...) os alunos trazem uma certa dificuldade de pensar o que vão fazer com esse curso, nem eles bem sabem o que vão fazer com isso depois, eles vão ter opções bem individuais de como eles vão aproveitar aquilo ali (**Laura**).

Quanto à relação entre esta formação e o campo da saúde, veremos que as instituições sociais presentes nas súmulas dos estágios curriculares incluem saúde, pois o conceito não se restringe à área social, mas tudo o mais que não seja necessariamente escolar (segurança pública, saúde, ambiente...). Parece-me que tais movimentos são instituintes de novidades que ainda não aplacaram um efetivo compromisso da licenciatura com o ensino profissional da área da saúde. Como forma de aprimorar a formação da licenciatura.

(...) precisamos acumular mais conhecimento nessa área, ainda está

insipiente, não podemos desvincular essa formação com a importância que ela tem na instituição e na sociedade, como disciplina (**Rosa**).

(...) sinto um anseio que eu não sei o que eu vou fazer com isso, mas um anseio de categoria, eu também não consegui trabalhar com as alunas, poder fazer mais essas incursões de entra no *site* do conselho, fazer visitas, essa discussão em termos de categoria, quais fóruns existem para isso, mas acho que passa por aí, uma organização da categoria, dos alunos ajudarem por aí a construir esse caminho que não está pronto. Aqui de dentro eu não vejo, acho que os professores tão fazendo seu papel, o currículo está apropriado, as comissões tão aí, aqui dentro nada me chamou a atenção de por onde pode se melhorar, mas em termos de categoria sim. Não vejo outra saída se não for a gente se articular enquanto categoria e abrir espaços de trabalho (**Laura**).

No entanto, eu acrescentaria que o Instituto de Psicologia precisa rever o lugar da licenciatura em seus compromissos, para que esta não seja identificada como um problema. Quanto a isso, Laura conta:

(...) eu vi que existem cursos que tentam tirar a Faced das disciplinas que elas dão nas licenciaturas, a Faced sempre teve essa participação, pelo menos 50%. Já tem outros cursos que quanto mais a educação der disciplinas está ótimo, a psicologia é assim, por exemplo. Daí como eu fiquei nesse encontro³⁶ bem quietinha, porque eu estava recém chegando, eu vi alguns professores dizendo: olha só, botam a pessoa que está recém entrando a vir aqui, e tinha mais dois ou três na mesma situação, totalmente de pára-quadras, entrando na Ufrgs e já participando dessas reuniões. Então eu entendi um pouco da política da instituição dentro da Comgrad ali, o nosso coordenador da Comgrad é o coordenador do curso de psicologia, do Instituto, então o que acontece é que o pessoal que está há mais tempo está hiper apertado, não vai participar do CoorLicen, não está disponível. Depois teve um outro evento que tinha um pôster para apresentar, e daí eles me avisaram dois dias antes... eu disse: não podes me avisar dois dias antes, preciso me organizar. Aí ele disse: ah, desculpa, te coloquei nesse abacaxi. Daí eu disse que não era abacaxi, que eu estava adorando essas reuniões. Então é um pouco isso a política da coisa, os iniciantes possuem mais tempo e aí vão botando (**Laura**).

Fica bastante evidente a necessidade de visualizarmos e problematizarmos a pouca articulação do Instituto de Psicologia com esta modalidade de ensino e a necessidade institucional de valorização desta área de ensino, tanto da Universidade, quanto da categoria profissional.

Para finalizar, apresento a atual configuração curricular desta formação.

³⁶ Refere-se ao encontro do CoorLicen.

Além das disciplinas obrigatórias, o aluno precisa cursar as eletivas, na qual o aluno elege, dentre as oferecidas, sete disciplinas para cursar. Seguem as disciplinas obrigatórias e as eletivas e suas respectivas súmulas:

a) Obrigatórias:

Ensino e Identidade Docente (EDU): disciplina que visa criar condições para os alunos analisarem/articularem os conhecimentos que constroem o perfil do professor: os saberes, o saber-fazer, as competências e as habilidades que servem de base para o trabalho docente no espaço escolar.

Organização Curricular, Planejamento e Avaliação (EDU): princípios básicos de organização curricular em situação de ensino-aprendizagem; vivência de situações práticas de currículo nos níveis de Ensino Fundamental e Médio, na ótica da participação e do compromisso social.

Pesquisa e Divulgação da Ciência (PSI): estudo da Psicologia enquanto ciência e promoção da pesquisa em Psicologia. Serão abordadas políticas e programas de divulgação da ciência desenvolvidos por diferentes áreas do conhecimento no Brasil e em outros países. Serão estimulados o planejamento e a execução de atividades de divulgação da ciência no decorrer da disciplina.

Pesquisa em Educação (EDU): principais correntes do pensamento pedagógico que orientam a construção do conhecimento. As perspectivas correspondentes de ciência, técnica e de forma de obtenção e uso do saber. Os processos de construção do conhecimento em sua metodologia e implicações educacionais. Produção na área educacional e o compromisso social com o fazer ciências e com a socialização do conhecimento.

Psicologia e Políticas Públicas (PSI): discutir a implicação da Psicologia no âmbito das políticas públicas em diferentes áreas como Saúde, educação, assistência social, infância e adolescência, seguridade social, entre outras. Enfatizar as relações entre estado e sociedade, problematizando a interface interdisciplinar presente nas ações aí implementadas e a noção de espaço público como desafio de redimensionamento destas políticas.

Estágio Curricular I: Psicologia e práticas educativas I (EDU): disciplina de caráter teórico-prático que visa oferecer condições para o exercício da docência por meio de elaboração de projetos de ensino, discussões de textos, observações e estágios em escolas e/ou outras instituições sociais.

Língua Brasileira de Sinais (EDU): aspectos linguísticos da Língua Brasileira de Sinais (Libras). História das comunidades surdas, da cultura e das identidades surdas. Ensino básico da Libras e políticas linguísticas e educacionais para surdos.

Psicologia e Docência (PSI): a disciplina examina a questão da diversidade e da heterogeneidade da produção científica psicológica e suas implicações para o trabalho docente no ensino médio. Analisa alguns condicionantes do modo de vida contemporâneo e os desafios para a educação de jovens e adultos. Busca mapear os modos de trabalhar de docentes de Psicologia no Ensino Médio em Porto Alegre/RS, Brasil.

Estágio Curricular II: Psicologia e Práticas Educativas II (EDU): disciplina de caráter teórico-prático que visa oferecer condições para o exercício do trabalho docente por meio de planejamento, implementação e avaliação da prática pedagógica de Psicologia em escolas, bem como em outras instituições sociais que desenvolvam ações educativas.

Psicanálise e Educação (PSI): visa analisar as relações conceituais entre os campos da Psicanálise e da Educação, e o estudo dos desafios profissionais na relação entre esses campos do conhecimento.

b) Eletivas:

Psicologia da Educação: Temas Contemporâneos (EDU): reflexão sobre temas contemporâneos do campo da Educação, na perspectiva da Psicologia da Educação, tais como subjetividade do professor, transtornos emocionais na escola, educação pelo afeto e suas relações com a evolução psíquica da criança e do adolescente segundo os diversos enfoques psicodinâmicos; implicações destes temas para o cotidiano pedagógico.

Seminário: Educação e Movimentos Sociais (EDU): relações entre educação e movimentos sociais. Dimensão educativa nos movimentos sociais. Propostas educativas dos movimentos sociais.

Ensino em Espaços Escolares (EDU): disciplina que tem como foco articular os processos de produção da identidade dos professores e do saber ensinar em situações concretas, examinando o lugar da pesquisa e da ética na formação e na atividade docente.

História da Educação: História da Escolarização Brasileira e Processos Pedagógicos (EDU): estudo analítico do processo histórico de escolarização moderna no Brasil, com destaque para as práticas educativas e visões pedagógicas presentes na institucionalização da escola. A educação escolar associada às relações de classe, gênero e etnia enquanto constituintes e constituidoras da produção e reprodução das desigualdades sociais. Investigação das campanhas ou lutas de movimentos sociais em direção à universalização da educação escolar.

Aspectos Psicossociais da Inclusão (PSI): estudo dos fenômenos psicossociais envolvidos no processo de inclusão de indivíduos com necessidades especiais, tais como: impacto no professor,

sentimentos e expectativas sobre educabilidade destes indivíduos, conhecimento e respeito em relação às diferenças, descoberta de potenciais de desenvolvimento e relações família-escola-instituições.

Psicologia da Diferença e Inclusão Social (PSI): desenvolvimento de ferramentas conceituais que possibilitem a abordagem da temática referente à inclusão social das pessoas portadoras de necessidades especiais, capacitando para a elaboração de propostas pedagógicas em situação de inclusão social.

Ambientes Virtuais para a Aprendizagem (PSI): estudo dos processos de conhecimento-aprendizagem dentro do novo contexto advindo dos processos de informatização social. Análise das dimensões técnicas e pedagógicas de experiências educativas apoiadas em tecnologias digitais e de seus efeitos nos processos e operações com o conhecimento. Estudo e experiências de uso de ferramentas digitais na prática docente: interação via internet, vídeo e tele conferência na formação do Licenciado em Psicologia.

Mídia e Tecnologias Digitais em Espaços Escolares (EDU): disciplina de caráter teórico-prático que visa estudar os processos pedagógicos da mídia e das tecnologias digitais e suas implicações/relações no que diz respeito ao ensino e aprendizagem escolar.

Projetos de Aprendizagem em Ambientes Digitais (EDU): nesta disciplina, serão estudadas situações experimentais desenvolvidas na modalidade de Projetos de Aprendizagem, enfocando a construção de conhecimento nas diferentes áreas do currículo, os usos dos recursos tecnológicos para atividades colaborativas, a introdução de metodologias interdisciplinares e formas alternativas de avaliação da aprendizagem.

Diversidade e Desenvolvimento Humano (PSI): estudo das desigualdades étnico-raciais e de gênero, diversidade cultural, violência e exclusão social, consequências do bullying, preconceito e discriminação no contexto escolar, institucional e social.

Tópicos em Psicologia (PSI): estudo de temáticas de ensino em Psicologia, conhecimento e observação de práticas possíveis no ensino de temas como educação sexual, programas de redução de danos, orientação de pais e treinamento de equipes.

A partir das falas das entrevistadas e da oferta curricular da Licenciatura em Psicologia da Ufrgs, podemos inferir que não há um efetivo compromisso desta formação com o SUS no que tange à formação dos trabalhadores da área da saúde. O diálogo entre ensino, psicologia e educação profissional ainda é incipiente, tanto que esta última não é nomeada em momento algum das súmulas, mesmo sabendo que ocorre em “escolas” e “espaços escolares”, possui especificidades que merecem

ser clareadas, devendo ser discutida e problematizada em suas vicissitudes.

Dentre as disciplinas obrigatórias, a única disciplina que nomeia saúde é a disciplina “Psicologia e Políticas Públicas”. Das disciplinas eletivas, estão garantidas minimamente as discussões em torno da inclusão e dos movimentos sociais. A disciplina “Tópicos em Psicologia” tangencia a discussão do campo da saúde na perspectiva de “ensinar saúde”, aparecendo a lógica do aconselhamento, na perspectiva da “orientação a pais e treinamento de equipes”, em uma proposta que, conforme já discuti anteriormente, não garante a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. Pelo contrário, entra em vigor a lógica ainda hegemônica de compreender o humano como *recurso*, no qual fica presente a interface da psicologia não com a Saúde, mas com a Administração.

Diz Guattari:

(...) o povo Psi, para convergir nessa perspectiva com o mundo da arte, se vê intimado a se desfazer de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser (...) Da mesma maneira, cada instituição de atendimento médico, de assistência, de **educação**, cada tratamento individual deveria ter como **preocupação permanente fazer evoluir sua prática tanto quanto suas bases teóricas** (GUATTARI, p. 22, 1997, grifo meu).

Capítulo 5

A docência em psicologia no ensino profissional de enfermagem: mas qual psicologia? Vivências e narrativas como categoria de análise deste campo

Neste capítulo, como no capítulo anterior, utilizarei como estratégia de escrita/problematização, vivências docentes, falas de alunos com quem convivi na escola profissional em que leciono e as narrativas das seis docentes de psicologia entrevistadas, que estão inseridas na educação profissional da enfermagem. Os nomes serão fictícios para que as identidades destas, bem como as instituições de ensino em que lecionam sejam preservadas.

As palavras que se seguem devem ser tomadas como imagens-pensamento que podem, de alguma forma, compartilhar uma experiência que não deve ser compreendida como apenas de cunho individual, mas evidência de práticas e discursos que permeiam o campo da saúde e que se fazem presentes, atualizadas e (re)produzidas no ensino de psicologia.

Essas imagens-pensamento serão apresentadas em claquetes e cenas, que, como na feitura de um filme, marcam espaços e tempos que configuram questões que ainda nos forçam a pensar e, a partir delas ou com elas, convidam-nos a continuar percorrendo o campo de análise desta dissertação. Também utilizarei algumas categorias de discussão que funcionaram como um problematizador à docência de psicologia. Tais categorias ou temáticas foram colhidas dos Referenciais Curriculares Nacionais (RCN), discutidos nos capítulos anteriores, bem como das considerações apontadas na discussão da formação ofertada pela Licenciatura de Psicologia.

A partir do perfil de egresso analisado e proposto no documento dos RCN e das conseqüentes “supostas” demandas que levantei e apontei ao ensino de psicologia na enfermagem, elegi questões para tematizar e dialogar com o docente de psicologia, verificando quais compreensões a respeito destes as docentes

possuíam e embasavam sua prática. As claquetes buscam narrar como as entrevistadas se comprometem com os eixos da integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. Para tanto, elegi os seguintes temas para discutir: o trabalho em equipe/grupo; modelos de assistência; o trabalho com a subjetividade; processo de trabalho da enfermagem e o exercício da interdisciplinariedade.

5.1. Claquete 1: Botando os pés no ensino: o tornar-se professor de psicologia e os caminhos formativos

Devido a meu intenso interesse em iniciar-me na trajetória docente, solicitei a uma colega da psicologia que já atuava há alguns em uma Escola Técnica em Enfermagem para que me apresentasse à equipe pedagógica. Minha intenção era a docência na área da saúde, com a chance de lidar com temas como cuidado, encontro, promoção da saúde, sistema de saúde, reforma sanitária, conceito ampliado de saúde, saúde e cidadania, atendimento integral em saúde, processos de subjetivação e cultura na saúde. Visualizava um arco de possibilidades para a prática docente, em especial a oportunidade de formar um perfil de trabalho e trabalhadores em saúde. Desde 2003, sou responsável nessa Escola Técnica pela disciplina de “Relações Humanas e Ética Profissional” e, desde 2004, também pela de “Saúde Mental I”.

Lembro-me que estava muito desejosa de ser professora, mas confesso que desconhecia por completo o que seria ensinar psicologia para técnicos em enfermagem. Fui chamada pela então coordenadora pedagógica, que me disse: “olha, tem uma disciplina aqui, **bem curtinha**, de **RH**. Tens interesse?”

Em um primeiro momento, ao ouvir RH, pensei: “mas eu não tenho nada a ver com essa perspectiva da psicologia, ligada à Administração, Recrutamento, Seleção e Avaliação de Desempenho, o que eu vou fazer?” Quando a conversa evoluiu, percebi que ela estava falando de Relações Humanas, onde se incluía Ética no trabalho em saúde (Ética Profissional), **apelidada** de **RH**, uma transposição indicativa de expectativas ou das conceitualizações vigentes. Até aquele momento,

não tinha ainda a real dimensão do que implicava para o ensino de psicologia e para a formação destes trabalhadores este apelido ou a sobreposição de sentidos. Permanecia eufórica com a possibilidade de “botar os pés no ensino” e, finalmente, ver-me professora. Além de ser filha de professora universitária, realizei todo um percurso durante a graduação que me fez construir algumas apostas. Uma delas, a mais potente, foi a educação como possibilidade de intervenção social.

Meu compromisso com a docência acabou sendo fortalecido e embasado ao longo de uma caminhada, de um necessário processo de vir-a-ser. Ao perceber que meus conhecimentos e concepções precisavam ser alargados, busquei novos espaços de interlocução. Tanto a Licenciatura em Psicologia quanto o Mestrado em Educação foram lugares que puderam retirar minhas viseiras e produzir novidade no campo educacional, o qual era semeado por novas aprendizagens e interfaces do conhecimento. Meu universo docente ampliou-se e a formação destes trabalhadores pôde ganhar novas cores, sabores e *nuances*, ancorados nas proposições da Saúde coletiva e da Educação. Frente a tais caminhos formativos e um efetivo desejo pela docência, lancei, como uma primeira pergunta, às demais professoras, como estas haviam se tornado professoras e quais caminhos de formação tinham percorrido.

Nas entrevistas que realizei, percebi que a docência, para a maioria delas, surgiu como um acaso, não havendo uma efetiva procura por esta atividade profissional. As falas apontam nesta direção: Iara³⁷, Karla³⁸, Luana³⁹, Maria⁴⁰,

³⁷ Formada em psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) há 14 anos. Leciona há 8 anos na educação profissional em enfermagem, atuando nas disciplinas de “Relações Humanas e Ética Profissional”, “Saúde Mental I” e “Saúde Mental II”. Possui o curso de Docência no Ensino Profissional (especialização), oferecido pelo Sistema Educacional Galileu - Universidade de Curitiba (SEG). Sua principal atividade profissional na psicologia é a docência; também trabalha com a assistência de enfermagem, pois além de psicóloga é técnica em enfermagem.

³⁸ Formada em psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) há 15 anos. Leciona há 2 anos na educação profissional em enfermagem as disciplinas de “Ética” e “Neuropsiquiatria”. Possui Licenciatura em Psicologia pela Ufrgs desde 2002. Sua principal atividade é a docência.

³⁹ Formada em psicologia pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra) há 10 anos. Leciona há 2 anos na educação profissional em enfermagem nas disciplinas de “Ética e Psicologia” e “Neuropsiquiatria”. Não fez formação docente e sua principal atuação profissional é a psicologia clínica.

⁴⁰ Formada em psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) há 10 anos. Graduada também em enfermagem. Leciona há 22 anos na educação profissional em enfermagem nas disciplinas de “Saúde Mental I”, “Saúde Mental II” e “Relações Humanas e Ética Profissional”. Possui Licenciatura em Enfermagem e realizou a qualificação docente do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), oferecido pelo Ministério da Saúde. Sua principal atividade profissional é a clínica em psicologia.

Valéria⁴¹ e Clara⁴².

Fui convidada para dar palestra sobre depressão numa escola de educação profissional e, depois disso, comecei a ser convidada. Daí surgiu o convite de eu lecionar na escola X, pois a professora que eu conhecia lá também conhecia a X. Ficou sabendo que lá estavam precisando de professora de psicologia, viu minha palestra e me falou (...). Foi, então, um movimento que se iniciou pelo mercado de trabalho, e não eu procurando, realmente foi um convite, até ali eu não pensava em ser professora, eu clinicava e... Nunca pensara ser professora (**Iara**).

Já gostava dessa área de educação, depois de formada eu fui fazer o curso de magistério especial (...) pensei na licenciatura, e aí acabei entrando na seleção por ingresso de diplomado. Logo depois, dei aula numa escola de monitores de pré-escola e ali fui indicada por uma colega que já dava aula na enfermagem (**Karla**).

Minha mãe é professora, me criei com a minha mãe com coisas de escola, a vida inteira vendo isso, ela foi diretora e tal e daí quando eu me formei em psicologia eu comecei a trabalhar como psicóloga escolar numa escola de ensino fundamental e tive contato direto com a docência porque a gente acaba montando atendimento a docentes, alunos e pais, sempre tive contato com essa área (...) não dava aula, mas sempre gostei desta parte dinâmica professor-aluno, aprendizado, ambos aprendendo com o ensino e daí fiz uma pós-graduação em Psicologia Hospitalar e uma colega minha convidou para eu dar aula na área da enfermagem, daí eu disse: oba, vou aprender como esse negócio de dar aula (**Luana**).

É engraçado isso, mas eu nunca enviei currículo, sempre vieram me solicitar. É uma coisa que eu gosto muito, eu preciso estar em contato com o ser humano, estar junto com pessoas, fazendo trocas (**Maria**).

Foi até um pouco casual, na verdade eu sou prima do dono da escola, e a escola iniciou e eu não tinha interesse no momento, logo que iniciou. Foi uma oportunidade, uma experiência, não era um ideal (**Valéria**).

Minha mãe e minhas irmãs são docentes, eu tenho uma referência muito boa, de apaixonamento pela docência. Uma coisa que eu sei é que não me imagino dando aula para psicólogos, eu gosto de ter acesso a um público

⁴¹ Formada em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) há 33 anos. Leciona há 7 anos na educação profissional em enfermagem na disciplina de “Ética e Psicologia Aplicada em Enfermagem”. Não fez nenhuma formação superior além do bacharelado, mas possui formação em magistério. Também leciona em escola estadual para a 4ª série do Ensino Fundamental.

⁴² Formada em psicologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) há 8 anos. Leciona há três anos e meio na educação profissional em enfermagem na disciplina de “Psicologia e Deontologia Aplicada à Enfermagem”. Não fez formação docente e sua principal atividade profissional é a clínica.

diferente, então eu nunca tinha pensado assim e daí eu fui convidada (...) por uma colega que disse que eu tinha jeito de lidar e conseguir trazer. Tenho didática, trazer de uma forma que não fique muito padronizado, daí ela me convidou para trabalhar na docência de administração e contabilidade e daí ouviram falar que eu conseguia traduzir de uma forma legal, (...) e essa colega que eu falei disso que eu tinha que dar aula num lugar que eu pudesse falar de clínica, daí eu entrei, mas (...) é transgeracional, minha mãe e minhas irmãs são apaixonadas, e eu também. Foi mais uma questão primeira de indicação do que de procura, porque eu não tenho interesse de mestrado (**Clara**).

Uma consideração importante é que para apenas duas das entrevistadas, a docência foi citada como principal atividade profissional⁴³. A Psicologia Clínica é a principal atividade de 50% das entrevistadas, de onde se pode inferir que a lógica ainda predominante à docência seja a do “bico”, ou atividade complementar, reafirmando a supremacia da formação do psicólogo que elege **a clínica como o lugar do psicólogo**. Não podemos, assim, desconsiderar essa especificidade importante no ensino profissional na área da enfermagem: os docentes, tanto da enfermagem quanto da psicologia, são profissionais que exercem, simultaneamente, outras funções nos serviços de saúde, sendo a docência, frequentemente, atividade complementar, que ajuda a recompor a baixa remuneração da categoria.

Resumidamente, Iara trabalha com assistência de enfermagem e docência; Karla e Valéria apenas com a docência; Luana, Maria e Clara colocaram como principal atividade a clínica em psicologia, vindo a docência em segundo lugar. Outro dado bastante relevante, é que apenas uma das entrevistadas possui Licenciatura em Psicologia, o que vem ao encontro da discussão proposta pela professora Laura, na Licenciatura em Psicologia da Ufrgs, qual seja, a pouca procura por esta modalidade de formação e a inexistência, por parte das escolas de educação profissional, de exigência desta habilitação.

Quanto aos caminhos formativos que embasam a docência no ensino profissional da enfermagem, Iara diz que é a psicologia, não referindo a especialização que realizou em Docência no Ensino Profissional; Karla diz que é a Licenciatura em Psicologia realizada na Ufrgs; Laura refere a especialização em Psicologia Hospitalar que fez na Ulbra; Maria traz seu embasamento como sendo a

⁴³ Apresentadas nas notas de rodapé, do nº 36 ao nº 41.

graduação em psicologia e sua especialização em Enfermagem Psiquiátrica; Valéria conta que embasa sua docência na formação que obteve na graduação em psicologia na área de Psicologia Organizacional e Clara, de forma bastante categórica, traz sua experiência em Psicologia Clínica e suas duas especializações nesta área como terreno que dá sustentação a sua docência na enfermagem. Elas dizem:

O curso de psicologia, com certeza, é que embasa toda questão da relação interpessoal, o conhecimento do outro (...) (**Iara**).

Eu acredito que a licenciatura em si, é uma grande porta que se abre. Eu também dou aula no Estado e lá, se tu não tens licenciatura, tu não podes dar aula. Acho que é o ideal ter no mínimo a licenciatura (**Karla**).

A psicologia hospitalar e a atuação que eu tive na escola, (...); fiz essa especialização na Ulbra, em dois anos. Tinha a parte teórica e a prática era no hospital e isso me deu subsídios, deu essa experiência em hospital, o aluno pede muito por experiência, eu vejo que se eu não tivesse essa prática iam ficar defasados os conteúdos (**Valéria**).

(...) acho que foi a psicologia que me deu, me fez uma conexão com tudo que eu já tinha (**Maria**).

Não sei se vou te responder exatamente, se é isso que queres saber, eu procuro trabalhar muito em cima de qualidade, mas na área empresarial mesmo, qualidade de atendimento, neste aspecto, porque a minha formação foi toda em organizacional, então é isso que norteia mais (**Valéria**).

Tenho duas especializações em psicoterapia analítica, depois em adolescentes e adultos, então a minha prática é clínica, tanto que o foco que eu chamo a atenção para trabalhar com a enfermagem é a clínica. O que me chamou para a docência com a enfermagem é que eu não ficaria falando em psicologia institucional ou psicologia grupal ou seleção de pessoal. Minha abordagem é clínica, pacientes, tipos de estrutura da personalidade... de forma que os alunos entendam. Então minha abordagem é totalmente clínica (**Clara**)

Esta fala de Clara remete-nos a outras questões extremamente pertinentes de discussão, que retomaremos em outro momento deste capítulo, mas adianto que a referência que faz a não necessidade de abordar psicologia institucional ou grupal, torna-se, em minha perspectiva, a grande fragilidade e a visibilidade do descompromisso do ensino de psicologia com a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. Atrelar o ensino de psicologia à transmissão de conhecimentos restritos a uma psicologia clínica mais normativa (tipos de estrutura), não potencializa o cuidado em sua integralidade, como encontro

com o outro em sua alteridade e efetivo compromisso com a “equipe-coletivo”. Frente a caminhos formativos com ténues compromissos com a educação, fica-nos a reflexão da necessidade de fortalecimento do professor-psicólogo-investigativo, tarefa que poderia ser fortalecida nos espaços de formação docente, os quais estes docentes furtaram-se em ocupar.

5.2. Claquete 2: O ensino de relações humanas e ética profissional: liderança e comando ou a equipe/grupo/coletivo?

Além do registro em entrevista com professores, passo a agregar “cenas”. Estas, provenientes da minha experiência em sala de aula. São falas de alunos, falas que ficaram ecoando em mim. Não um eco que repete sempre o mesmo, mas um eco que, a cada retorno, traz sentimentos, provocações e necessidades de reflexão sobre o que podem apontar como questão, e espero que também sejam questão para os psicólogos que se querem professores.

As alunas e os alunos que tenho e tive ao longo destes anos são o exercício do coletivo-em-mim como educadora, na medida em que representam a minha própria indignação com um ensino que não ativa as possibilidades da escuta, da invenção e da apropriação do sujeito pela obra de seu trabalho, reafirmando um processo de trabalho crivado pela divisão social e técnica do trabalho, não apontando construção coletiva, mas acirramento das relações de poder e da rigidez hierárquica.

Cena 1 - Robotização nossa de cada dia

A gente fica tão robotizada para enfrentar as dificuldades da relação com os pacientes que acabamos construindo explicações iguais para todo mundo, e acabamos por não perceber que não estamos escutando as pessoas, mas dando discursos iguais para todo mundo (**Joana**⁴⁴).

⁴⁴ Joana foi minha aluna na disciplina de Relações Humanas e Ética Profissional.

Cena 2 - Somos colegas! Somos?

Parabéns, professora! A senhora é a primeira a nos chamar de colega do médico e da enfermeira. Sempre quando falam aqui na escola em colegas, estão falando que somos colegas dos técnicos e só! (**Pedro**⁴⁵)

Em março de 2003, ao iniciar a docência em curso técnico em enfermagem, foi-me apresentado um plano de disciplina com a descrição do conteúdo programático a ser utilizado. Gostaria de exemplificá-lo com a listagem de alguns itens: “liderança: tipos; desajuste no trabalho; aspectos psicológicos do acidente de trabalho; identificar linhas de comando e subordinação; princípios de moralidade”.

Tais exemplos remetem aos referenciais cujo rol de conteúdos está embasado na racionalidade técnica hegemônica que circunscreve as questões do trabalho não a sua processualidade, mas ao aspecto privado e individuado. O ensino de psicologia acaba tomando para si este compromisso, circunscrevendo a dimensão grupal ao aparato do recurso humano, em detrimento da “equipe/grupo/coletivo”. Em minha proposição, tais componentes curriculares não potencializam a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde.

5.3. Claquete 3: A dimensão grupal e o ensino de psicologia: tecendo algumas considerações

O perfil de egresso desejado, oferecido pelos RCN coloca, em inúmeros momentos, o trabalho em equipe, tanto em uma perspectiva de composição de equipe multiprofissional quanto na “relação com a comunidade”, sendo então referido à necessidade de uma formação que possibilite o trabalho com grupos, como estratégia de intervenção.

Podemos adiantar que a perspectiva do trabalho em equipe como espaço

⁴⁵ Pedro foi meu aluno na disciplina de Relações Humanas e Ética Profissional. Já atuava na saúde como auxiliar de enfermagem e estava realizando a formação técnica em enfermagem.

de aprendizagens coletivas, na perspectiva de trocas interdisciplinares e multiprofissionais, não foi mencionada por nenhuma das professoras entrevistadas. Nenhuma professora fala em grupo como dispositivo de trabalho, instrumento de intervenção. O grupo é tomado como recurso humano (o saber comportar-se em grupo), ou como a ferramenta de fragmentação do processo de trabalho, não como guardida às invenções de práticas que fortaleceriam a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. Assim, embora vasto o acúmulo no campo da psicologia sobre os processos grupais não são referidos por nenhuma das entrevistadas, nem entendidos como saber que poderia fazer-se presente, tendo em vista que, em face à pergunta sobre a existência de algum saber da psicologia que pudesse complementar a formação do aluno, nenhuma indicação foi dada, a não ser aumento de carga horária das disciplinas de psicologia.

Podemos lembrar que, como refere Peduzzi (2001), quanto menor a divisão técnica no trabalho, maior a possibilidade da equipe tornar-se espaço de integração, ou seja, espaço de interação dos agentes (trabalhadores), bem como dos saberes. No entanto, o ensino de psicologia pouco questiona o processo de trabalho na enfermagem e naturaliza a divisão social e técnica, entendendo que o **comando, a liderança e a subordinação** são atributos a serem desenvolvidos ao longo da formação do trabalhador técnico em enfermagem.

A perspectiva de construção de organogramas mais horizontais, de um modelo de gestão mais participativo nas instituições, implicaria reunir os profissionais naquilo que os mesmos têm em comum: o objeto do trabalho, a atenção ao usuário. Reunir os profissionais em torno da atenção ao usuário é a única proposta capaz de reunir grupos profissionais com interesses e lógicas tão diferenciadas. É necessário que esta proposta seja amplamente negociada entre os diversos segmentos, com vistas à construção de uma proposta assistencial o mais consensual possível (MATOS; PIRES, 2006, p. 512). Tal perspectiva demanda que o grupo seja tomado como espaço de trocas e construção conjunta. Assim, o que romperia com a lógica da equipe centrada em reafirmar identidades profissionais e hierarquias seria a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. O usuário passa a ser a medida das práticas, e não as especificidades técnicas, e

saúde deixa de ser um estado de equilíbrio a ser alcançado e sempre almejado, passa a ser tomada como processualidade do viver.

Ceccim (2005) propõe pensar que a “construção conceitual e prática do trabalho em equipe, decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho interação social entre os trabalhadores, com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo” (p.168), tornando-se de muita relevância problematizar qual compromisso com esta proposta ético-estética o ensino de psicologia tem tomado para si.

Como apontam Matos e Pires (2006), a teoria da administração científica taylorista deixou como herança a ênfase no “**como fazer**”, a **divisão do trabalho** em tarefas, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas, **fragmentação** da assistência, dentre outros. Destaca-se na equipe a preocupação em cumprir a tarefa e o desempenho é avaliado pelo quantitativo de procedimentos realizados. Técnicos e auxiliares cuidam da assistência direta e a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho. O poder de decisão é centralizado no enfermeiro/enfermeira, enfatiza-se a **disciplina**, desconsiderando-se as pessoas e as relações interpessoais. O pessoal de enfermagem assume, assim, características de técnicos especializados, com comportamento e posições definidas institucionalmente, valorizando normas e regras, caracterizando um processo de dominação, impessoalidade, **relações hierárquicas** e ênfase na comunicação formal.

O ensino de psicologia compromete-se com tal lógica/racionalidade e acaba por reproduzir modelos de gestão do trabalho que pouco potencializam a equipe a tornar-se “equipe/grupo/coletivo”. **Luana**, uma das professoras diz, quando questionadas a respeito das dificuldades que seus alunos terão ao ingressar no mercado de trabalho:

Eu acho que em termos de comportamento, de relacionamento em equipe, nas outras áreas eu não sei muito, mas eles saem inseguros com a prática, saem crus, tendo que fazer procedimentos, no estágio é muito pouco o que eles têm e isso gera muita insegurança. As dificuldades em equipe têm relação com a hierarquia e as questões de comando, porque tem que ter uma unidade de comando, o que acontece com o técnico é que ele tem vários comandos: é do médico, da chefia, do residente... acho que isso tem

que ficar bem claro assim, onde está a posição dele (...), mas que eles aceitem bem essa hierarquia, da onde vem o comando, eles não podem sair fazendo sem ter um comando. Já vi professor de enfermagem dizendo que médico não manda em ninguém, que não é melhor que os outros, de um jeito um pouco assim, que eles não têm que ficar ouvindo médico, discriminando o médico. Não temos que ensinar o aluno uma postura de exclusão: não vou te ouvir, uma rebeldia da enfermagem com relação aos médicos. O técnico já vai com preconceito com o médico.

Fica evidente o compromisso do ensino de psicologia com a submissão do trabalhador a uma hierarquia, uma ideia de equipe como legitimação das diferenças de poder quanto ao processo de trabalho. **Luana**, referindo-se ao trabalho do técnico, diz:

Acho extremamente importante porque ele é um braço do médico, se tiver que falar, o cliente vai buscar atendimento e sempre vai ter contato com o técnico, acho que é de extrema importância (...).

Colocar o técnico em enfermagem como braço do médico é colocá-lo como prótese, função complementar de alguém, despotencializando-o como autor do processo de cuidado em saúde. Em relação ao trabalho em equipe, **Iara** diz:

É que hoje realmente todas as empresas e instituições estão buscando seres competentes, que trabalham com suas competências e habilidades voltadas ao trabalho em equipe, então a pessoa que não sabe trabalhar em equipe, que acha que sabe tudo, vai encontrar sérias dificuldades, e acho que a psicologia pode entrar e ajudar muito, porque qualquer trabalho, por pior que seja pode se tornar muito mais leve, muito mais fácil se trabalhado em equipe. Às vezes temos pacientes muito difíceis de trabalhar, seja por peso, agitação, seja por ser da UTI, por exemplo. Requer muitos cuidados, hemodiálise, e se tu trabalhar em equipe isso é fracionado.

Neste sentido, o trabalho em equipe é entendido como ferramenta de fragmentação do processo de trabalho que garantirá maior rapidez e “conforto” pessoal. **Karla**, quanto às dificuldades que os alunos encontrarão no mercado de trabalho, diz:

Uma das dificuldades é a discriminação que os mais antigos fazem quando eles chegam, deixam ele de lado, mas se ele tiver uma boa estrutura psicológica, se realmente ele conseguiu captar as disciplinas de psicologia, ele vai saber se situar e ser um profissional ético.

O processo de trabalho é remetido às condições psíquicas individuais, a ética fica circunscrita à lógica comportamental, postura e boa educação. No protegido reino da moral, normas e regras não precisam ser pensadas, significadas e contextualizadas. O trabalho em equipe e seu êxito fica, na fala de **Valéria**, atrelado à boa educação, ao conhecido convívio harmonioso, no qual grupo fica compreendido como unidade, homogeneidade, ausência de conflitos e disputas. Quanto a isso, ela diz:

Os alunos relatam depois: eu trabalho num lugar que agora eu vejo o quanto é bom trabalhar em equipe, a gente se dá super bem.

O viver em grupo, em alguns momentos é narrado como algo prescritivo, não processual e desvinculado de seus atravessamentos sociais. **Maria** relata:

Eu acho que as questões dos grupos, onde entra a questão das características de cada um, a questão mais egoísta, tu não pode trabalhar e pensar tua individualidade mas um processo grupal, a gente tem que fazer eles aprenderem a viver em grupo, a gente vê as dificuldades em sala de aula, estão cada vez mais voltados para si, para meu espaço, minhas coisas, minhas demandas.

Podemos perceber que “ter ética” está compreendido como uma característica absolutamente de cunho individual, prepondera a postura individualizante, desconectada do contexto que produzem as práticas em saúde. Como diz **Clara**:

Eu me preocupo com a qualificação como sujeito. Uma coisa é ensinar o código de ética, mas ética é assim, ou tu é ou tu não é, eles já vem com essa formação, eu posso acreditar que eu posso modificar esse aluno seduzindo ele com o conhecimento, mas isso depende de cada aluno, como ele vai trabalhar isso, se vai ficar num trabalho banal de só medicar e limpar bundas. Eles acham que se souberem só isso está bom. Eu tento colocar que o mais difícil não é medicar, o mais difícil é trabalhar com pessoas, em equipe, porque eles têm dificuldades sérias com isso, têm brigas em aula horrorosas... São coisas que a gente tenta abordar, mas tinha que ter psicologia no início, no meio e no fim.

Cena 3 - A sobreposição de sentidos ao RH

Não podemos esquecer a necessidade de refletirmos sobre o significado

do “apelido” e a sobreposição de sentidos dado à disciplina de “Relações Humanas e Ética Profissional”, quando ingressei na docência: “RH”.

Lazzarotto (2003) aponta que, historicamente, o lugar que a psicologia assumiu para dar conta da intervenção no campo do trabalho diz respeito às **políticas de recursos humanos**. A psicologia adentrou neste mundo por meio dos processos de **seleção**, no início do século passado, orientada pelos princípios tayloristas e sustentada pela tecnologia da psicométrica. A autora coloca que:

(...) nessa perspectiva, também se introduziu o **treinamento** para dar conta da fragmentação do processo de trabalho, no qual o indivíduo deveria ser habilitado para determinada tarefa e dar conta da produtividade na cadência de um tempo marcado pela esteira fordista e vigiado pelo gerenciamento científico. Portanto, a denominação ‘recursos humanos’ traduz essa forma específica de constituir o lugar do sujeito no contexto das organizações e o lugar do profissional de psicologia (p. 226, grifo meu).

As práticas de seleção e treinamento reafirmaram explicitamente esse espaço pedagógico de **adestramento dos corpos no interior das empresas**. Não podemos deixar de inferir que uma das docentes (**Valéria**) afirmou que sua prática docente está embasada na **Psicologia Organizacional**, mencionando qualidade e resultados.

Iara também nos conta da vinculação do ensino de psicologia com a perspectiva de ingressar no mercado de trabalho, o que poderia ser acrescido a esta proposta, a perspectiva de pensar e contextualizar o trabalho como processo, extrapolando o sentido sempre dado do professor psicólogo ensinar como o sujeito/aluno deve driblar o processo de seleção e alcançar êxito em sua empreitada. Ela narra:

Os alunos nos trazem quando tu encontras ex-alunos: tu não sabe como foi importante, até hoje eu lembro de tuas aulas, me ajudam muito, eu fui numa seleção e me lembrei daquela aula que tu destes sobre seleção (...).

O ritmo e a maximização do uso do tempo foram apresentados pela psicologia como assistência e auxílio ao trabalhador para melhor desempenhar a sua tarefa e, no caso acima, também a tarefa da seleção. Ao mesmo tempo, esse

espaço se direciona para implicitamente extrair e manter a maior intensidade de trabalho possível. A maior intensidade de trabalho está relacionada, por sua vez, à **modelização da subjetividade** dos trabalhadores (HELOANI, 1996).

Essa noção de **treinamento e seleção** está ligada às escolas clássicas da Psicologia Organizacional que delimitaram uma determinada estrutura constituída pela hierarquia e pelos lugares de cada etapa da produção e de cada indivíduo nesta produção. Temos, nesta perspectiva, os **recursos** financeiros, os materiais, os mercadológicos e os **humanos**. Como diz Lazzaroto (2003):

(...) claro está que **o trabalho aqui é traduzido como mercadoria; nada mais óbvio do que constituir o humano como recurso**. Esta denominação atravessa décadas, e por mais que tentativas se dêem para produzir outros significados, acabamos tendo este conceito como revelador de uma forma que ainda sustenta, de modo preponderante, a orientação de muitas práticas nas organizações (p. 227, grifo meu).

Neste sentido, uma forma ainda preponderante nas práticas de ensinar, coloca o humano como mero recurso e não protagonista e autor de seu processo de trabalho. Podemos perceber que o “apelido” ou a sobreposição de sentido dado como RH ao ensino de “Relações Humanas e Ética Profissional”, implica ensinar ao aluno não autonomia, práticas inventivas e reflexão quanto ao processo de trabalho, necessários para a garantia da integralidade do cuidado, mas “treinamento” e “técnicas” que guiarão a relação entre os sujeitos envolvidos nas práticas de cuidado.

O conceito de “recursos humanos” é próprio, como nos lembra Vieira (2006), da área da Administração e remete-se à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. Essa tradução do humano para “recurso”, no contexto do nosso modo de trabalhar capitalista, pode ser analisada pela compreensão de Guatarri (1987) como um processo *capitalístico*: não consiste apenas na produção de poder para controlar as relações sociais e econômicas, mas na própria produção de subjetividade. Para ele, a construção da subjetividade pode se dar de duas formas: assujeitamento ou produção de singularidade. Neste sentido, produz-se um assujeitamento do homem

às lógicas postas pelo mundo do trabalho, à qual os indivíduos se submetem (e são submetidos) à subjetividade tal como a recebem. Eles “aprendem” por inúmeras vias que a possibilidade de vida diz respeito à conformação às lógicas dominantes.

Elementos, questões e problematizações precisam ser disponibilizados no ensino aos técnicos em enfermagem para que possam desestabilizar estes modos operantes de subjetividades assujeitadas ao modo tecnocrata, submisso e centrado nas tecnologias duras, de procedimentos e não nas relacionais. Seria preciso que o ensino de psicologia garantisse uma relação de expressão e criação, na qual os indivíduos se reapropriam dos componentes da subjetividade, produzindo, assim, processos de singularização.

Ceccim (2005) refere que a compreensão dos trabalhadores como recursos humanos provêm dos estudos científicos em administração, quando surge o “elemento humano” nas organizações como fator de análise e compreensão dos processos produtivos. São criadas disciplinas organizacionais específicas, sugerindo-se que os trabalhadores deveriam sofrer processos de gestão, **regulação**, incorporação e atualização (reciclagem) como aqueles utilizados para os recursos materiais, financeiros, tecnológicos ou logísticos, e que deveriam contar com um gerenciamento específico junto às estruturas administrativas e de engenharia da produção. Gerenciamento este que se integra às atividades-meio, de administração, que, no caso da saúde, dão suporte à atividade fim da assistência. Diz o autor:

(...) a formulação e a execução de uma política para os trabalhadores, a produção de conhecimentos relativos à formação e ao exercício profissional e a produção de práticas de saúde deveriam **retirar os trabalhadores da condição de ‘recursos’ para introduzi-los no estatuto de ‘atores sociais’ de produção da saúde**. Sua implicação como atores sociais estabelece como trilha do trabalho, uma atuação centrada nos usuários ou na qualidade da produção social do trabalho no interesse da sociedade (p.162, grifo meu).

Ceccim (2005) aponta que a introdução legal da reforma sanitária permitiria pensar os trabalhadores da saúde como diversos e contrários ao entendimento posto destes como recursos. Levanta como proposta que, após a formulação do SUS, os trabalhadores devem ganhar um lugar *finalístico* e não mais

de *atividade-meio* no setor. Entendê-los como “**coletivos organizados para a produção da saúde**” é colocar o trabalhador em saúde como protagonista das práticas em saúde, cujo trabalho em equipe deve “contribuir para ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção dos usuários das ações e serviços em saúde sobre suas próprias vidas, apoiando as pessoas para que ampliem sua capacidade de pensar-se nos contextos social e cultural” (CECCIM, 2005, p.168).

Assim, para garantirmos a integralidade do cuidado e a apropriação do conceito ampliado de saúde, é preciso formar trabalhadores engajados na produção da saúde, não fazendo sentido mantermos a lógica da **verticalidade das relações**, das **hierarquias** e obediências aos **comandos**, como o proposto pelo currículo que recebi ao iniciar a docência, e reafirmado pelos discursos professorais que encontramos. A presença no currículo de ideias e concepções de grupo permeadas pelas lógicas de liderança garantem a cristalização e a fixação de lugares (“cada macaco no seu galho”). Parece-me que tais críticas não têm encontrado espaço na docência de psicologia, que muitas vezes se encarrega em “motivar” e “capacitar” para à liderança/submissão exercida por outrem.

Quanto a isso, Galvão et al. (1997) relatam que, no contexto da Administração, a partir da Teoria das Relações Humanas, a incorporação de conhecimentos oriundos das ciências comportamentais representou um “grande avanço”. Os autores relatam que a liderança tornou-se um dos temas gerenciais mais pesquisados e estudados nos últimos cinquenta anos. Colocam então, que na enfermagem, a liderança é um processo por meio do qual uma pessoa, que é o enfermeiro, influencia as ações dos outros para a determinação e a consecução de objetivos. Para eles, o estilo de liderança de uma pessoa é definido, como o padrão comportamental que ele manifesta quando procura influenciar as atividades de outras. Explicam que o estilo Liderança Situacional, a mais referida pelos enfermeiros, a partir de pesquisas na área, envolve a combinação de dois tipos de comportamentos: de tarefa e de relacionamento. O comportamento de tarefa é a medida com que o líder dirige as pessoas, **dizendo-lhes o que fazer, quando fazê-lo e como fazê-lo**. Significa, assim, **estabelecer-lhes objetivos e definir os seus papéis**. O comportamento de relacionamento, por sua vez, é a medida com que um

líder se empenha em comunicar-se bilateralmente com as pessoas, dando-lhes apoio, encorajamento e “carícias psicológicas”, nas palavras dos autores.

No entanto, acreditamos que a temática liderança poderá ser trabalhada numa perspectiva de construção coletiva e pactuada do projeto terapêutico, do projeto de cuidado, que conduzirá as práticas do cuidado, as práticas de assistência, buscando criar fissuras na concepção hegemônica da racionalidade administrativa, que compreende o trabalhador como atividade-meio, como executores dos projetos construídos por uma gerência (verticalização das relações em detrimento da horizontalidade).

Muito mais do que instaurar a homogeneidade comportamental, a liderança que deseja a integralidade do cuidado precisa rever seu objeto de trabalho, qual seja, o usuário e suas múltiplas demandas de saúde. Cunha e Balsanelli (2006), ao pesquisarem quais temas têm sido estudados com relação à liderança no contexto da enfermagem, apontam que o tema mais recorrente tem sido o estilo de liderança exercido pelos enfermeiros. Nesta questão, a proposição da Liderança Situacional vigora, o que corrobora com a proposição de Galvão et al. (1997), mas podemos aportar, como ponto de discussão no ensino profissional, que, dentro desta perspectiva, os trabalhadores da enfermagem ficam impossibilitados de ocupar um lugar de autoria e produção das práticas de saúde. Como afirmam Cunha e Balsanelli (2006):

(...) em vez de percebidos como atores sociais, portanto construtores de sua própria história, estes agentes são vistos como objetos, sujeitos a cumprir decisões, ordens e determinações das quais não tiveram nenhuma, ou quase nenhuma, participação (p. 120).

Tais reflexões fazem-se urgentes nos cenários de formação profissional. É preciso que as escolas e o ensino de psicologia revejam seus conteúdos de ensino sobre este tema, para que a liderança se dê na direção de autoria e não de modelos a serem copiados e ordenados, para que trabalhem efetivamente na construção de “**coletivos organizados de produção da saúde**” (Ceccim, 2005) em detrimento dos trabalhadores entendidos como recursos humanos da saúde.

5.4. Claquete 4: A saúde mental:atenção de enfermagem ou assistência psiquiátrica

Cena 4 - Era uma tarde, dia ensolarado de novembro de 2007, aula de Saúde Mental

Antes de iniciarmos as combinações da tarde de trabalho/aula, pergunto às alunas: *e aí meninas*⁴⁶, *como foi o final de semana?* Todas se colocam a falar e uma aluna começa a relatar que algumas pessoas (amigos e familiares) lhe perguntaram, no final de semana, ao vê-la às voltas com o trabalho que propus⁴⁷: *por que estudar Ética e Relações Humanas se vocês só vão **verificar pressão, dar banho, limpar cocô e tirar sangue?*** E quanto ao estudo de Saúde Mental: *mas tu não vai ser médica de louco, para que tudo isso?*

A partir dessa fala da aluna, várias puderam dividir situações semelhantes. Indaguei quem eram as pessoas que perguntavam estas coisas. Uma respondeu: *no mínimo, professora, são pessoas que são também pacientes...* A partir disso, a discussão sobre o que os serviços de saúde oferecem e o que as pessoas acabam identificando como possibilidades e ofertas dos serviços entraram em cena, entram na roda de discussão. Trabalhou-se com o imaginário social que identifica e reduz saúde aos medicamentos e às solicitações de exames, assim como fragmenta o cuidado, desqualificando o fazer da enfermagem.

O mais potente deste encontro foi a desacomodação produzida nas alunas com tamanha redução de seu fazer como trabalhadoras de saúde. Os incômodos vivenciados pelas alunas devido às forças de achatamento de seu fazer, às tentativas de construir uma formação e um exercício profissional na enfermagem que faça resistência às submissões (de categorias profissionais, incluindo aí a própria enfermagem), e às representações sociais que reduzem o técnico em enfermagem às tarefas fragmentadas, a uma forma de relação com o outro em partes (bunda, sangue, pressão arterial... como se estas “partes” não pertencessem

⁴⁶ Como algo já esperado, todos os alunos são do sexo feminino. Geralmente, 10 ou 15% dos alunos são do sexo masculino, mas esta turma tratava-se de um “grupo de mulheres”, como costumávamos dizer.

⁴⁷ Entrevista com usuários de unidades básicas de saúde, que buscava identificar quais eram as necessidades que o levavam a buscar o serviço e como se sentiam recebidos pela equipe de saúde.

ao humano). Deveriam ser matérias ou questões para os docentes de psicologia.

Ao iniciar a docência foi-me apresentado um plano de disciplina com um conteúdo programático que estava bastante marcado por um saber que normatiza e prescreve padrões acerca do desenvolvimento normal e patológico do ser humano. **A psicologia do desenvolvimento e a psiquiatria** produziam-se como **alicerces neste componente curricular**. Entre os conteúdos previstos encontrei: “personalidade: conceito, caráter, temperamento e estrutura de personalidade (Id, Ego e Superego: conceito, funções e relação entre eles); traços de personalidade; tipos de personalidade (borderline, anti-social, histriônica, narcisista, obsessiva-compulsiva, paranóide, esquizóide, esquizotípica); desenvolvimento normal e distúrbios: conceito, abrangência e características, traços de caráter e patológicos; infância: fase oral, anal, fálica e latência (características, traços de caráter e patológicos); a criança hospitalizada (aspectos patológicos); síndrome de privação materna em crianças institucionalizadas (aspectos psicológicos da criança hospitalizada); adolescência (situações de desajustamento e fatores comuns que produzem problemas na adolescência, situações que necessitam de tratamento); maturidade; psicologia da mulher: família, casamento, profissão, gravidez, climatério, menopausa, aspectos psicológicos da crise; velhice: abrangência, características, implicações da velhice, perturbações comportamentais e relacionamento de ajuda”.

As professoras narraram experiências docentes também recheadas de conteúdos circunscritos à psiquiatria, no que tange a **sintomas, transtornos, patologia e farmacologia**. Fica evidente o atravessamento da racionalidade médico-hegemônica, com conteúdos a serem dados, na qual Saúde Mental é circunscrita aos conhecimentos da psiquiatria em seu modelo tradicional, o que será abordado de forma mais contundente na próxima cena.

Elas relataram:

Espero que meu aluno tenha conhecimento em neuropsiquiatria das doenças que acometem o ser humano, mas que ele possa visualizar aquilo ali e levar isso para a realidade dele, lá no local de trabalho dele, e reconhecer no paciente tais e tais sintomas (**Karla**).

Em Mental II, se trabalha basicamente patologias, sintomas e cuidados de enfermagem... As patologias psiquiátricas... e essa é a maior disciplina, pra ti ver como os cursos ainda estão voltados para a doença e não para a

promoção da saúde (**Iara**).

Eu te diria que em Mental I, a gente começa ali em desenvolvimento humano, que eu acho fundamental, porque os alunos lembram de todo seu próprio trajeto de vida, quais foram suas escolhas, e depois já começa as questões de patologia, os transtornos de ansiedade (**Iara**).

Trabalho o conhecimento mais do ser humano, começa com o desenvolvimento, e dos transtornos, até para poder ter uma compreensão. Às vezes eles não conseguem entender o que é uma doença, acham que é o vagabundo, o sem vergonha, não conseguem avaliar: ou é o louco ou é o sadio, não avaliam os transtornos de percurso (**Maria**).

Na neuropsiquiatria, eu faço um apanhado do desenvolvimento da personalidade, a gente fala da diferença entre neurose e psicose, os transtornos, suas características e sintomas, farmacologia (**Laura**).

Cena 5 - Qual foi sua principal aprendizagem na disciplina de Saúde Mental e como você a relaciona com o fazer da enfermagem?

Trago, neste momento, algumas repostas de alunos em relação à pergunta deste título. Tais respostas foram obtidas quando iniciei a disciplina de “Relações Humanas e Ética Profissional”, em agosto de 2008, sendo que tais alunos não foram meus alunos anteriormente, na disciplina de Saúde Mental I. A proposta não foi de forma alguma avaliar o ensino de saúde mental, mas buscar alguns elementos presentes nas “falas” dos alunos que nos fornecessem indicativos dos sentidos possíveis construídos até aqui pelos alunos em interação com as práticas docentes postas. Não buscava “verdades”, mas algumas pistas. Os alunos responderam:

Aprendi a como entender melhor o ser humano, dentro de seus aspectos físicos e psíquicos. Aprender a saber ouvir, a saber entender seus atos, suas atitudes, seus gestos. Qualquer pessoa que venha a necessitar de minha ajuda na área da enfermagem poderei ter um pouco mais de entendimento e saber ouvir. Todo esse aprendizado da matéria me serviu de foco, para qualquer caso, relacionado ou não à Enfermagem; (...) aprendi a conhecer o indivíduo, analisando seus medos e conflitos, buscando o autoconhecimento (...); (...) mostra as formas com que se deve tratar os pacientes, conforme cada doença. Explica de modo geral como cada tipo de doença afeta o comportamento do paciente. (...) aprendi a me conhecer melhor, porque na Mental você acaba se identificando com vários casos que são bem complicados. A saúde mental é muito importante na enfermagem porque você lida com muitos casos graves psicológicos e você tem que saber conversar com os doentes, incentivando-os. Muitos têm depressão ou algo mais grave, então temos de procurar entendê-los e mostrar que a vida é tudo; foi importante aprender os tipos de personalidade, os mecanismos de defesa das pessoas porque com este

aprendizado é muito mais fácil identificar e ajudar o paciente no momento que ele está com alguma dificuldade psicológica.

(...) aprendemos como nos relacionarmos com os pacientes, aprendemos que temos que dar cuidado especial aos mais necessitados, mas nunca, jamais, criar aquele afeto mais íntimo, se apegar a eles pois afinal é nosso trabalho e não devemos misturar as coisas;

(...) avaliar como nosso cérebro lê e reage a algumas situações e principalmente a respeitar a individualidade de cada um (...);

(...) minha principal aprendizagem foi o comportamento, a personalidade de cada pessoa;

(...) a me conhecer melhor (...);

Apreendi muitas coisas sobre as pessoas, mas principalmente sobre eu mesma, de que somos mais frágeis psicologicamente do que realmente imaginamos e que as coisas na maioria das vezes nos abalam muito mesmo sem sabermos (um processo inconsciente). E que a infância é um período de nossas vidas muito importante para a formação da estrutura de nosso caráter, e de toda nossa vida, inclusive de nossa educação e precisamos compreender que isso muda de pessoa para a pessoa;

Estudar sobre os mais diversos tipos de pacientes, sobre sintomas, confesso que foi muito interessante. A infância, adolescência e a velhice com os seus mais diversos tipo de comportamento, ajudaram com que eu entendesse muitas coisas que aconteciam comigo e com pessoas conhecidas.

Os relatos apontam questões relevantes que nos auxiliam a problematizar o lugar que o ensino de psicologia tem ocupado na formação técnica. A princípio, o ensino de Psicologia deveria:

responder às demandas sociais, políticas e culturais atuais, com vistas a construir uma sociedade mais democrática e mais ética, trazendo consigo visões de homem e de mundo que vão muito além de fornecer um conhecimento 'instrumental', mas que interferem diretamente no processo de subjetivação das pessoas (PASQUOTTO, 2003, p.181).

No entanto, é recorrente o professor e o ensino de Psicologia “cair” em um terreno escorregadio que se coloca entre o ensino de Psicologia e o espaço “terapêutico”.

Os alunos acabam atribuindo ao ensino de psicologia e, neste caso, ao ensino de Saúde Mental, um espaço de resolução de conflitos pessoais e de busca de autoconhecimento, assim como, apropriam-se de um rol de conhecimentos numa perspectiva de controle sobre o sujeito, buscando o controle sobre as condutas e os

comportamentos alheios. A tecnologia leve, dos componentes relacionais, fica enredada à camisa de força da prescrição. Não posso deixar de entender que o espaço docente precisa dar guarida à vida em processo do aluno, espaço de individualidades e subjetivação. Mas é importante ter-se claro que tais processos precisam partir da vida do aluno, mas não se restringir a eles. Precisa extrapolar as vivências individuais e explorá-las em suas dimensões coletivas, públicas, que remetem ao outro e não a si mesmo a produção da subjetividade.

Existe também uma redução da Saúde Mental a um locus de aplicação do conhecimento, o que pode ser percebido pela ideia de relacioná-la a **tipos de pacientes, doenças psicológicas e sintomas**. Em muitas escolas, esta disciplina é dada por enfermeiros⁴⁸. O exercício da interdisciplinaridade é impossibilitado.

A psicologia é uma categoria que tem uma grande produção nesta temática da reforma psiquiátrica, com a construção de novas formas de assistência e serviços em Saúde mental. No entanto, tais questões não se fazem presentes, ou pela ausência do graduado em psicologia, ou pela ausência de compromisso do docente psicólogo com as novas propostas da Saúde Mental que a desatreleam da psiquiatria tradicional. Como exemplo disto, posso dizer que nenhuma professora falou em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas em hospital psiquiátrico.

Eu proponho visita em hospital psiquiátrico, mas fica curto o tempo, carga horária é limitadíssima de saúde mental (**Luana**).

Uns alunos que fizeram estágio no Hospital Espírita me mandaram uma mensagem agradecendo os conhecimentos que eu passei para eles, que lembraram muito de mim lá no estágio, e isso foi muito gratificante. Muitos se interessam na aula, questionam, perguntam, e muitos trouxeram que antes de irem pro estágio achavam que não teriam perfil para trabalhar com a área psiquiátrica e que quando chegaram no estágio conseguiram unir a teoria com a prática e acabaram se identificando com a área psiquiátrica e pretendem seguir (**Karla**).

Oliveira e Alessi (2003) lembram que a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram no hospício, instituição disciplinar comprometida com a reeducação do louco/alienado, centrado no médico/alienista, que representava a figura de autoridade a ser respeitada e imitada, nesse projeto pedagógico, e os

⁴⁸ Das seis docentes entrevistadas, duas referiram que em sua escola esta disciplina (Saúde Mental) era dada por profissional graduado em enfermagem.

trabalhadores em Enfermagem, os atores coadjuvantes nesse processo, os executores da ordem disciplinar emanada dos médicos.

As autoras lembram que:

(...) o momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental caracteriza-se pela **transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava a contenção do comportamento dos 'doentes mentais' e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, que buscam adequar-se a uma prática interdisciplinar**, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações (p. 335, grifo meu).

É fundamental que a formação que habita a educação profissional e o ensino de psicologia comprometam-se com esta necessária transformação paradigmática do cuidado na Saúde Mental. Este período, permeado por disputas e tensões deveria ser favorável à profissão, e favorável ao conhecimento e análise do processo de trabalho nessa área, se o ensino tomasse para si tal demanda.

Na contemporaneidade, **habitar o paradigma da Reforma Psiquiátrica**, e potencializar os novos modelos de atenção e assistência como os Núcleos ou Centros de Atendimento Psicossocial deveriam permear as cenas escolares do ensino de psicologia. A própria noção de atenção psicossocial ou de Saúde Mental Coletiva supõe a intersetorialidade entre educação, saúde e cultura.

Não podemos esquecer que as contradições neste campo são inúmeras. Oliveira e Alessi (2003) indicam que, referente à concepção de objeto que permeia o processo de trabalho dos enfermeiros em saúde mental, estudos demonstram que, apesar do discurso dos enfermeiros estar orientado para a desconstrução do saber psiquiátrico e para a superação das práticas manicomiais, o paradigma predominante em suas ações permanece sendo o modelo organicista, e infelizmente, o ensino de psicologia que pesquisamos não busca fissuras efetivas com esta prática que precisa ser ultrapassada.

Os enfermeiros, dizem Oliveira e Alessi (2003), mantêm as práticas tradicionais – triagem e controle, principalmente medicamentoso –, embora o discurso aponte para atividades de relacionamento interpessoal e trabalho

interdisciplinar. Assim, ainda que reconheçam as limitações do modelo médico-psiquiátrico na abordagem do sujeito com transtornos mentais, ocupam-se, rotineiramente, de sua “doença mental” ao controlar o comportamento dos usuários. Apesar da crítica ao tratamento ofertado pela instituição – pautado pelo modelo-organicista –, não se percebem como agentes de transformação dessa realidade. Parece que, assim como os enfermeiros, os docentes de psicologia permanecem enredados e compromissados com a perpetuação do discurso médico-psiquiátrico, que engolfa o sujeito em sua singularidade, produzindo compreensões generalistas, nosológicas, que pautam o olhar a partir de um escrutínio sintomatológico, no qual diagnosticar, e não escutar e produzir vida torna-se o alvo a ser investido. Não é possível desconsiderar que a própria administração dos medicamentos pode ser momento de captar reações, questões e indicativos para os processos de subjetivação. O problema não é a terapêutica medicamentosa, mas resumir os atos de saúde a ela.

Os alunos, futuros técnicos em enfermagem, irão inserir-se em serviços de atenção à saúde mental, em serviços de psiquiatria, que requerem que este trabalhador tenha um repertório de conhecimentos oriundos dos saberes da saúde, que perpassam o conhecimento da psiquiatria, mas de forma alguma, devem restringir-se a ela.

Para Vietta, Kodato e Furlan (2001) o paradigma da desinstitucionalização em saúde mental traz em seu bojo o desafio de dotar esse indivíduo de um mínimo de recursos vitais que lhe permita independência para as atividades da vida diária e exercício da cidadania, avolumando-se as demandas pela emergência de novas formas de atendimento em saúde mental, com a necessidade de adoção de estratégias de desinstitucionalização e **novos dispositivos grupais e institucionais**, como as oficinas terapêuticas, que buscam resgatar a saúde mental em sua cidadania, ativa e produtiva. O paradigma da desinstitucionalização aponta a necessidade da desconstrução de todo um sistema de saber erigido em função do hospital psiquiátrico, da **transformação das relações de poder entre a equipe técnica e a clientela/usuários e a interdisciplinaridade**, enquanto articulação efetiva das áreas de saber envolvidas de modo a constituir o novo campo da saúde

mental. Também exige esse novo paradigma, a apropriação deste trabalhador pelo trabalho com os grupos, com o coletivo. Os novos cenários de trabalho da saúde mental serão local de atuação do técnico em enfermagem, não parece o mais desejável que ele descubra o que é a nova abordagem após inserido no trabalho, como um elemento surpresa.

É importante perceber que a desinstitucionalização requer que o ensino de psicologia comprometa-se, como já vimos, com a dimensão grupal de trabalho, com a interdisciplinaridade e com o rompimento do modelo de assistência centrado no hospital. No entanto, tais questões não se fazem presentes nas práticas pesquisadas, não com a intensidade que tais demandas nos requerem.

Villa e Cadete (2000) apontam, ao analisar os programas de ensino de Enfermagem Psiquiátrica, que apesar de todos os momentos e movimentos da psiquiatria (Psiquiatria Social, Comunidade Terapêutica, Psiquiatria Comunitária e Psiquiatria Preventiva), manteve-se, nos cursos, a maior parte da carga horária voltada à psicopatologia e sua assistência, tal qual encontramos no ensino de saúde mental na educação profissional.

Para Amarante (apud Villa e Cadete, 2000):

(...) a institucionalização da loucura vai ocorrer pautada na estruturação nosográfica; na imposição da disciplina; na hegemonia médica; na construção de uma instituição médica e não mais social, em torno da qual tudo o mais foi se constituindo, inclusive as demais profissões. [Sendo assim,] (...) não basta substituir o manicômio por outros serviços, mas há a necessidade de uma mudança radical que implica a construção de novas formas de entender, de lidar e de tratar a loucura” (p.14).

Ressalto, no entanto, a importância do processo de desinstitucionalização do psicólogo e do enfermeiro, ou seja, devemos rever posturas, nossos saberes teóricos e práticos que acabam mantendo a exclusão social não só do usuário, mas também do técnico em enfermagem. Faz-se necessário pontuar aqui também a importância de desinstitucionalização do professor de psicologia, que mantém o aluno neste lugar de depositário de uma psicologia psicologizante, individualizante, que pouco fornece subsídios para uma formação voltada à integralidade do cuidado.

Zerbetto e Pereira (2005) apontam que o modelo psicossocial, o qual busca construir e fornecer uma prática substitutiva ao modelo asilar/hospitalar e novas ações de intervenção na assistência, deveria ser uma tendência nas políticas de saúde mental. O novo enfoque da saúde mental visa à reconstrução do sujeito, preservando sua singularidade, sua história de vida e suas relações interpessoais, e busca romper com mecanismos que podem perpetuar a marginalização do “doente”, sem reconhecê-lo como cidadão.

Para rompermos com a predominância do modelo biológico como referencial teórico, precisamos identificar que o olhar do profissional se volta para a pessoa que sofre e tem uma história de vida, uma biografia, ou seja, um cidadão. Como dizem Zerbetto e Pereira (2005):

(...) uma pessoa com sua singularidade e que deseja ser escutada, acolhida, compreendida em uma relação que se pauta no vínculo. A organização do trabalho não é embasada nos princípios dos saberes e das especialidades de cada categoria profissional, portanto, rompe a hierarquia rígida do poder/saber (p. 114).

O técnico, nesta perspectiva, assumiria outra postura: deve utilizar-se do acolhimento como instrumento de intervenção, tornando-se polivalente - suas atividades devem transcender a área específica de formação, rompendo com a questão do aspecto técnico, evitando a fragmentação do processo terapêutico, assumindo a responsabilidade individual e coletiva no acompanhamento dos sujeitos, ou seja, realizando uma intervenção de responsabilidade e afetividade, rumo à integralidade do cuidado e a apropriação do conceito ampliado de saúde. O atravessamento do discurso psiquiátrico também se afirma nas falas dos alunos que remetem a “cérebro”, e “gravidade da doença”. Nestes casos, o sujeito é “engolido” pela doença e seus sintomas, desaparecendo outras possibilidades de existência singular. A questão do desenvolvimento infantil fica compreendida como coordenada existencial, tendo como mote a noção de estrutura e definição do que vai ser o sujeito (noção de caráter). Parece-nos que o ensino de Psicologia, vinculado a tais pressupostos, não consegue comprometer-se com o desenvolvimento da integralidade do cuidado e com a clara apropriação do conceito ampliado de saúde.

Cena 6 - Aula de psicologia ou grupo terapêutico?

Como discutido no capítulo anterior, é fundamental que o professor de psicologia assuma compromissos evidentes e claros com a docência. No entanto, percebe-se que as questões do ensino de psicologia adquirem um caráter “**terapêutico/clínico**”, em detrimento de objetivos pedagógicos. As professoras entrevistadas dizem:

A psicologia dá uma base para eles se conectarem com o que estão sentindo e percebendo, e já é alguma coisa, pois (...) têm uns que não vão conseguir fazer essas discriminações, do que é seu, do que é do paciente, é preciso que o sujeito trate suas coisas (**Laura**).

Muita gente aproveita adoidado a psicologia, têm outros que não querem ver suas próprias coisas, não querem ver nem mexer, mas eu mostro para eles que não é por aí, que quando temos conflitos temos que encarar, enfrentar, não fugir (**Maria**).

A gente ajuda muito as pessoas, eles não têm noção que enquanto no consultório a gente está ajudando uma pessoa, na sala de aula tu pode estar ajudando trinta pessoas a resolver conflitos da sua vida, se conhecer, e acho que essa visão falta, de que a gente planta sementinha, e essas sementinhas vão ajudando eles em suas relações, com os filhos, com os pais, com os maridos, e acho isso fundamental. A psicologia é para isso, para ajudar a humanidade realmente a ser melhor, a buscar suas demandas, seus desejos, sua realização. Então, tomara que teu trabalho ajude os profissionais a buscarem esse caminho (**Iara**).

Espero que eles se tornem pessoas melhores do que são, que eles encontrem na psicologia instrumentos para melhorar as suas vidas, para que eles possam daí atuar e ajudar o próximo (**Iara**).

Quero que eles mesmos possam se conectar com os sentimentos deles enquanto pessoas, pois vão se deparar com coisas que vão afetá-los na relação enfermeiro-paciente (**Luana**).

Em primeiro lugar, a pessoa precisa estar bem resolvida, primeiro com suas coisas, porque a pessoa só pode escutar o outro se tu também tem tua demanda extravasada em algum lugar (**Maria**).

(...) se conhecendo, vocês vão aprender a conhecer o outro, e conhecendo o outro em suas diferenças, questionar certos preconceitos... (**Iara**)

Eu acho que construir um profissional que tenha essa noção de relações humanas, que seja mais humano, que consiga se dar conta de seus conflitos e consiga se melhorar também... (**Luana**).

(...) eu vejo muita essa inquietação, principalmente do nosso desenvolvimento psíquico, da evolução do nosso desenvolvimento, das fases, eles nunca pararam para se ver, se questionar e eu acho isso bárbaro, quando se dão conta e começam a se observar mais e eles trazem essa riqueza, o quanto isso foi importante e que eles podem fazer mudanças não só lá enquanto estão trabalhando, mas na comunidade onde estão inseridos, em casa, nos vizinhos (**Maria**).

Começam a olhar mais, buscam ajuda, tem uma compreensão melhor de poder até perceber de quando alguém não está bem e encaminhar. Isso já é uma contribuição para a sociedade (**Maria**).

Eu acho que eu sempre busco que eles se conheçam, tenham condições de analisar suas próprias reações para não se assustarem com elas, quando se depararem com alguma coisa mais difícil. O autoconhecimento (**Luana**).

Mais uma vez, percebemos a necessidade da construção do perfil professor em detrimento da exclusividade do psicólogo clínico. Talvez resida aí a grande contribuição que a Licenciatura em Psicologia poderia ofertar, já que os compromissos com a saúde não me parecem tão evidentes quanto o desejo de construir-se um perfil psicólogo-docente. Temo que os conhecimentos advindos da psicologia clínica sejam transpostos às salas de aula sem uma devida reconfiguração. Cada vez mais é necessário que os campos nos inspirem complexidade de saberes, que precisam ser abarcados. Não se trata de rechaçar o autoconhecimento, nem de desconsiderar a necessidade de auxiliarmos os alunos na compreensão de seus sentimentos, mas não podemos restringir o ensino de psicologia a esta demanda. Arrisco compreender que todos os docentes possuem esta tarefa: falar da vida como ela acontece e da interferência direta entre atendimento e afeto, assistência e sentimentos.

Outra problematização necessária a esta tarefa do “autoconhecimento” é o quanto esta tem tomado a noção de identidade como algo central nesta busca, em uma perspectiva que compreende identidade como processo interno e individual, e não construção também social, cultural, atrelada às condições sociais e históricas. Entendo que devemos tomá-la como construção permanente, permeada por contextos e agenciamentos diversos. Inspirada em Galeano (1997), podemos dizer que somos o que fazemos para transformar o que somos, não sendo a identidade uma peça do museu, quietinha na vitrine, em suas palavras, mas uma assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia.

Precisamos colocar na vitrine da formação do professor de psicologia estas contradições, habitar estas armadilhas para poder construir novos compromissos docentes que alarguem os saberes necessários à formação

profissional, tanto do professor de psicologia quanto do técnico em enfermagem.

5.5. Claquete 5: O ensino de psicologia: controle ou resistência?

Cena 7 - Manejo neles!

Como docente de psicologia, participo em minha instituição de ensino de capacitações pedagógicas. A cena que narrarei a seguir ocorreu em um seminário de “atualização pedagógica”, que acontece sempre no início do semestre, como momento de encontro entre direção, corpo docente e supervisão/orientação pedagógica. Neste, a coordenadora do setor pedagógico fez uma fala inicial sobre o que, genericamente, um aluno precisa saber, ao findar uma disciplina, buscando oferecer uma noção geral do curso, para que todos os professores saibam quais componentes curriculares devem estar presentes nas disciplinas. Ao referir-se à disciplina de saúde mental, disse:

Quando o aluno sai da Mental, ele precisa saber a diferença de um cara psicótico de um cara normal. Não é, professoras da área?

Coloquei aos colegas que estavam próximos a mim, que, no meu entendimento, meus alunos precisariam saber também de acolhimento e escuta. Silêncio! Do outro lado da sala, uma professora, enfermeira, complementa:

Eles têm que saber manejo gente!

Novo silêncio.... Pausa para pensar: **manejo... O que é isso?** O conceito de manejo pode nos apontar a padronização oferecida na forma do sujeito conduzir as relações com o sujeito a ser assistido, cuidado. Seria a tecnificação e padronização da tecnologia leve, relacional. Desta forma, o que deve ser da ordem dos afetos, da invenção e da criação, trabalho vivo em ato, passa a ser trabalho morto: já pensado, já padronizado, algo a ser novamente reproduzido, mecanizado, automatizado, e o pior, prescrito, ensinado e copiado.

E assim, a área Mental passa a ser mais um campo disciplinar que pouco dialoga com os demais. Nesta perspectiva, estuda-se o mental para ser “aplicado” a determinadas patologias, numa lógica que compreende o sofrimento psíquico atrelado aos pacientes “ditos psiquiátricos”.

Cena 8 - “Mas cadê a postura do nosso aluno?” Atualizações das *nurses* que não podem ser *ladies*

Conto algo que vivencio de forma recorrente nos espaços de interação dos docentes de minha escola. Quanto a isso, a pouca interação entre nós professores impõe uma reprodução da fragmentação do processo de trabalho, tal qual este é e será vivido posteriormente pelo nosso aluno. Somos, em muitas medidas, tarefeiros: recebemos um programa a ser cumprido; entramos em aula; temos um polígrafo na mão a ser um guia; ensinamos o “conteúdo” proposto; saímos; recebemos no final do mês; somos chamados de colaboradores e pronto, mais um semestre se passa.

Os espaços de interação docente resumem-se a um encontro que ocorre no início de cada semestre, no qual combinações são realizadas, as disciplinas são divididas entre os professores do “núcleo⁴⁹”, e a equipe diretiva aponta as mudanças “comportamentais” a serem alcançadas ao longo do semestre, como por exemplo, pontualidade, não desperdício dos recursos, limpeza e organização da sala de aula, material a ser reproduzido, cumprimento do cronograma e plano de ensino e assim por diante. A lógica “comportamental” atualiza-se de tal forma que as colocações dos professores passam a estar calcadas nesta mesma perspectiva, o que me faz pensar por que as professoras, tanto as de enfermagem quanto as de psicologia, são tão obcecadas por “**postura**”. Explico-me melhor.

Nas reuniões pedagógicas, facilmente nos vemos enredadas em discussões e queixas a respeito dos **comportamentos dos alunos**. Um exemplo foi

⁴⁹ Eu, particularmente, pertenço ao núcleo de “Saúde Mental” e de “Relações Humanas e Ética Profissional”. Existem também os núcleos de Enfermagem Assistencial, de Saúde Coletiva, de Estágio Supervisionado e de Anatomia e Fisiologia.

a fala de uma colega, professora de Enfermagem Assistencial e supervisora de estágio. Diz ela:

Eu não admito aluno em sala de aula usando boné e mascando chiclete. Eles precisam aprender que no hospital⁵⁰ eles não vão poder estar assim... por isso, ensinar uma postura correta é nosso papel!

Outra professora complementa:

Isso é o mais difícil! A matéria é barbada, mas ensinar comportamento...

Escutam-se risos na sala. Em mim, reverbera a perplexidade. Quando essas questões surgem nas reuniões, rapidamente sucumbimos às queixas, às lamúrias, colocando o jovem neste lugar de “bárbaro”, que não teve educação adequada em casa, e que precisa rapidamente aprender a ter uma “postura adequada”.

Não deixamos espaço para a discussão dos conhecimentos que circulam nas salas de aula, qual projeto politicopedagógico precisamos construir, e **restringimos o ensino à lógica comportamental**. É, nesta mesma cena, que as professoras de psicologia escutam da diretora da escola:

As professoras de psicologia certamente podem nos ajudar, trazendo material a respeito de limites.

Facilmente a psicologia é engolida pela demanda de responder à **disciplinarização e adequação dos corpos/sujeitos** e, facilmente, calamo-nos e/ou concordamos. Não posso deixar de buscar compreender porque o pedido para a psicologia é atravessado, inúmeras vezes, pelo desejo de disciplina, limite, correção. Como exemplos escolares temos as ideias dos alunos-problema que as professoras da psicologia teriam algo a fazer, aos grupos que estão desintegrados e que o professor de psicologia poderia integrar e assim por diante. Tais solicitações são realizadas e não existe uma vítima e um algoz, na qual são as “outras” pessoas limitadas em seus conhecimentos em relação ao que significa colar a psicologia

⁵⁰ A confirmação do ensino que fortalece o hospital como **O** modelo assistencial.

neste lugar. É preciso compreender que a psicologia se reduziu a este lugar, acabando por ofertar, em demasia, práticas corretivas e “ortopédicas”, acabou produzindo um imaginário que a reduz a isso.

É preciso retomar em sua radicalidade o que a Análise Institucional propõe, qual seja, a psicologia precisa *perguntar* mais que *oferecer respostas*, abrir significações possíveis antes de fechar uma explicação razoável. Há que pensarmos quais foram as condições que fizeram dos alunos “desadaptados” a imagem do problema, e da psicologia a possibilidade de correção.

Voltando à Cena 8, gostaria de agregar que talvez seja uma estratégia de diferenciação entre enfermeira e técnico em enfermagem colocar o profissional técnico neste lugar a ser “domado e ensinado”. No entanto, se ele é alguém que precisa ser civilizado, acaba não conquistando um lugar potente, no sentido de ser entendido como um trabalhador de saúde, futuro colega, que será co-responsável pela assistência de enfermagem e pela construção dos planos de cuidados dessa assistência. Oferecer um lugar de “tarefeiro” e executor de ordens garante à enfermagem a manutenção das relações de poder. Quanto a essa questão, o professor de psicologia parece não a discutir ou problematizar, nem entre seus colegas, nem entre seus alunos.

Ramos e Pereira (2006) contam-nos algumas questões interessantes da história da enfermagem que, além de dar um sentido ao nome que escolhi para essa cena, sinaliza-nos velhos e atuais aspectos persistentes no corpo da profissão da enfermagem. As autoras afirmam que a evidência da divisão social do trabalho mais conhecida no âmbito da formação profissional em saúde diz respeito à história da enfermagem, pois esta mostra que as atividades desenvolvidas por esses profissionais independiam de conhecimento teórico, sendo suas atividades decorrentes de **treinamento** em habilidades para procedimento prescrito. As instituições femininas e religiosas tiveram papel significativo nos cuidados aos doentes - a Enfermagem era, predominantemente, uma atividade prática, sendo a

caridade⁵¹ o atributo moral e religioso das ações desenvolvidas.

(...) ainda sobre o passado, a qualificação para o desempenho nas atividades de enfermagem não consistia num ensino sistematizado, mas sim em **treinamento** de jovens (...), essencialmente prático (...). Os superiores, já treinados, orientavam o aprendizado das novatas que desenvolviam **comportamento copiativo**, numa relação mestre-aprendiz. Aprendiam algumas preleções sobre anatomia e patologia, não se preocupando com o nível intelectual e em dar informações teóricas às aprendizes (p. 23, grifo meu).

A qualificação de trabalhadores para a prática da enfermagem moderna, no século XIX, na Inglaterra, inicia com a criação da primeira Escola de Enfermagem que priorizava as **qualidades morais** das candidatas. Neste “modelo” de formação surgem dois grupos profissionais: o das mulheres com domínio intelectual e prático e o das mulheres com domínio fundamentalmente prático. A escola inglesa, inicialmente, recebeu alunas da alta burguesia, as **ladies**, que pagavam pelo curso, e alunas da camada popular, as **nurses**, que tinham gratuidade no ensino. Ramos e Pereira (2006) relatam que:

(...) nascida na consolidação do capitalismo, a Enfermagem moderna reconhece a utilidade social e insere no seu processo de trabalho a repartição de tarefas e, caracterizando a divisão social do trabalho, apresenta-se em dois estratos sociais distintos. **Às ladies cabia o pensar**, concretizado nos postos de comando. Para o cuidado, entendido como **trabalho manual, ficavam encarregadas as nurses** (p. 23, grifo meu)

Evidencia-se a dicotomia entre o trabalho manual e o intelectual pela classe social. Nesse exemplo, podemos perceber que a divisão social se expressou na divisão técnica. De modo que, embora recebessem a mesma qualificação, **às ladies foram destinadas as funções de controle, supervisão**. Para as **nurses, as funções submissas**; às *ladies*, o trabalho intelectual, às nurses, as tarefas fragmentadas: as bundas, o cocô, o sangue, a pressão arterial.

Essa polarização que vemos existir ainda hoje é um desafio para aqueles que não conformam os sujeitos a lugares predestinados. Essa pesquisa configurou-se numa tentativa de superar a hegemonia da concepção naturalizadora do trabalho

⁵¹ Ainda hoje escuto reminiscências disso nas falas de minhas colegas professoras enfermeiras. Escuto com frequência que a enfermagem é um dom, é uma vocação, uma doação incondicional.

desenvolvido por profissionais do nível médio, circunscritos a meros executores de rotinas, tarefas e procedimentos, o que de longe potencializará a integralidade do cuidado, uma vez que o sujeito passa a ser entendido como um corpo a ser objeto do procedimento e o trabalhador, um mero executor deste mesmo procedimento.

Inspirada em Manoel de Barros (1998, p. 79):

(...) não agüento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 horas da tarde, que vai lá fora, aponta o lápis, que vê a uva etc... etc. Perdoai. Mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas.

O ensino de psicologia forjou-se nesta lógica de **controle comportamental e construção de posturas**. Além da tentativa de exercer controle sobre o outro, é submetido ao controle sem questionamento. Tomemos como exemplo a existência do **polígrafo** como elemento desta paisagem, como analisador de uma disciplina normativa, disciplinar e de controle.

Cena 9 - O polígrafo

Das seis professoras entrevistadas, apenas uma não citou a existência do polígrafo ou da apostila, o que não quer dizer que não faça parte do ensino. Entender **o polígrafo como dispositivo normativo, de regulação**, é compreendê-lo como “rede que conecta um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, regras, proposições filosóficas e morais” (Foucault apud Nardi e Silva, 2005, p.99).

O polígrafo acaba por escolher entre aquilo que está dado e exclui qualquer possibilidade de invenção de novos modos de existência na paisagem docente. Quando se perguntou às docentes como era realizada a elaboração dos seus planos de ensino, todas trouxeram uma ideia de liberdade e autonomia, sem questionar ou lamentar a existência do polígrafo ou apostila. Elas relatam:

Eles procuram reunir os professores de cada núcleo de disciplinas, se vê que a gente conseguiu melhorar alguns conteúdos, aumentar a carga horária, ver quais referenciais, isso se vê. A princípio então há a reunião de núcleo, mas sempre a decisão final fica com a direção. Por exemplo, em relação ao número de horas e o núcleo construiu um polígrafo para as disciplinas (**lara**).

Particpei muito do plano de ensino, sempre foi deixado para que a gente possa avaliar. Elaboramos um polígrafo das disciplinas (**Maria**).

Quando eu entrei já tinha um plano estabelecido por outra professora, já tem um polígrafo montadinho que tu tens que te embasar porque os alunos não vão fazer xerox de mais coisas. Eu seleionei algumas coisas que eu achei em defasagem e acrescentei coisas (**Luana**).

Existe uma apostila com conteúdos mínimos, mas podemos inserir coisas, discussões (**Valéria**).

Eu cheguei com um cronograma montado e todo final de ano e início se senta eu e as outras professoras e discutimos o cronograma, às vezes a gente altera. Existe um polígrafo que tem um embasamento, mas não se fica só no polígrafo (**Clara**).

Também deparamo-nos com um ensino de psicologia comprometido com o **aparato normativo**, com a **disciplina**, com a **performance** individual dos trabalhadores técnicos, o que pode ser visualizado nas falas cuja preocupação tangenciam **posturas e resultados** dos/das alunas. Como primeiro exemplo, **Valéria** diz:

O mercado de trabalho quer que o aluno tenha competência técnica e humana, sabendo se relacionar com as pessoas, dando resultados, na parte técnica e na vivência.

O **saber ocupar seu lugar** e realizar sua função aparece como capacidade indispensável ao bom desempenho do futuro profissional. Um controle se produz por meio da interiorização da norma, sustentando-se em modos de dominação dependentes da construção de uma interioridade única e do assujeitamento dos atores. O controle e a disciplina consistem **modulação da conduta, do comportamento e das atitudes**, colocando cada indivíduo no lugar onde ele será mais útil (NARDI; SILVA, 2005). O objetivo é criar uma homogeneização dos modos de existência. Ocorre um processo de privatização da subjetividade que invisibiliza as linhas de forças sociais e coletivas.

Retifica-se, assim, um ensino de psicologia que se coloca como **guardião da ordem, especialista em condutas**, usufruindo dos poderes de classificar aptos e inaptos, adequados e inadequados, corrigíveis e incorrigíveis, medindo e avaliando a pessoa certa para o lugar certo (HUNING; GUARESCHI, 2005).

A docente de psicologia relata que o mercado de trabalho deseja:

(...) um profissional que tenha consciência de relações humanas, que saiba se colocar no lugar do outro, que tenha uma postura profissional e ética, dentro dos padrões exigidos para a enfermagem (**Karla**).

Quando pergunto à Karla, o que seriam esses padrões exigidos pela enfermagem, ela responde com um breve silêncio e depois diz:

Ter noções de tratar o outro bem, conhecer o código de ética da profissão, a questão da **postura profissional**, de como tu vai atuar num **hospital**, por exemplo, que tu tem que ter uma postura de respeito, de silêncio muitas vezes, de tratar bem o paciente, eu acho que essa noção geral assim.

Além da formação hospitalocêntrica reafirmada, a postura vira a tônica do ensino. Quanto ao perfil, deseja-se desse aluno que ele tenha:

(...) respeito extremo ao outro, gostar da profissão, seriedade, essas coisas (**Valéria**).

Neste caso, podemos pensar que seriedade pode oscilar entre obediência e responsabilidade, e que “essas coisas”, referem uma indisponibilidade de reflexão no momento da entrevista.

Eu não sei se é porque tem ética junto, mas eu sou bem exigente com postura, porque são alunos que chegam do segundo grau, muito jovens ou de uma cultura, a forma da vestimenta, como se colocam, o linguajar, enfim, eu tento abordar as questões de postura, eu sou muito exigente, nem tanto com os conceitos, mas mais com a postura (...) daí a gente precisa mostrar que eles precisam ter postura, educação, a questão das gírias é uma coisa... eu trabalho muito a postura, porque eles chegam de um jeito que assusta (**Clara**).

(...) saiba resolver conflitos, que seja pró-ativo, que diante do conflito ele tenha essa sensibilidade de não piorar o conflito cada vez mais, que ele possa ter sensibilidade e bom-senso para a resolução de conflito, um profissional que tenha autonomia, que não precisa que digam isso, isso, enfim, que tua função é essa, que tenha claro sua função para ele (**Karla**).

Parece-me que autonomia está posta no sentido de saber qual lugar deve ocupar, sem que haja a necessidade de perguntar-se qual é sua função, seu papel. O “*jeito que assusta*” que Clara relata, remete-nos ao “inadequado” ou “bárbaro” que precisa ser civilizado “normalizado”, enquadrado em um *habitus*. Uma psicologia que

compromete-se com resultados comportamentais, no qual os alunos:

(...) comentam suas mudanças de relacionamento com chefia, com família... coisas do tipo. Melhorarem como pessoas (**Valéria**).

E aqui, a ética aparece na perspectiva de moral, de postura, de boa educação.

Cena 10 - Entrevistando Iara: um pouco de possível, uma linha de fuga

Encontrei, nas histórias e lembranças docentes algumas linhas de fuga. Para Deleuze (1998), encontrar linhas de fuga seria buscar outras aragens. Não seria fugir como demonstração de covardia, pois, para ele, fugir não é absolutamente renunciar às ações, pois não há nada mais ativo que uma fuga. Para ele e para mim, ao subir nos ombros deste *gigante*, acredito que é preciso que façamos “alguma coisa fugir, fazer um sistema vazar como se fura um cano (...). Só se descobrem mundos através de uma longa fuga quebrada” (p. 49).

Quais fugas e bifurcações encontramos nas falas docentes? Quais possibilidades de diferenciações fizeram-se presentes neste encontro pesquisadora-docente-espaco formativo-implicações políticas-perguntas?

Pensar num curso que trabalha com seres humanos, não dá pra pensar sem ter a psicologia junto, trilhando esse caminho... A gente observa isso... eu tenho colegas que fizeram o curso e quem deu relações humanas, por exemplo, foi uma enfermeira, mas os enfermeiros eles têm uma outra perspectiva, outra visão... do cuidado do sintoma, da patologia, a hierarquia, a questão hospitalar, a instituição em si, a regra, a rotina... então como a psicologia contribui? Obviamente nós passamos para nossos alunos todo o desenvolvimento normal, eles conseguem se ver nisso, e no momento que eles conseguem se ver como seres humanos, com qualidades e defeitos, vão conseguir ver no outro também isso, que o outro precisa ser respeitado como um ser único (...), lembrar que ele tem a história de vida dele e a psicologia faz muito isso, que cada um tem sua história (**Iara**).

Eu não consigo imaginar qualquer sistema de saúde sem o técnico em enfermagem, ele é quem dá o tom da humanização, porque as chefias

ficam muito nas questões burocráticas, o médico trabalha em vários lugares ao mesmo tempo, ele pouco vê seu paciente. Ele vem para dar o diagnóstico ver como vai ser o tratamento. Mas o técnico fica 24 horas, ele fica o tempo todo com o paciente, ele pode ver toda a evolução desse paciente, isso é uma coisa maravilhosa dentro da profissão, (...) porque é isso que esta faltando hoje em dia, não é a medicação que vai proporcionar uma cura ou uma melhora do paciente, mas a forma com que vai ser administrada. Jogar um comprimido na boca de alguém, qualquer um joga, não precisa ser um técnico em enfermagem, nossa mãe fez isso a vida toda, medicou sem ter curso, entende... tem que ter esse diferencial, essa humanização e esse espaço está ai para ser ocupado (**lara**).

Estas falas da lara, uma das professoras que entrevistei, traz acenos de um ensino de psicologia que se deseja diferente, que se coloca na paisagem docente como promessa de diferenciação, uma linha de fuga ao “ensino duro” e conteudista que encontramos. É interessante perceber que as questões que lara julga serem de “interesse” da enfermagem, estão presentes como compromissos docentes das professoras graduadas em psicologia (sintoma, patologia, hospital, regras). **Mas lara almeja uma Psicologia que ultrapasse esses limites.**

Gostaria de tecer algumas considerações quanto ao mapeamento do que torna possível lara trazer novidade em seu “discurso professoral”. lara possui, além da graduação em psicologia, formação técnica em enfermagem. Possui 27 anos de experiência profissional nesta área. Habita este campo e consegue problematizá-lo. Podemos também inferir que a diferença no ensino de psicologia não pode ser pensada como um estado a ser alcançado, mas como momentos e experiências que se fazem possíveis em alguns preciosos instantes. Surge o desejo de congelar esta cena para que se perpetue por mais tempo como modo de existência, como disparador de contágio pelas outras práticas docentes.

Eis uma das tantas aprendizagens com esta dissertação: não há a revolução, a transformação, mas devires revolucionários que precisam ser ativados nos espaços de formação (destes alunos e destes professores). Não existe um estágio a ser alcançado de um todo, mas exercícios possíveis que instigam o campo a produzir diferenciações. Desta maneira, não podemos cair no terreno de prescrições do tipo como deve ser o ensino de psicologia, mas ativar ao máximo possível sua capacidade de problematização e referência aos eixos produtores de uma nova ética e estética na produção da saúde.

5.6. Claquete 6: Ensino de psicologia e contribuições: saberes presentes, saberes ausentes e novas apostas na construção de um compromisso com a saúde

A **Psicologia do Desenvolvimento**, a **Psicologia Clínica** e a **Psicopatologia** são reverberações que se atualizam em todas as práticas docentes do ensino de psicologia. Saberes presentes. Saberes em excesso. Um excesso que pode anular o porvir que a ausência poderia produzir.

O trabalho dos docentes de psicologia envolve uma espécie de “**escuta clínica individual**” com o objetivo de identificar sintomas, conflitos pessoais, questões a serem encaminhadas e assim por diante. A **escuta de coletivos** na perspectiva de contribuir para a compreensão do processo de trabalho, a composição em equipe de forma autoral e o exercício da interdisciplinaridade não se fazem presentes.

O ensino de psicologia precisa proporcionar formas de aprendizagem capazes de potencializar a emergência de coletivos inteligentes, com habilidades para ressignificar seus processos de aprendizagem e o próprio campo do trabalho (LÉVY, 1998). Os coletivos inteligentes trabalhariam também com a escuta, mas somando a ela expressão, conexão, contextualização e construção de pontes entre cognição, afeto e sensibilidade.

Uma das professoras trouxe a **Psicologia Social e Comunitária** como presença em sua prática docente, dizendo:

Psicologia social e comunitária, mesmo a clínica, está dentro de tudo, pois tu tem que saber de uma dinâmica para entender o teu paciente, tem que saber como ele funciona, claro que não como um psicólogo, mas com um olhar de uma pessoa que tem um estudo, um olhar diferenciado e poder fazer esse reconhecimento (**Karla**).

Outra professora ainda refere-se à **Psicologia Comportamental**:

Eu não chego a trabalhar fortemente, mas eu gosto muito da psicologia

comportamental, então eu procuro dar sempre esse enfoque (**Valéria**).

Quando solicitei que fizessem sugestões de áreas do conhecimento da psicologia que poderiam incrementar a formação do técnico em enfermagem, nenhuma sugestão foi dada, a não ser aumento de carga horária das disciplinas. Não encontrei espaço para uma psicologia que discuta o processo de trabalho. Não houve referência à Psicologia do Trabalho, Psicologia Institucional ou Psicologia de Grupos, necessárias à garantia da integralidade do cuidado e conceito ampliado de saúde, como tenho defendido até aqui. Nesta constatação, retomo as falas:

(...) o foco que eu chamo a atenção para trabalhar com a enfermagem é a clínica. O que me chamou para a docência com a enfermagem é que eu não ficaria falando em psicologia institucional ou psicologia grupal ou seleção de pessoal. Minha abordagem é clínica, pacientes, tipos de estrutura de personalidade... de forma que os alunos entendam, então minha abordagem é totalmente clínica (**Clara**).

Existe, em alguma medida, uma certa crítica à redução do fazer da enfermagem.

Claro que, às vezes, é colocado como um trabalho mais operário, mecanizado, tu vai lá limpar e deu, são colocados assim, mas eu vejo de uma importância tamanha, se tu fores pensar é o que possibilita a entrada desse paciente e o que modifica a saída (...). Eu tinha uma ideia diferente antes de começar a dar aula para o técnico, que era um trabalho desqualificado, que não precisava muito penso (**Clara**).

No entanto, Clara é a mesma professora que diz que sua abordagem em sala de aula é a psicologia clínica, parecendo assim, não discutir o processo de trabalho da enfermagem, nem a necessária reflexão a respeito destas representações postas ao trabalhador. A docência que encontrei não parece ser terreno fértil para esta temática:

O mercado busca mais o tecnicismo, não que eu seja contra a tecnologia, mas como isso está em alta, eu vejo que os recursos humanos buscam o quê, que saibam fazer o curativo, que saibam operar as máquinas, as bombas de infusão, por exemplo. Que tenham técnicas e que sejam profissionais passivos, tipo funcionário padrão. Hoje em dia eles não querem pessoas críticas, que vão incomodar de alguma forma. Acho isso na verdade um contra senso, mas eles buscam justamente um tarefeiro, acho isso triste né, porque os profissionais que tem um caminho, que se sentem mais livres para realmente questionar, tendem a ser vistos como os

que incomodam, os que não sabem conviver em equipe, e isso está empobrecendo o cuidado (**Iara**).

A necessária discussão da interface trabalho e produção de subjetividade não encontra acolhida. Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001) trazem que “na aprendizagem da formação profissional, o trabalhador também aprende **o deve-ser**, criando-se e construindo-se, em sua alma, forças que estimulam o espírito da **disciplina** no seu corpo” (p. 94, grifo meu). Como já vimos, a disciplina, como uma mecânica do poder, constituiu-se em práticas que tem como objetivo a dominação do trabalhador: seu esquadrinhamento, desarticulação e recomposição. Processa-se um trabalho sobre o corpo e a alma do trabalhador para que ele não apenas **realize e execute o que se quer**, mas que o faça conforme as normas, as técnicas e as determinações emanadas da organização do trabalho. Sendo assim, como prescindir nesta formação da discussão que se presentifica em autores e referências da Psicologia do Trabalho, Psicologia Social e Psicologia Institucional?

As relações de trabalho e de poder, então, buscam a dissociação do poder do corpo do trabalhador, a sujeição das suas forças à disciplina, criando/produzindo um aumento das suas habilidades e utilidade, concomitante ao aumento das suas forças de submissão, de assujeitamento. Também referente ao processo de trabalho, os **modelos de assistência** ficam fora da cena educacional, ao ser colocado sempre **o hospital** como **o lugar do técnico em enfermagem**:

Trabalho também as características do profissional da enfermagem, as emoções dos pacientes, os mecanismos dos pacientes para poder agüentar uma internação, suportar a dor, a raiva, a projeção... essas coisas, para eles entenderem que faz parte do processo de hospitalização essas coisas (**Luana**).

Nas entrevistas realizadas, apenas uma docente referiu **outro modelo de assistência**, além do hospital. Espera-se que seu aluno tenha:

(...) compromisso com a saúde do outro, sempre buscar investir na saúde do outro, buscar não prejudicar as pessoas, saber trabalhar em equipe, e trabalhar em equipe também envolve a comunidade onde ele vai dar o atendimento, não é só dentro da instituição que ele vai estar trabalhando, tem os familiares, a comunidade no geral, quando ele vai trabalhar num posto de saúde que ele busque ter um contato e um conhecimento daquela comunidade, por isso que é importante a questão das visitas domiciliares,

eu acho que tudo isso envolve o social (**Karla**).

Cena 11 - A inexistência do diálogo, do exercício da interdisciplinaridade

Nenhuma professora entrevistada falou em **interdisciplinaridade**. A equipe sempre foi trazida pelos professores como reafirmação das identidades profissionais, cada um no seu lugar, numa lógica de perpetuação de práticas que não se questionam e nem dialogam com outros fazeres e saberes. Conforme Marascchin e Palombini (2007):

(...) é preciso romper com as lógicas e engrenagens circulares, ou seja, lógicas que podem ser reapropriadas no sentido do reforço do mesmo, do reconhecimento, na insistência da sobrecodificação do vivido: tal como é o caso da insistência da atitude queixosa que se recria incessantemente em todas as instituições (p. 24).

O grupo deveria ser tomado como potência à interdisciplinaridade, ou seja, um modo de produção de conhecimento que se deixa perfurar e interferir pelas potências dos saberes de diversos campos e disciplinas, não professando, portanto, a purificação disciplinar (FONSECA, 2007). É imprescindível reconhecer o campo social, e, assim, o campo da saúde, como atravessado por uma série de acontecimentos e situações para as quais a psicologia não tem condições de dar conta, senão aproximando-se de outras áreas do saber⁵² para realizar análises e intervenções mais conectadas com as demandas que a ela são postas.

(...) não se trata de aplicar um conhecimento psicológico em locais distintos, mas de construir outros conhecimentos psicológicos que emergem justamente da prática profissional em vários campos.... o campo de atuação como territórios para novos saberes (EIDELWEIN, 2005, p.65).

Deixar-se afetar pelas conversas com suas vizinhanças, definidas não somente pela proximidade e possibilidades de articulação, mas considerando, sobretudo, uma certa identificação epistemológica, política e ética. Erosão de fronteiras, permeabilidade às interferências. Isso seria o exercício do pensar e do

⁵² Exemplo: acreditamos na necessária aproximação do campo da Educação com o da Saúde Coletiva.

fazer interdisciplinar. Plasmar-se-ia a “equipe/grupo/coletivo”.

Faz-se necessário assumir o risco de pisar nas suas armadilhas disciplinares e de afirmação de identidades profissionais, para poder ter a chance de reconhecê-las e desarmá-las. O ensino de psicologia potencializaria a integralidade do cuidado, caso se oferecesse como esteio a essa pisada, a essas necessárias experimentações de ocupação de paisagens.

É preciso romper com uma lógica formativa na busca e conservação de identidades profissionais ensimesmadas em suas próprias ações. Como nos lembra Maraschin e Palombini (2007), se no campo da psicologia, e aqui acrescentaria o campo da enfermagem, a busca de uma identidade profissional foi necessária, à época da criação da profissão, tendo um propósito instituinte de um campo de conhecimento e de trabalho, hoje existe a necessidade de uma identidade que opere no coletivo da rede e que não se exima de exercícios de co-autoria profissional, tal como ocorre nas equipes intersetoriais, conforme os princípios que, na área da saúde, regem o SUS. O ensino de psicologia, transversalizado pelo modo grupal e coletivo, ultrapassaria os possíveis significados de autoria como prática individual, privativa ao trabalhador como entidade fechada em si mesma. O trabalho em “grupo/equipe/coletivo” é tomado como corpo *tornando-se (in process)*, dando passagem à vida e a mundos outros, corpos-artesãos de uma existência refinada pelo viver, pelo publicizar das experiências.

O “grupo/equipe/coletivo” deve ser espaço de invenção, ética do ensino em psicologia, como convite para o empreendimento de atividades criadoras, buscando desistir e deslegitimar a invenção como exclusividade dos grandes gênios, dos doutores, dos especialistas e assim por diante, reconhecendo-a como potência de todos e todas, pois como lembra Pelbart (2003):

(...) todos e qualquer um inventam, na densidade social da cidade, na conversa, nos costumes, no lazer – novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. A invenção não é prerrogativa dos grandes gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é a potência do homem comum (p. 23).

Para tanto, as práticas pedagógicas precisariam ser mais inventivas e

menos conteudistas. O que encontramos foram experiências docentes circunscritas a um rol de conteúdos a serem dados, uma grande preocupação em “instrumentalizar” os alunos com descrições de sintomas, patologias, transtornos psiquiátricos etc.. O ensino de psicologia que defendo, assim como a formação profissional que aposto ser capaz de efetivar a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde, é aquela que se assentará na reinvenção da vida, que considerará a potência como atributo do ser humano, pois todos e todas podem inventar nas atividades, nos corredores, nas brincadeiras, nas conversas, nas salas dos professores, nos intervalos de aula, nos entremeios escolares, na relação com o outro, com a alteridade.

Os processos de subjetivação criativos e inventivos seriam feitos por meio do rompimento com a noção de subjetividade intimista e individualista, para que surjam, como dizem Zanella e Molon (2007):

(...) os novos desejos e as novas crenças possibilitadas pela ressignificação das relações interpessoais, pelo pertencimento por meio da parença e/ou divergência na cooperação em grupo, nos encontros de corpos afetados, abrindo-se para as subjetividades que se (re)criam e se concretizam na objetividade, que é viva, que é potência psíquica e política (p. 62).

Rocha e Almeida (2000) retomam que “a tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente” (p. 98). Pontuam que neste momento de falas, escutas e cumplicidades, devem ser criadas as relações de vínculo e a aceitação do outro em sua singularidade e alteridade. Tudo isso se produzindo, garantiria a responsabilidade de ambos em torno do problema que vai ser enfrentado. Tais questões remetem-nos à necessária interação entre ciência, tecnologia e prática. Nesta perspectiva, lembram os autores, as produções do campo da Saúde coletiva estão se preocupando com a discussão da interdisciplinaridade para apreender este objeto complexo que é o processo saúde-doença-cuidado, devido à sua natureza biológica, social, psicológica e cultural.

Assim, tomando a perspectiva do **processo saúde-doença-cuidado**, verificamos que, como apontam Rocha e Almeida (2000), a lógica instrumental dá a

sustentação ao trabalho em saúde, que se apóia na fisiopatologia para o diagnóstico e a terapêutica, obtendo-se **relativos** sucessos, se considerarmos como resultado a restauração biológica.

Entretanto, se considerarmos **a experiência**, isto é, o significado do padecimento, o vivido existencialmente durante o processo, precisamos pensar o limite da intervenção, na forma como estabelecemos o cuidado e nas associações entre o cuidado e o processo diagnóstico que permitem atuar na intervenção.

Aqui faz sentido uma postura ativa dos trabalhadores de interrelação, de afecção, de encontro e diálogo interdisciplinar, relacionando os diversos conhecimentos e vivências na construção coletiva de um projeto do cuidar em sua integralidade.

Cena 12 - Cadê a subjetividade enquanto processo? O gato comeu?

Deparamo-nos com um ensino de psicologia que **fortalece o modo indivíduo de existência** e não considera a subjetividade como potência disruptiva deste modo. Neste sentido, não podemos desconsiderar que, como aponta Prado Filho (2005):

(...) durante grande parte do século XX, a psicologia foi a 'ciência do indivíduo': por objeto, pelas concepções individualistas, no predomínio da clínica; porém, a partir dos anos 1980, torna-se mais social – psicologia social: sujeitos e objetos sociais, concepções sociais e práticas políticas (p. 88).

Parece-nos que o ensino de psicologia inserido na educação profissional da enfermagem ainda permanece sob a égide desta ética indivíduo, não conseguindo alinhar a subjetividade como proposição ético-estético-política. Nessa paisagem que habitamos, não conseguimos encontrar a problemática da subjetividade de forma consistente, adensada. Encontramos falas que apontam para uma subjetividade privatizada e não na perspectiva de seus atravessamentos por fluxos sociais e políticos, como modo produzido/co-engendrado de ser/existir

socialmente.

Como nos diz Prado Filho (2005):

(...) se a psicologia – discurso moderno - tem sido ciência do indivíduo, saber disciplinar sobre o sujeito, uma psicologia centrada na concepção de subjetividade exteriorizada seria uma psicologia descentrada do sujeito – psicologia dos cruzamentos de fluxos, dos agenciamentos, da produção do desejo, das maquinarias, das maquinações (...) (p.90).

Apostar nisso seria aproximarmos a psicologia e, assim também, o ensino dela, com a **psicologia da resistência** ao modo de existência indivíduo em prol dos coletivos. Não podemos deixar de compreender que um dos principais efeitos políticos da invenção dos saberes psicológicos – que se assentam na ideia de interioridade essencialista do sujeito – é o de colocar em evidência e de legitimar a dicotomia entre indivíduo e sociedade. Tomando o indivíduo como matriz que torna possível compreender a dinâmica social, esse tipo de saber será marcado por um processo de **individualização do social** e de **dessocialização do individual** (NARDI; SILVA, 2005).

É necessário que o ensino de psicologia assuma que o sujeito é atravessado pelas regras morais e verdades definidas socialmente ao construir sua forma de inserção no mundo. Devemos compreender que, para que uma ordem social seja transformada, para que se possa estabelecer uma ruptura com uma determinada dominação, é necessário desconstruir os regimes de verdade que naturalizam as relações sociais (NARDI; SILVA, 2005).

Apostar num ensino de psicologia que desloque seu olhar do **comportamento** e da **internalidade/individualidade** do sujeito para as práticas culturais, que produz e nas quais é produzido. Percebemos que as docentes utilizam um recorte de **psicologia clínica** que centraliza no individual todas as contribuições da psicologia. **O ensino de psicologia incrementa o modo indivíduo e não o coletivo.**

Cena 13 - Conceito de saúde ampliado e integralidade do cuidado: compromisso docente?

Dentre as perguntas realizadas nas entrevistas com as docentes, uma delas foi: *você situa em sala de aula a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde?* Peço aos leitores que leiam estas palavras e busquem imaginar o que podem significar as pausas, os silêncios, as interrogações, as reticências:

Sim, a integralidade do cuidado é tudo que eu busco, não é só uma medicação, mas ver o ser humano como um todo, com sua história, com seus vínculos familiares... **(Iara** - pede para eu repetir a pergunta, demora um pouco para a resposta).

Sim... Em Ética e Psicologia, eu trabalho muito com isso, de ver o ser humano como um todo, conhecer a realidade dele, saber quem ele é, isso é direto **(Karla)**.

Não só eu, como eu vejo, se trabalha muito... o que a gente acaba passando outros colegas reforçam, e acaba sendo colocado de alguma forma, principalmente os que a gente tem vínculos maiores, entre os professores **(Maria)**.

Me explica isso... Como assim? **(Luana)**

Não **(Valéria)**.

Integralidade do cuidado, tu falas o quê? Talvez eu tenha um outro termo para usar... é que antes tinha mais uma abordagem da saúde coletiva que tinha uma psicóloga muito boa, ela me trazia muito essas questões de postos de saúde, que ela trabalhava na Prefeitura e ela me dava umas ideias, mas como eu tenho mais uma abordagem da clínica, eu não consegui trazer tanto essa experiência para eles **(Clara)**.

A demora para responder; as referências “o ser humano como um todo” ou “isso, o ser humano como um todo”; a informação de um *conteúdo* natural: “a gente acaba passando”; a surpresa: “como assim?”; a resposta honesta: não; o desconhecimento: “tu falas o quê?” A fragilidade não é conceitual apenas. Não podemos fazer uma discussão rasa no sentido de entender que a problemática é apenas de cunho teórico. O que se percebe é uma compreensão de integralidade e

saúde remetida somente aos atos individuais, à visão de saúde circunscrita ao individual, não trazendo a dimensão relacional como produtora de existência ou, ainda, a remessa à atenção básica, como um modelo assistencial específico e localizado. As demoras, as surpresas, as interrogações podem apontar reflexão, o que nos agrada pensar por apontar que esta dissertação possa contribuir à necessária problematização das práticas oferecidas pelo ensino de psicologia.

Podemos relacionar estas questões ao pouco compromisso inferido pelas entrevistadas quanto à formação em psicologia que obtiveram em suas graduações. Quase todas relatam que a psicologia forneceu poucos subsídios para o trabalho com a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. As professoras realizaram suas formações em quatro universidades diferentes (PUC, URI, Ulbra e Unisinos), em três épocas distintas (década de 1970, 1990 e 2000) e não identificamos contextos que possibilitaram um efetivo compromisso com as demandas da saúde. Quanto a isso, perguntamos a elas como avaliavam a formação em psicologia que obtiveram em relação à temática saúde, ao que responderam:

Apareceu sim, na Unisinos (...) ver o ser como um todo, inserido em seu contexto social, e na questão do saudável... quando tu chegas nas disciplinas de psicopatologia, psicanálise aí que tu começa a ver realmente a doença, antes disso tu vê desenvolvimento normal do ser humano, as questões sociais implícitas, então se vê a saúde como um caminho, antes de olhar a doença (**Iara**).

Olha, eu vejo que na graduação tem uma abordagem mais voltada à psicanálise, e daí vai mais do estudante buscar mais, e em relação à saúde depende da gente buscar, eles dão alguns tópicos, e na graduação a gente deveria sim ter um olhar mais focado na saúde, que na minha época não tinha tanto. Não lembro de disciplinas que tenham falado em saúde (**Karla**).

Eu acho que na época ela tava presente, mas não tão presente, claro para mim sim eu sempre fazia conexões, mas na faculdade não, o que eu acho hoje em dia está pior ainda (**Maria**).

Da saúde geral ou da mental tu estás perguntando? O que eu vou te dizer... como eu me formei na Ulbra, na época que eu fiz tinha 4 estágios, e eu acho que nesse sentido foi bem abordado a questão da saúde, eu acho que o profissional foi bem embasado para ter condições de... Tivemos uma boa base na faculdade. O estágio de psicopatologia foi em hospital e

organizacional também. Em Saúde Pública não se fala, não tem *glamour*, é rechaçado (**Luana**).

Bah, trinta anos atrás... (silêncio), não sei se vou saber te responder. Foi muito pouca eu acho... nem lembro... é que eu me formei e fui para Organizacional. Por exemplo, a questão do medicamento a gente não estudava nada naquela época (**Valéria**).

A minha universidade não direcionou muito, porque era nova. A primeira turma que foi qualificada pelo MEC foi um ano antes de eu me formar, então tinha muita mudança de cronograma, eu não tive esse enfoque na faculdade sobre saúde, especialmente a área hospitalar, porque enfermagem tu tem que fazer laços com a área hospitalar e eu não tive (**Clara**).

A saúde fica resumida e representada por medicamento, hospital, psicopatologia, psicanálise, ser saudável... Tais referências não fortalecem a integralidade do cuidado ou o conceito ampliado de saúde. Em alguns momentos, das seis entrevistas realizadas, a saúde ficou mais compromissada com seu conceito ampliado, quando abordam o papel do técnico:

(...) muito importante, de suma importância. Eu penso que o resgate do paciente, o trabalho de promoção, prevenção e reabilitação, não é que não seja ligado aos enfermeiros, mas quem está ali para trabalhar, quem busca o resgate desse paciente é o técnico (**Clara**).

E quando falam no ser humano como um todo:

(...) é fundamental, que eles tenham que ter isso, mas eu ainda acho que o número maior de horas de aula deveria ser para a promoção da saúde do ser humano, de ensinar esse paciente a se cuidar, dele se reconhecer limitado e trabalhar com essas questões e não só a questão técnica, de administrar a medicação, de fazer curativo, de conseguir botar um soro (**Iara**).

Promover saúde é colocado como sinônimo de autocuidado, práticas de si, remetido às subjetividades privatizadas, que necessitam de controle, bons ensinamentos e orientação dos especialistas da saúde. Esperam que seus alunos tenham condições de:

(...) de perceber o ser humano como um todo, no seu bio-psico-social, não apenas aquela questão física da dor, dos procedimentos, mas ver o todo

do indivíduo, com uma história, uma família que está ali junto precisando de cuidado (**Luana**).

O biopsicossocial não pode ficar resumido à ótica intimista, familiarista.

Cena 14 - Pesquisa, investigação e olhar problematizador: compromissos docentes e institucionais?

Para finalizar, acredito ser pertinente mencionar a pouca implicação das instituições de educação profissional do município de Porto Alegre com a presente pesquisa. Poucas escolas forneceram os dados solicitados e os retornos necessários para entrarmos em contato com as professoras de psicologia. Encontramos também dificuldades em mobilizar os docentes a participarem das entrevistas, o que acabou sendo possível mediante a indicação pessoal de cada entrevistado – cada um deles fez sua indicação ao próximo professor a ser entrevistado. Não houve interesse das escolas pela pesquisa informada.

Tais considerações são importantes para recomendarmos, tanto ao ensino profissional, quanto à categoria dos psicólogos, a necessária vinculação de seu fazer com a pesquisa. Não apenas no sentido da pesquisa acadêmica, mas também no sentido da necessária postura investigativa e problematizadora que em muito enriqueceria nossa ação, nossa prática. Outro dado importante é que muitas escolas não possuem professores graduados em psicologia inseridos na formação da enfermagem. Quanto a isso, utilizo as palavras de uma das professoras para fazer-nos pensar:

Eu acho que o Conselho de Enfermagem é uma instituição muito forte, então as enfermeiras são muito unidas e formam esse monopólio, então as disciplinas de ética e relações humanas... elas se sentem respaldadas para dar essas disciplinas porque isso está na formação delas, mas como eu digo, a visão é totalmente diferente, mas como o enfermeiro tem esse monopólio às vezes eles se fecham... acho que justamente é a psicologia que tem que trilhar esse caminho, que elas se acham competentes. Não estou aqui questionando essa competência, mas são visões diferentes. Acho que é limitado até, elas vêem um ser humano que está doente e precisa ser curado, e nós vamos mais além, temos uma visão holística, do todo, de que a gente tem que cuidar do paciente, da relação dele com a sua família, de poder conversar com ele e ver suas alternativas de vida.

Temos que aproveitar aquele momento, e as enfermeiras dizem 'não temos tempo para isso', e 'não podemos ser flexíveis com a rotina, senão tu vais ficar horas com o paciente'... e eu já vejo nesses 27 anos de enfermagem que enquanto tu estás fazendo um curativo, verificando sinais, pode sim ter um espaço de conversa e ajudá-lo noutras questões que muito provavelmente vão estar em conflito e tu tens todo esse espaço aí... e é isso que falta para elas... essa é minha visão, pode até ser egocêntrica, mas isso falta, elas se detêm muito em rotina e o psicólogo se detém na relação humana. O psicólogo tem que buscar esse espaço e mostrar sua importância nessa formação... O psicólogo está muito acomodado, a formação ainda se detém na clínica, que é a menina dos olhos da psicologia (**lara**).

Não podemos reduzir as questões à reserva de mercado de trabalho. Precisamos pensar no enfraquecimento da formação do profissional da saúde que dispensa o exercício da interdisciplinaridade, tanto como construção do conhecimento, quanto exposição ao fazer do outro em sua diferença e necessária inspiração. Tanto a psicologia pode aprender com a enfermagem, quanto a enfermagem pode aprender com a psicologia, para que ambas busquem conjuntamente a integralidade do cuidado e a ampliação de conceitos pertinentes à saúde, individual e coletiva, preventiva e curativa, assistencial e de promoção.

Capítulo 6

Tecendo algumas considerações e recomendações

Para garantirmos, na formação profissional dos trabalhadores da saúde, a presença das formulações construídas e pactuadas pelo SUS, faz-se necessário que a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde estejam presentes. Entendo que o ensino de psicologia, na modalidade da educação profissional, precisa inserir-se nesta empreitada e, para tanto, a formação deste professor necessita retomar e potencializar a pactuação existente entre psicologia e campo da saúde.

Aponto que a formação deste professor requer um diálogo mais efetivo com as proposições do campo da saúde, assim como é necessário que os gestores do ensino profissional revejam suas articulações com a produção da interface saúde/educação promovida pelos aparatos politicopedagógicos, que podem ser exemplificados pelos documentos oferecidos pelo Ministério da Educação: os Referenciais Curriculares Nacionais da Área Saúde (RCN), propostos em 2000.

Percebi que os caminhos formativos dos docentes de psicologia não têm dialogado com tais referenciais, nem têm produzido novidade neste campo da saúde em interface com a educação. Os caminhos formativos que embasam a docência no ensino profissional da enfermagem, em minha pesquisa, são bastante diversos, não existindo uma efetiva preocupação em agregar à formação em psicologia, o campo da educação. Em relação a isso, três entrevistadas relataram embasar sua docência na própria graduação em psicologia; duas referiram seus cursos de especialização em psicologia como sendo o caminho formativo percorrido (na área clínica e na área hospitalar) e uma possuía a Licenciatura em Psicologia, elegendo-a como amparo à sua prática docente.

Chama a atenção que, ao discutir a implicação da graduação em psicologia com a temática da saúde, as entrevistadas relataram pouco compromisso

desta com tal campo. Quase todas relataram que a psicologia forneceu poucos subsídios para o trabalho com a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. As professoras realizaram suas formações em quatro diferentes universidades, em décadas diferentes e não foram identificados contextos que possibilitassem um efetivo compromisso com as demandas da saúde. No entanto, tais compreensões não parecem estimular estas docentes a buscarem espaços de formação que articulem o campo da educação em interface com o da saúde, no intuito de potencializar sua prática profissional, tornando-a mais comprometida e relevante, sensível às demandas do SUS.

Nas entrevistas que realizei, nota-se que a docência, para a maioria das professoras, surgiu como um acaso, não havendo uma efetiva procura por esta atividade profissional. A psicologia encontra-se desinserida de políticas educacionais que estimulem e valorizem a formação em licenciatura em nosso País. Aliada a este cenário brasileiro, que influencia o desinteresse da psicologia por esta área de formação e prática, observa-se uma busca acentuada dos estudantes e profissionais pela clínica psicológica. Percebe-se que a docência, neste campo, adquire uma função de complementação de renda. Tal desvalorização promove, em meu entendimento, práticas docentes “rasas”, pouco aderentes ou pouco vinculadas a propostas capazes de produzir singularidade no campo da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde. Este apontamento pode contextualizar o porquê de algumas instituições de ensino não possuírem professor psicólogo, o que não quer dizer que não exista o saber Psi nas propostas curriculares. Isto nos indica que a inserção deste conhecimento ainda não tornou imprescindível a inserção do psicólogo, pois acredito que, pela inexistência de reflexão deste em relação ao campo da saúde, não há produção de propostas ou intervenções diferenciadas dos demais profissionais que justifique a garantia de sua presença nesta formação de trabalhadores da saúde.

Faz-se necessário, assim, propor recomendações à formação deste professor e aos gestores da educação profissional de técnicos da área de Saúde/Enfermagem. A partir das falas das entrevistadas e da oferta curricular da Licenciatura em Psicologia, por mim pesquisada, posso referir que não há um efetivo

ou sólido compromisso desta formação com o SUS no que tange à formação dos trabalhadores da área da saúde. O diálogo entre ensino, psicologia e educação profissional ainda é incipiente. A construção do psicólogo docente requer que este reveja quais são seus compromissos neste campo e, principalmente, seu desejo e implicação, uma vez que o psicólogo, em muitas situações, não assume seu lugar como docente e acaba transpondo à sala de aula uma postura clínico-terapêutica. Tendo em vista que os compromissos com a saúde, na formação da Licenciatura em Psicologia não me parecem tão evidentes quanto o desejo de construir-se um perfil psicólogo-docente, talvez resida aí uma grande contribuição que esta licenciatura em psicologia poderia ofertar: auxiliar na construção deste perfil docente, implicado com a educação, com o ensino da saúde.

Arrisco propor que todos os docentes possuem esta tarefa: falar da vida como ela acontece e da interferência direta desta no atendimento, na assistência e na produção de subjetividade de todos os atores da cena da saúde: usuários e trabalhadores. O ensino de psicologia precisa compreender que tal perspectiva não retira da sua cena educacional, outras atribuições. Como discente desta formação (licenciatura), trago como vivência uma articulação com a saúde pouco fortalecida e, a partir da presente pesquisa, fica presente a necessidade de também visualizarmos e problematizarmos a pouca articulação do Instituto de Psicologia com esta modalidade de ensino e a necessidade institucional de valorização desta área, tanto na Universidade, quanto pela categoria profissional dos psicólogos.

Quanto à formação deste professor, sabemos que não basta que possua domínios dos campos do saber e, sim, que esteja permanentemente atento a quais compromissos estes domínios estão atados, pois tendo em vista a heterogeneidade do campo Psi, é importante sempre se perguntar quais domínios garantirão que o professor de psicologia potencialize a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde.

Na Licenciatura em Psicologia pesquisada, não aparece claramente ou especificadamente a inserção do ensino na formação dos trabalhadores da área da saúde, nem a produção de conhecimento do campo da Saúde Coletiva. Seria produtora que esta reforçasse os eixos da integralidade do cuidado e o conceito

ampliado de saúde, exercitando a psicologia de forma mais híbrida, em interface com outras áreas do conhecimento, de forma interdisciplinar, como foi referido pelo trabalho realizado entre Psicologia e Enfermagem pelas docentes da licenciatura entrevistadas. Uma proposição importante seria fortalecer ou até mesmo promover o diálogo entre as licenciaturas de psicologia e enfermagem, para que ambas pudessem fortalecer-se como espaço de formação docente. Os alunos da licenciatura em psicologia poderiam ter seus compromissos com as práticas de saúde e seus eixos norteadores das políticas de Saúde fortalecidos pelo atravessamento da enfermagem e, esta, poderia ter a contribuição da psicologia na discussão do componente da subjetividade, da cultura, do trabalho em grupo/equipe, da Psicologia do Trabalho, da Psicologia Social e assim por diante.

É necessário que a formação deste professor reveja sua contribuição, pois, no campo da saúde, para fazer avançar uma política cuja lógica está voltada para a produção do cuidado em saúde, torna-se necessário fazer escolhas metodológicas que possibilitem sua concretização e, nesse sentido, entendi ser absolutamente relevante investigar quais escolhas têm feito o ensino de psicologia no ensino técnico em enfermagem.

Materializar tais propostas requer um novo tipo de competência profissional, um outro tipo de ensino, e necessita que coloquemos em questão os modos como produzimos os trabalhadores que aí operam. Apostar na educação dos profissionais de saúde como ultrapassagem da aquisição de habilidades técnicas é apostar na necessidade de aprimorarmos sua capacidade relacional com o outro. É preciso construir uma educação que escape da lógica de produção de atos de saúde como procedimentos e orientar uma formação que entenda o fazer na saúde como um agir junto ao outro (usuário, equipe de saúde) e, para tanto, a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde fazem-se condição *sine qua non* nesta empreitada.

Tanto o campo da Saúde Coletiva quanto o material do Ministério da Educação, os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de nível técnico (RCN), fortalecem estes eixos. Ambas formulações lembram que, para se efetivar a proposta do documento construído como referência na construção

curricular pelas instituições de ensino, é condição que assumam o desafio de conquistar uma nova dimensão para o trabalho em saúde, superando a ênfase exclusiva na assistência médico-hospitalar, embasada numa organização hospitalocêntrica de assistência médica, na sofisticação tecnológica e no privilegiamento do saber clínico para, então, focar os saberes oriundos das tecnologias relacionais (o cuidado vivo, criativo e singular), da integralidade da atenção e da ampliação do conceito de saúde.

Para provocarmos abalos nesta hegemonia, torna-se necessário não corroborarmos com as noções da razão médica (racionalidade científica moderna) como principal insumo a ser investido na profissão. Os RCN propõem a integralidade como um princípio ou diretriz que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença mediante a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, visando à integralidade do ser humano. O processo de trabalho em saúde requer, portanto, do trabalhador da área mais que um rol de competências e habilidades. Precisa ser incorporada, progressivamente, a uma nova cultura de saúde na educação profissional.

Uma formação que deseja possibilitar a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde precisa debater os campos do conhecimento presentes na área da enfermagem. O diálogo dos RCN com o **campo da Saúde Coletiva** faz-se necessário, uma vez que a ideia presente nos RCN colocam que as bases científicas para a compreensão do processo saúde-doença advêm das Ciências da Natureza, o que precisa ser problematizado, revisado e ultrapassado, pois essa formulação estabelece dissociação do humano e coloca em xeque a integralidade do cuidado. Tal dissociação tem sido denunciada pelos conhecimentos do campo da saúde que reivindicam a reconexão entre corpo e seus processos sociais, entre natureza, arte e socius. Essa dissociação também serve à distinção entre “atenção” e “assistência” quando propomos a integralidade do cuidado. Os indivíduos nessa condição passam a ser entendidos como “órgãos sob cuidado”. Ao existir uma noção de que os insumos de saúde são provenientes das Ciências da Natureza, reduz-se a integralidade do cuidado ao bem-estar físico padronizado biologicamente. Ocorre que o cuidado fica cindido em “técnicas e procedimentos”, de uma parte; e em

“relação com o outro”, de outra parte, como “polaridades” e não “integralidade”.

A produção teórica do campo da Saúde Coletiva pode oferecer-se como balizador para o ensino de psicologia, potencializando o aluno do técnico em enfermagem a construir uma postura de comprometimento com as práticas de saúde, extrapolando e ressignificando a assistência de enfermagem que entende a produção do cuidado como “higiene, conforto, medicação e procedimentos”, apontando para um cuidado integral, sob o conceito ampliado de saúde.

Desta maneira, uma prática orientada pelo princípio da **Integralidade** refere-se ao reconhecimento da produção de subjetividade, da presença de histórias individuais, coletivas, sociais, familiares e/ou culturais, e dos adoecimentos como vivências no andar do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. Integralidade refere-se, pelo menos, à restituição da unidade entre área científica e área de humanidades, ciências naturais e afetividade, racionalidade cognitivo-instrumental e alteridade e entre razão e emoção (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

Nesta perspectiva, entende-se que a prática do profissional de saúde deve reencontrar o andar da vida, inscrita numa política de formação que deseja a afirmação da vida (produção da existência) e não a tecnificação do lidar com a vida. Amplia-se, assim, a concepção de saúde, uma vez que se coloca à perspectiva da integralidade do cuidado a escuta, redimensionando a atenção na saúde. Reconhece-se que saúde não se restringe à doença uma vez que essa passa a ser entendida como experiências vividas, uma forma de encontro do sujeito com o seu entorno. Como lembra Ceccim (1997), temos que ampliar a noção de que o objeto de trabalho na saúde seja exclusivamente o tratamento e a prevenção das doenças para assumirmos uma responsabilidade ética com a vida individual e coletiva. Desta forma, o **conceito ampliado de saúde** viabilizar-nos-á entender saúde como potencialidade das capacidades humanas em suas múltiplas dimensões: orgânica, afetiva, intelectual, sendo o novo o compromisso com a defesa da vida, como agenciamento e **produção de subjetividade**.

Defendo que a integralidade da atenção/assistência deve se somar à integralidade do cuidado. Disto surgirá a concepção de que o cuidado em saúde não

é apenas um nível de atenção do sistema de saúde (visão hierárquica), nem um procedimento técnico (visão instrumental). Uma ação integral visará compreender as diferenças dos sujeitos, respeitando as relações de etnia, gênero, raça etc., entendendo que os sujeitos, além de serem portadores de deficiências ou patologias, são portadores de necessidades específicas. O **cuidado em saúde** passa a ser o tratar, o respeitar, o acolher e o atender o ser humano em seu sofrimento, em seu enfrentamento do processo de vida. O **cuidado em saúde** deve ser uma ação integral por se tratar da interação de pessoas (usuários, profissionais e instituições), que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo sofrimento e acolhimento de histórias de vida (PINHEIRO, 2006).

Assim, o conceito ampliado de saúde e a integralidade do cuidado precisam ser pensados e potencializados também na educação profissional técnica em enfermagem, a partir do ensino de psicologia, para que estas discussões produzam brechas no ensino técnico, para que a educação profissional possa expandir seus cenários de aprendizagem para além do encontro técnica/procedimento-aluno-técnica/procedimento-professor.

O mundo do trabalho, na área da saúde, e suas lógicas precisam entrar em análise e discussão. As racionalidades administrativas permaneceram por muito tempo inalteradas e os técnicos em enfermagem foram forjados numa lógica tarefaira, marcadamente hospitalar, desatrelados da discussão dos modelos de atenção que poderiam qualificar a assistência à saúde. Um caminho foi percorrido para que fossem construídas diretrizes de ensino que buscassem reverter esta proposta, no sentido de tornar o trabalhador agente de seu processo de criação e problematização do próprio processo de trabalho no qual está sendo inserido e forjado, fazendo-se necessário romper com a fragmentação e a concepção individualizante do processo de trabalho na área da Saúde/Enfermagem.

Os RCN referem que a “integralidade do cuidado procura ver o paciente/usuário como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral pela equipe de saúde na qual se insere o profissional de nível técnico”. Portanto,

proponho que se potencialize a discussão sobre **o trabalho em equipe**, para além dos discursos sobre “coleguismo”, “boa educação”, “homogeneidade”, “liderança” e “comando”, perspectivas que não conduzem oxigênio às práticas de saúde existentes.

O trabalho em **equipe multiprofissional** e a centralidade que deve ser assegurada aos usuários e às suas necessidades no sistema de saúde não podem deixar de ocupar a cena. A equipe adquirirá uma função intercessora, ou seja, esteio ao exercício e prática da **interdisciplinaridade** como potência disruptora das fronteiras profissionais. É fundamental a dimensão da relação entre os profissionais de saúde para a realização do cuidado integral, tornando-se pertinente a discussão em torno da relação dos técnicos em enfermagem com os demais profissionais, para vermos se esta relação tem qualificado ou não o cuidado prestado, e a produção de projetos terapêuticos singulares. Isto implicará **mudança nas relações de poder entre os profissionais** para que cada um chegue a ser um trabalhador em saúde e não um diplomado em saberes profissionais, e também implicará mudança nas relações de poder entre **profissional e usuário** para que se promova autonomia e produção de si em ambos. A integralidade, nesta medida, passa a ser entendida também como responsabilidade pela cura, desenvolvimento da autodeterminação do usuário e do trabalhador.

O perfil de egresso proposto pelos RCN busca articular a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde, tendo em vista que projetam que os alunos egressos da formação sejam capazes de articular as suas atividades profissionais com as ações dos demais agentes da equipe, assim como os conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter multiprofissional da prática; também objetiva que detenham uma melhor qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão éticopolítica, comunicacional e de relações interpessoais.

Quanto aos currículos dos cursos técnicos para a área de saúde, os RCN propõem que estes possibilitem uma formação dos profissionais que leve em consideração a necessidade destes compreenderem o seu processo de trabalho específico e também o processo global de trabalho em saúde; que tenham

autonomia e iniciativa, mas, ao mesmo tempo, saibam trabalhar em equipe; e que tornem presentes durante todo o desenvolvimento dos cursos as questões relativas à ética, ao exercício profissional, à cidadania, ao meio ambiente e à visão holística de saúde; bem como que favoreçam a interdisciplinaridade e o contato precoce do aluno com a prática profissional, rompendo com a dicotomia teoria/prática.

Se os referenciais promulgam as noções de **interdisciplinaridade** como possibilidade de alargar as fronteiras dos saberes disciplinares, é condição construirmos um sujeito que, além de pensar ampliado, possa se ver nas cenas cotidianas na saúde como um agente ativo e criativo, pois os conhecimentos são recursos cognitivos importantes, mas não são suficientes para operar ações na realidade, tendo de ser construídos na relação com o outro (usuário e equipe).

Temos que levar em consideração que, ao verificar a realidade do processo de trabalho em saúde, ainda **persiste** uma organização do trabalho com um forte componente gerencial **taylorista/fordista**, embasado em postos de trabalho separados, mas encadeados, em tarefas simples e rotineiras (geralmente prescritas) e intensa divisão técnica do trabalho com a separação entre concepção e execução. A preocupação com **o envolvimento e o comprometimento desta força de trabalho com a melhoria da qualidade da assistência em saúde** não abalaram, ainda, de modo consistente o modelo *taylorista* de organização do trabalho no campo da saúde, nem estão presentes de forma efetiva no ensino de psicologia inserido na educação profissional.

A nova proposta de formação profissional **evidencia a necessidade de o trabalhador ver-se inserido no processo de trabalho**, colocando-se com autoria e implicação neste para garantir a melhoria da assistência, apostando na **interdisciplinaridade** entre os atores das práticas de saúde, na qual a **equipe passa a ser pensada como guardida às invenções individuais e coletivas**, bem como ferramenta necessária para um cuidado integral.

A aposta em uma competência profissional assentada sobre o princípio da integralidade do cuidado em sua dimensão eticopolítica e tecnicoespecializada reconheceria e valorizaria a autonomia das pessoas para assumirem sua própria

saúde. Considerar a competência nesses termos implica possibilitar ao trabalhador conhecer a utilidade de suas ações, compreender que o usuário não é um ser abstrato ou distante, de quem devem ser ignoradas as necessidades múltiplas de saúde e seus modos de vida.

O processo de trabalho em saúde, cuja competência provém da integralidade do cuidado, necessita investir na potência da coletividade, sendo o coletivo compreendido como organismo vivo que requer autonomia inventiva por meio dos diálogos e conversas, exposições múltiplas aos encontros grupais. Há que se apostar na “**equipe-grupo-coletivo**” como forma de se superar as disputas profissionais, o acirramento dos territórios disciplinares, a centralidade no saber biomédico, o fortalecimento das hierarquias e a divisão social do trabalho.

A indicação da **interdisciplinaridade** e da necessidade de ruptura com a dicotomia teoria/prática pode ser entendida como estratégia importante para garantirmos a integralidade do cuidado, uma vez que a interdisciplinaridade garantiria a mesclagem não apenas do conhecimento (ciências humanas e ciências naturais), como também a compreensão da necessidade de o sujeito ser acolhido em suas múltiplas singularidades, não por um somatório de profissionais, mas por profissionais que sejam capazes de perceber e dar passagem às múltiplas demandas de saúde do usuário, emergindo, assim, a partir do exercício da alteridade, o conceito ampliado de saúde e a integralidade do cuidado.

Isso requer um novo tipo de interação entre os sujeitos e nos modos de trabalhar em equipe, implica lidar com a complexidade sempre diferenciadora do viver, implica produzir uma cumplicidade entre esses atores. Trata-se, portanto, de poder olhar cada sujeito em sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. Eis o vetor indispensável: centrar-se menos em modos individuais de compreensão do sujeito e torná-lo mais conectado com suas múltiplas formas de produção e agenciamento. Das experiências compreendidas como privadas, às experiências em suas dimensões coletivas, públicas e híbridas.

Mesmo sabendo que a especificidade do trabalho na saúde garante uma

possibilidade inventiva no encontro com o outro (usuário, colega, equipe), existe uma captura e uma perda de autonomia deste trabalhador ao ser engendrado numa determinada lógica de organização do trabalho – fragmentado, especializado, submetido à hegemonia médica em seu sentido prescritivo. Dentro desta perspectiva, a **integralidade do cuidado** não pode ser produzida num espaço de organização do processo de trabalho, cuja centralidade reside em hierarquias, em assimetrias de poder, em subordinação. Como mostra a **psicologia do trabalho em uma perspectiva de modos de trabalhar, modos de se subjetivar**, ou seja, o sujeito trabalhador transversalizado pelo modo grupal e coletivo de produção do trabalho, sendo o mundo do trabalho ultrapassador dos possíveis significados de autoria individual, inscrevendo-se no sujeito, deixando suas marcas. Como marca, exemplifico o significado de reconhecer no profissional um trabalhador da saúde e não um mero recurso de gestão dos processos de trabalho (o recurso humano).

Quanto a isso, Ceccim (2005) aponta que a introdução legal da reforma sanitária permitiu pensar os trabalhadores da saúde como diversos e contrários ao entendimento posto destes como meros recursos humanos. Levanta como proposta que, após a formulação do SUS, os trabalhadores devem ganhar um lugar *finalístico* e não mais de *atividade-meio* no setor. Entendê-los como “**coletivos organizados para a produção da saúde**”, é colocá-los como protagonistas das práticas em saúde, cujo trabalho em equipe deve “contribuir para ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção dos usuários das ações e serviços em saúde sobre suas próprias vidas, apoiando as pessoas para que ampliem sua capacidade de pensar-se nos contextos social e cultural” (CECCIM, 2005, p.168).

Assim, para garantirmos a integralidade do cuidado e a apropriação do conceito ampliado de saúde, é preciso construir trabalhadores engajados na produção da saúde, não fazendo sentido mantermos a lógica da **verticalidade das relações**, das **hierarquias** e obediências aos **comandos**, compromissos perpetuados e reafirmados pelas práticas docentes que pesquisei. A perspectiva do trabalho em equipe como espaço de aprendizagens coletivas, baseado nas trocas interdisciplinares e multiprofissionais, não apareceu nas práticas pesquisadas. O grupo não aparece como dispositivo de trabalho, instrumento de intervenção, mas

sim na dimensão de recurso humano (o saber comportar-se em grupo), ou como ferramenta de fragmentação do processo de trabalho, e não como guardida às invenções de práticas que fortaleceriam a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde. Assim, um vasto acúmulo no campo da psicologia social, da psicologia dos processos grupais não adentrou a docência, nem como um saber que poderia fazer-se presente.

Quanto à necessária introdução da interdisciplinaridade na formação, o ensino de psicologia não pareceu comprometido com esta proposta. A equipe sempre foi trazida pelas professoras como reafirmação das identidades profissionais, “cada um no seu lugar”, numa lógica de perpetuação de práticas que não se questionam e nem dialogam com outros fazeres e saberes. É imprescindível reconhecer o campo social e, assim, o campo da saúde, como atravessado por uma série de acontecimentos e situações para as quais a psicologia não tem condições de dar conta senão aproximando-se de outras áreas do saber para realizar análises e intervenções mais conectadas com as demandas que a ela são postas. Existe a necessidade de uma identidade que opere por coletivos e redes e que não se exima de exercícios de coautoria profissional.

O perfil de egresso desejado no campo da saúde requer uma pedagogia que extrapole a perspectiva conteudista, instrumentadora, tarefaira, desafios que também dizem respeito ao professor de psicologia, pois demandam novos olhares, outras formas de trabalhar e ocupar o espaço docente. É preciso desacomodar o ensino de psicologia para que este “fale” outras línguas, crie pontes com outros saberes, olhe de outras formas para os sujeitos/atores escolares. É preciso questionar-se até que ponto o ensino de psicologia não se tornou burocratizado e tarefairo, sendo mais um espaço de construção de uma pedagogia conteudista na qual o aluno precisa apreender uma série de informações prescritivas para sua vida e seu trabalho, que acabam não garantindo a integralidade do cuidado, pois não fomentam, algumas vezes, novidades às tecnologias relacionais.

Existe no ensino e na aprendizagem da psicologia um aspecto modelar, sendo que prevalece nesta lógica a existência de um modelo que deve ser apreendido, resumido à repetição de experiências já realizadas, a tomar ciência das

descobertas da ciência, a estudar regras e assumir postulados, ficando o aprender prisioneiro e empobrecido, circunscrito à reconhecimento, ou seja, a capacidade de reconhecer (FERREIRA, 1998). Para tanto, as práticas pedagógicas precisariam ser mais inventivas e menos conteudistas, diferentes das experiências docentes que encontramos, circunscritas a um rol de conteúdos a serem dados, uma grande preocupação em “instrumentalizar” os alunos com descrições de sintomas, patologias, transtornos psiquiátricos etc..

Acredito que, para que esta formação possua relevância social, adquira e produza impacto, torna-se necessário o desenho de caminhos formativos mais enlaçados com as proposições do SUS, da Saúde Coletiva e da Educação. A partir disso, podemos, como categoria profissional, reivindicar espaço na formação dos trabalhadores na área da saúde e, daí sim, estranharmos que os professores inseridos na educação profissional não tenham esta formação.

Minha proposição é a de que, no ensino profissional da área da saúde, temos uma construção social, coletiva e democrática bastante sólida e consistente que é o SUS e que esta deve ser nossa fonte de inspiração, que precisa estar fortemente presente na formação deste professor e dos técnicos em enfermagem. Na pesquisa realizada, deparei-me com um ensino de psicologia que **fortalece o modo indivíduo de existência** e não considera a subjetividade como potência disruptiva deste modo, sendo necessário que o ensino de psicologia assuma que o sujeito é atravessado pelas regras morais e verdades definidas socialmente ao construir sua forma de inserção no mundo. É necessário desconstruir os regimes de verdade que naturalizam as relações sociais. O ensino de psicologia precisa agregar à docência este compromisso: desnaturalizar as relações existentes no processo de trabalho da saúde.

Também encontrei um ensino de psicologia comprometido com o **aparato normativo**, com a **disciplina**, com a **performance** individual dos trabalhadores técnicos, o que pode ser visualizado nas falas das entrevistadas que remetiam a discussão à **posturas e resultados** dos/das alunas. A **Psicologia do Desenvolvimento**, a **Psicologia Clínica** e a **Psicopatologia** são reverberações que se atualizaram em todas as práticas docentes do ensino de psicologia. O trabalho

das docentes de psicologia entrevistadas envolve uma espécie de “**escuta clínica individual**” com o objetivo de identificar sintomas, conflitos pessoais, questões a serem encaminhadas e assim por diante. A **escuta de coletivos** na perspectiva de contribuir para a compreensão do processo de trabalho, a composição em equipe de forma autoral e o exercício da interdisciplinaridade não se fez presente. Temo que os conhecimentos advindos da Psicologia Clínica sejam transpostos às salas de aula sem uma devida reconfiguração, pois cada vez mais é necessário que os campos nos inspirem complexidades de saberes, que precisam ser abarcados. Não se trata de rechaçar o autoconhecimento, nem de desconsiderar a necessidade de auxiliarmos os alunos na compreensão de seus sentimentos, mas não podemos restringir o ensino de psicologia a esta demanda.

Não encontrei, nesta pesquisa, espaço para uma psicologia que discuta o processo de trabalho, **não havendo referência à psicologia do trabalho, à psicologia institucional ou à psicologia dos processos grupais**, necessárias à garantia da integralidade do cuidado e do conceito ampliado de saúde, como tento defender em meu exercício docente. Ainda referente ao processo de trabalho, os **modelos de assistência** ficaram de fora da cena educacional, ao ser sempre o hospital referenciado como o lugar do técnico em enfermagem, **não havendo referência à psicologia social, psicologia comunitária ou a psicologia em atenção psicossocial**.

É preciso que a educação profissional reveja sua atuação na docência em Saúde Mental, entendendo-a como fundamental, à medida em que é preciso que a inserção da psicologia nesta modalidade de formação contribua para ultrapassar os mandatos que colam a enfermagem a uma atenção ancorada em uma ideia de equilíbrio do sujeito ao meio onde vive. É preciso verificar quais lógicas estão postas na atenção à saúde mental pelo técnico em enfermagem, bem como quais propostas o ensino de psicologia tem podido construir com este trabalhador, na tentativa de ultrapassar a função de “**registrar ocorrências**”, colocada a este trabalhador, como apontadas nos RCN. Ultrapassar uma **perspectiva de controle**, de viés policlesco requer uma revisão da concepção de saúde e de doença mental, assim como das referências de tratamentos na saúde mental que compõem o ensino

de psicologia. O técnico em enfermagem, na atenção à saúde mental, deve apoiar-se em novos paradigmas e a psicologia precisa potencializar essa desinstitucionalização do seu olhar e do seu fazer, tornando o trabalhador protagonista de atos terapêuticos na saúde, como do processo de trabalho.

Sabemos que a atuação não se afasta da medicalização do sofrimento mental, pois cabe ao técnico “administrar medicamentos pelas diversas vias” (RCN). No entanto, a assistência e o ensino de psicologia não podem fortalecer o imaginário da doença mental em uma perspectiva de exclusão, de contenção e de silenciamento. A relevância desse debate está na prioridade assumida pela psicologia brasileira em lutar pela atenção integral em saúde mental, reformulando a psiquiatria na direção da atenção e reabilitação social, isto precisa fazer-se presente também no ensino técnico em enfermagem.

Como vimos, os alunos acabam atribuindo ao ensino de psicologia e, neste caso, ao ensino de saúde mental, um espaço de resolução de conflitos pessoais e de busca de autoconhecimento, assim como apropriam-se de um rol de conhecimentos numa perspectiva de controle sobre o sujeito, sobre as condutas e sobre os comportamentos alheios. Também existe uma redução da saúde mental a um locus de aplicação do conhecimento, o que pode ser percebido pela ideia de relacioná-la a tipos de pacientes, doenças psicológicas e sintomas. No entanto, a psicologia é uma categoria que tem uma grande produção nesta temática da reforma psiquiátrica, com a construção de novas formas de assistência e serviços em saúde mental, e tais questões não se fizeram presentes, nesta pesquisa, pela ausência de compromisso do docente psicólogo com as novas propostas da saúde mental, que buscam desatrelar-se da psiquiatria tradicional e do modelo de assistência hospitalar.

É fundamental que a formação que habita a educação profissional e o ensino de psicologia comprometam-se com esta necessária transformação paradigmática do cuidado em saúde mental e com o rompimento do modelo hospitalocêntrico de formação e atuação. Estas disputas e tensões deveriam ser favoráveis à profissão, favoráveis ao conhecimento e à análise do processo de trabalho nessa área, caso a docência em psicologia tomasse estas questões como

objeto de discussão e problematização.

Na contemporaneidade, habitar o paradigma da reforma psiquiátrica e potencializar os novos modelos de atenção e assistência deve ser condição nas cenas escolares do ensino de Psicologia, pois a própria noção de atenção psicossocial ou e saúde mental coletiva supõem a intersectorialidade entre Educação, Saúde e cultura. No entanto, os docentes de Psicologia permanecem enredados e compromissados com a perpetuação do discurso médico/psiquiátrico, que engolfa o sujeito em sua singularidade, produzindo compreensões generalistas, nosológicas, que pautam o olhar a partir de um escrutínio sintomatológico, no qual diagnosticar, e não escutar e produzir vida torna-se o alvo a ser investido. Não é possível desconsiderar que a própria administração dos medicamentos pode ser momento de captar reações, questões e indicativos para os processos de subjetivação. O problema não é a medicação, mas resumir os atos de saúde a ela.

Tomar o paradigma da desinstitucionalização como compromisso docente aponta a necessidade da desconstrução de todo um sistema de saber erigido em função do hospital psiquiátrico, da **transformação das relações de poder entre a equipe técnica e a clientela, assim como aposta na interdisciplinaridade** como articulação efetiva das áreas de saber envolvidas, de modo a constituir o novo campo da saúde mental. Também exige esse novo paradigma, a apropriação do trabalhador pelo trabalho com os grupos, com o coletivo requerendo um outro compromisso com a dimensão grupal de trabalho, agregando a este a dimensão da interdisciplinaridade e a concepção de grupo como exercício do coletivo e experimento às invenções necessárias para as mudanças nas práticas de cuidado. Tais questões não se fazem presentes nas práticas pesquisadas, não com a intensidade que tais demandas requerem.

Para rompermos com a predominância do modelo biologicista como referencial teórico, precisamos de um olhar profissional que se volte para a pessoa que sofre, em processo de subjetivação, com uma história de vida, enlaçada em contextos sociais, culturais, com uma biografia, um cidadão em inserções psicossociais. O técnico em enfermagem, nesta perspectiva, poderá assumir uma renovada e ampliada postura: utilizará o acolhimento como instrumento de

intervenção, sendo sua atuação transcendente a uma área específica de formação, rompendo com a questão do centramento no aspecto técnico, evitando a fragmentação do processo terapêutico, assumindo, desta forma, sua responsabilidade individual e coletiva no acompanhamento dos sujeitos. Uma intervenção de responsabilidade, afetividade, compromisso e autoria, rumo à integralidade do cuidado e à apropriação do conceito ampliado de saúde. Espero que o ensino de psicologia seja intercessor na produção deste novo trabalhador da saúde.

Referências Bibliográficas

ALVES, Ruben. **Conversas com quem gosta de ensinar**. Campinas: Papyrus, 2000.

BALSANELLI, Alexandre; CUNHA, Isabel. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 117-122, 2006.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998.

BARROS, Manoel de. **Retrato do artista quando coisa**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BARROS, Regina Duarte Benevides. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Ed. Ufrgs, 2008.

BATISTA, Nildo et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.2. p. 147-161, 2005.

BATISTA, Sylvia. **Ensino, psicologia, saúde: uma tríade constituída de práticas, questões, possibilidades**. Diálogos sobre a docência em psicologia. FTD – Educação Temática Digital, Campinas, v.8, n.2, p.249-257, jun. 2007.

BERNARDES, Jefferson de Souza. **Formação generalista em psicologia e Sistema Único de Saúde**. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Conselho Federal Psicologia, Brasília, 2006.

BERNARDES, Jefferson de Souza. **O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais**. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social. PUC-SP, São Paulo, Brasil, 2004.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e métodos**. Porto, Editora Ltda., 1994.

BOMFIM, Maria Inês; TORREZ, Milta. A formação do formador no Profae: refletindo sobre uma proposta na área de enfermagem. **Formação** (Brasília), v. 2, n. 4, 2002.

BRASIL. CNE/CEB. Parecer nº 16, 05 de outubro de 1999. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**.

BRASIL. **Conselho Nacional de Educação/Câmera de Educação Superior**, Resolução Nº 8, de 07 de Maio de 2004.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em Nível Superior, Curso de Licenciatura, de Graduação Plena.** Resolução CNE/CP, de 18 de fevereiro de 2002.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia.** Resolução nº 8, de 07 de maio de 2004.

BRASIL. **Educação Profissional: referencias curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: Saúde.** Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Brasília, 2000.

BRASIL. **Resolução CNE/CP 1,** de 18 de fevereiro de 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson, ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPRARA, Andrea; LANDIM, Lucyla Paes. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - comunic., saúde, educ.,** v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008.

CATTANI, David (org). **Trabalho e cidadania: dicionário crítico.** Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo Antonacci (org). Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). **A Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni e Mattos, Ruben (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar (org). **Saúde e Sexualidade na escola.** Porto Alegre: Editora Mediação, n.4, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Angela. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J; REGO, S., LAMPERT, J. B., ARAÚJO, J. C. (org). **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São

Paulo/Rio de Janeiro: ABEM/Hucitec, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais da saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben (orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

Código de Ética Profissional da Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007.

CURY, Carlos. **Parecer 28/2001 do Conselho Nacional de Educação – CNE**. Relator.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DANTAS, Rosana; AGUILLAR, Olga. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da Enfermagem brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, abril, 1999.

DE SORDI, Mara Regina; BAGNATO, Maria Helena. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.6, n.2, abril, 1998.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

DELORS, Jacques et al. **Educação: um tesouro a descobrir: Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI**. 6 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC; UNESCO, 2001.

DELUIZ, Neise e RAMOS, Marise. **Análise das Competências do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD, 2001.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação** (Brasília). v. 1, n. 2, 2001.

DIMENSTEIN, Magda. **A prática do psicólogo no Sistema Único de Saúde**. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Conselho Federal Psicologia, Brasília, 2006.

DOLL, Johannes; KRAHE, Elizabeth. **A elaboração de um currículo para a formação de professores da Educação Básica: o caso da UFRGS**. 2004. Mimeo.

EIDELWEIN, Karen. **A psicologia em projetos sociais de educação e trabalho**. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 62-66, set/dez, 2005.

FERREIRA, Lúgia Hecker. **O mal-estar na escola: uma pragmática ético-estética.** (dissertação de mestrado). São Paulo: PUC-SP/Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, 1998.

FEUERWEKER, Laura. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, São Paulo, v.3, n.1, p.24-27, 2003.

FIRMINO, Carlos Antônio; CUNHA, Ana Maria. A educação erofissional no contexto da reforma educacional dos anos 90. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, jan/abr., 2006.

FONSECA, Tânia Mara Galli. **Modos de trabalhar, modos de subjetivar como práticas sociais.** In: ARANTES, Maria Lívia e FONSECA, Tânia Mara Galli (org.). **Práticas psi inventando a vida.** Niterói: Ed. da Universidade Federal Fluminense, 2007.

FRIGOTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real.** São Paulo: Cortez, 2000.

GALVÃO, Cristina; TREVIZAN, Maria; SAWADA, Namie; FÁVERO, Neide. O estilo de liderança exercido pelo enfermeiro de unidade de internação cirúrgica sob o enfoque da liderança situacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, abril, 1997.

GOLDIM, José Roberto. Ética. In: VÍCTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de Nazareth (org). **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

GUARESCHI, Neuza; HUNING; Simone. **Efeito Foucault: desacomodar a psicologia.** In: GUARESCHI, Neuza; HUNING, Simone (org). **Foucault e a psicologia.** Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

GUATTARI, Félix. **As Três Ecologias.** 6 ed. Campinas: Papyrus, 1997.

GUATTARI, Félix. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo.** São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 1993.

HELOANI, José Roberto. **Organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Cortez, 1996.

KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Líliliana da. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo** (Maringá), v. 10, n. 2, p. 295-304, maio/ago. 2005.

KRAHE, Elizabeth. **Licenciaturas e suas modificações curriculares: as determinações legais do MEC e os currículos da Ufrgs**. Disponível em: <endereço da página>. Acesso em: incluir data.

KUENZER, Acácia Zeneida. Competência como práxis: os dilemas entre teoria e prática da educação dos trabalhadores. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./abr., 2003.

LARANJEIRA, A. Fordismo e pós-fordismo. In: CATTANI, David (org). **Trabalho e cidadania: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

LARROSA, Jorge. **Nietzsche e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

LARROSA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 19, jan-abr, 2002a.

LARROSA, Jorge. **Pedagogia profana: danças, piruetas e mascarados**. Porto Alegre: Contrabando, 1998.

LAZZAROTTO, Gislei. Trabalhar para educar, educar para trabalhar: compondo outros lugares de diálogo entre educação e trabalho. In: MARASCHIN, Cleci, CARVALHO, Diana (Orgs). **Psicologia & Educação: multiversos sentidos, olhares e experiências**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2003.

LÉVY, Pierre. **A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. São Paulo: Loyola, 1998.

LOPES, Alice Casimiro. Os parâmetros curriculares nacionais para o ensino médio e a submissão ao mundo produtivo: o caso do conceito de contextualização. **Educação & Realidade**, v. 23, n. 80, p. 386-400, 2002.

LUDKE, Menga et al. Repercussões de tendências internacionais sobre a reforma de nossos professores. **Educação & Sociedade**, Campinas: Unicamp, v. 20, n. 68, dez. 1999.

FILHO, Wilson; LUNARDI, Valéria; SPRICIGO, Jonas. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 91-96, mar. 2001.

MACHADO, Nilson. **Eixos teóricos que estruturam o ENEM: conceitos principais. Interdisciplinariedade e Contextualização**. Seminário do Exame Nacional do Ensino Médio 1, Brasília, INEP, 1999.

MALUF, Sheila Diab. **Ensinar ou Encenar? Uma proposta metodológica para o ensino profissionalizante**. Maceió: EDUFAL, 1998.

MARASCHIN, Cleci; PALOMBINI, Analice. Uma psicologia feita de entremeios. In:

ARANTES, Esther; NASCIMENTO, Maria; FONSECA, Tânia (org.). **Práticas Psi: inventando a vida**. Niterói: Ed. da Universidade Federal Fluminense, 2007.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, jul-set; v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MELUCCI, Alberto. **Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura**. Petrópolis: Vozes, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. Engravitando Palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben (org). **A Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **Realizar no micro a luta macro: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador**. Disponível em: < <http://paginas.terra.com.br/saúde/merhy>>. Acesso em: inserir data.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed.. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira; Nogueira Filho, Roberto Costa. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 83-9, dez. 1991.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Transformações** no mundo do trabalho e a saúde. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

MEYER, Dagmar. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado? **Educação & Realidade** (Porto Alegre), v. 25, n. 2, jul/dez. 2000b.

MEYER, Dagmar. Educação em saúde e prescrição de “formas de ser e habitar”: uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, Tânia Galli, FRANCISCO, Deise (orgs). **Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade**. Porto Alegre: Ed. da Ufrgs, 2000a.

MEYER, Dagmar; KRUSE, Maria Henriqueta. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 335-339, 2003.

MEYER, Dagmar; MELLO, Debora; VALADÃO, Marina; AYRES, José Ricardo. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a

perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NAFFAH NETO, Alfredo. **A psicoterapia em busca de Dioniso: Nietzsche visita Freud**. São Paulo: EDUC/Escuta, 1994.

NARDI, Henrique Caetano; SILVA, Rosane Neves. Ética e Subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, Neuza; HUNING, Simone (org). **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

NETO, Francisco. Ser professor: necessidade de formação profissional específica. **Formação**, v. 2, n. 4, 2002.

OLIVEIRA, Alice; ALESSI, Neiry. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 333-40, maio-junho, 2003.

OLIVEIRA, Maria Rita Salles. Mudanças no mundo do trabalho: acertos e desacertos na proposta curricular para o Ensino Médio (Resolução CNE 03/98). Diferenças entre formação técnica e formação tecnológica. **Educação & Sociedade**, v. 21, n. 70, p. 40-62, 2000.

PARECER 28/2001, do Conselho Nacional de Educação – CNE. Conselheiro Carlos Cury, relator.

PASQUOTTO, Paola. Do psicólogo que quer ser professor: a situação da licenciatura em psicologia. In: MARASCHIN, Cleci, CARVALHO, Diana (orgs). **Psicologia & Educação: multiversos sentidos, olhares e experiências**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2003.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PELBART, Peter Pál. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PERRENOUD, Philippe. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

PONTES, Ana; SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; PINHEIRO, Roseni. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: PINHEIRO, Roseni, CECCIM, Ricardo, MATTOS, Ruben (orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos curso de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

PRADO FILHO, Kleber. Para uma arqueologia da psicologia (ou: para pensar uma psicologia em outras bases). In: GUARESCHI, Neuza, HUNING, Simone (org). **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

RAMOS, Marlise. A educação profissional pela pedagogia das competências e superfície dos documentos oficiais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p.401-422, 2002a.

RAMOS, Marlise. **Indicações teórico-metodológicas para a elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico em saúde**. In: CASTRO, Janete Lima de (org). **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002b.

RAMOS, Marlise. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, v. 1, n. 2, 2001.

ROCHA, Semiramis; ALMEIDA, Maria Cecília. O processo de trabalho em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

ROPÉ, Françoise; TANGUY, Louis. (orgs). **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papirus, 1997.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos Santos. A biologia tem uma história que não é natural. In: COSTA, Marisa Vorraber; VEIGA-NETO, Alfredo (org). **Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, biologia, literatura, cinema...** Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2004.

SERRES, Michel. **Filosofia mestiça**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SOARES, Rosângela. Fundamentos da educação nos currículos de II grau: psicologia. **Reflexão e ação** (Santa Cruz do Sul), v. 4, n. 1, p. 63-68, jan./dez. 1996.

STUTZ, Beatriz. Técnico de enfermagem: o perfil traçado por profissionais da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 4, p. 606-614, 1999.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, jul-set; 10 (3), p. 585-597, 2005.

Título do Artigo ou Documento Pesquisado. SUEPRO – Superintendência da Educação Profissional. Disponível em: <<http://www.educacao.rs.gov.br/>>. Acesso em: 29 julho 2009.

Título do Documento Pesquisado. UFRGS – Instituto de Psicologia. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrgs.br/>>. Acesso em: 20 julho 2009.

VÍCTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de Nazareth. A construção do objeto de pesquisa. In: VÍCTORIA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de Nazareth (org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Mônica. **Recursos humanos em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

VIETTA, Edna; KODATO, Sérgio; FURLAN, Reinaldo. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 97-103, mar. 2001.

VILLA, Eliana; CADETE, Matilde. Portas abertas: novas possibilidades no ensino de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 13-19, dez. 2000.

ZANELLA, Andréa; MOLON, Susana. Ressignificando corpos, saberes, fazeres: a formação docente em foco. In: ARANTES, Esther; NASCIMENTO, Maria; FONSECA, Tânia (org.). **Práticas Psi: inventando a vida**. Niterói: Ed. da Universidade Federal Fluminense, 2007.

ZERBETTO, Sonia; PEREIRA, Maria Alice. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 112-117, jan./fev. 2005.

ZOCHE, Denise. **Teias de avaliação no ensino-aprendizagem em saúde: uma “análise da situação” da avaliação do desempenho cognitivo e laboral no ensino técnico em Enfermagem**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: Ufrgs, 2006.

Anexos

Anexo 1 Roteiro de entrevista semiestruturada desenvolvida junto aos docentes da Licenciatura em Psicologia

Dados de Identificação:

Nome:

Tempo de docência:

Titulação: Graduação:

Pós-Graduação:

1. Como você avalia o impacto social da Licenciatura em Psicologia hoje?
2. Como você se inseriu na docência em Licenciatura em Psicologia?
3. Como foi o processo de reformulação desta Licenciatura?
4. Qual a relação da Licenciatura com a educação profissional de nível técnico?
5. Existe articulação desta formação com o campo da saúde? Se sim, qual?
6. Quais recomendações você daria para aprimorar esta formação?

Anexo 2 Roteiro de entrevista semiestruturada desenvolvida junto aos docentes de psicologia

Dados de Identificação:

Nome:

Universidade em que estudou:

Término de conclusão do curso:

Tempo de formado:

Tempo de docência no ensino profissional em enfermagem:

Disciplina(s) em que atua:

Formação docente:

Principal atividade profissional:

Exerce alguma outra:

Qual:

1. Na sua história de vida, como se insere a docência?
Como você se tornou professor(a)?
2. Quais caminhos formativos você acredita que embasam sua docência?
3. Como você analisa essa formação em relação à temática “saúde”?
4. Qual perfil de técnico em enfermagem você deseja formar?
 - 4.1) O que o mercado de trabalho espera desse profissional?
 - 4.2) Qual o papel desse profissional na sociedade?
5. Qual a contribuição da psicologia para a formação do técnico em enfermagem?
 - 5.1) Quais saberes da psicologia você vê presente nesta formação?
O que poderia ser inserido?
6. Como é o plano de ensino de sua disciplina, e como ele é elaborado?
7. Você já vivenciou ou presenciou alguma questão de ensino ou abordagem da saúde na escola que gostaria de compartilhar, tendo em vista a discussão do ensino de psicologia no ensino técnico de Enfermagem?
8. Você situa em sua prática docente a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde?

Anexo 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em entrevista individual

Prezado(a) Colega,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Ensino de Psicologia na educação profissional: (des)compromissos docentes com a saúde”, de autoria de Fernanda Hampe Pires, mestranda em Educação, pela Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e orientada pelo Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. Essa investigação é parte da dissertação de mestrado que está em processo de elaboração.

O objetivo da pesquisa é conhecer como os docentes de psicologia estão inseridos no ensino profissional da Enfermagem. Você será entrevistada(o) individualmente em ambiente reservado para manter a privacidade e o registro oral desse encontro será gravado em áudio para posterior transcrição e análise. O encontro não terá duração pré-determinada e a data, o horário e o local serão agendados conforme sua disponibilidade. A transcrição dos registros será devolvida para que você possa confirmar ou retificar qualquer informação prestada, sendo então analisados os dados produzidos.

Não existem riscos nem desconfortos previstos em relação à sua participação, tampouco existem custos nem ganhos resultantes de sua contribuição. Você tem liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo para si e o sigilo e a privacidade de sua participação, bem como a instituição escolar a qual você está vinculado, serão preservados. Você receberá perguntas, e eventuais dúvidas que tiver a respeito da pesquisa durante a entrevista e, ao final do estudo, a pesquisadora se compromete a saná-las. Os resultados e as conclusões da investigação poderão ser disponibilizados aos participantes e demais pessoas e/ou instituições interessadas sem, no entanto, revelar a identidade de qualquer sujeito da investigação.

Caso tenha outras dúvidas ou questões, você pode entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones 3434.2907 e 9635.2998.

Eu,....., recebi informações sobre os objetivos da pesquisa acima citada, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar se assim desejar.

A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão tratados de forma confidencial, garantindo sigilo e privacidade às informações recebidas de minha parte. Terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa face a estas informações.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura da/o participante

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura da pesquisadora

Data: ____/____/____

Nome: **Fernanda Hampe Pires**