



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**

**MARIA ZELFA DE SOUZA FEITOSA**

**AFETIVIDADE NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: O PSICÓLOGO NO  
TERRITÓRIO DE FORM“AÇÃO”**

**FORTALEZA**

**2014**

MARIA ZELFA DE SOUZA FEITOSA

AFETIVIDADE NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: O PSICÓLOGO NO  
TERRITÓRIO DE FORM“AÇÃO”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos de Mediação, Trabalho, Atividade e Interação Social.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

- 
- F336a      Feitosa, Maria Zelfa de Souza.  
              Afetividade na residência integrada em saúde : o psicólogo no território de form“ação” / Maria  
              Zelfa de Souza Feitosa. – 2014.  
              205 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento  
              de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2014.  
              Área de Concentração: Psicologia.  
              Orientação: Zulmira Áurea Cruz Bomfim.
1. Psicólogos – orientação profissional – Fortaleza (CE). 2. Política de saúde mental – Fortaleza  
              (CE). 3. Formação profissional – aspectos psicológicos. I. Título.

MARIA ZELFA DE SOUZA FEITOSA

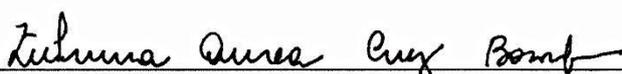
AFETIVIDADE NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: O PSICÓLOGO NO  
TERRITÓRIO DE FORM“AÇÃO”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos de Mediação, Trabalho, Atividade e Interação Social.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

APROVAÇÃO: 06 / 06 / 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profa. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

À meus pais, Luíza e Joaquim, que sonhando  
minhas realidades e realizando meus sonhos,  
cultivaram um jardim na minha vida.

À todos os que se empenham na luta em  
defesa do Sistema Único de Saúde brasileiro e  
pela libertação das maiorias oprimidas e  
exploradas.

## AGRADECIMENTOS

Contemplando a produção final destes dois anos de caminhada, percebo que uma dissertação se escreve a muitas mãos, pensamentos e afetos. São reflexões partilhadas, encontros potencializadores, orientações carinhosas, contraposições férteis, contribuições generosas, descobertas empolgantes. Minha gratidão a cada um que esteve comigo, direta ou indiretamente, e que contribuiu das mais criativas maneiras para que esta semente germinasse e se tornasse flor:

À Deus misericordioso, amoroso e libertador, que me presenteou com o sopro da vida, com a gratuidade do amor, com pessoas docemente inigualáveis e que tem sido meu amparo, fortaleza e alegria.

Aos meus amados pais, Luíza e Joaquim, meus melhores amigos, por tudo o que são na minha vida e por tudo o que me permitiram ser, acompanhando cada passo meu, acalmando minhas pressas, tornando tudo mais fácil, acreditando em mim mesmo quando eu teimava em não acreditar, ensinando-me a brincar e a amar.

Ao meu amado Francisco José Oliveira, cujo sorriso acalma até a mais intensa tempestade, por me ensinar que o Evangelho é concreto e comprometido com a realidade dos oprimidos, por me fazer ver que a vida é leve, que os sonhos são possíveis e que a felicidade nasce da partilha da vida. Enfim, por olhar para mim e ver além da aparência, enxergar o que havia em potência.

Aos meus queridos avós, Zelfa (*in memoriam*) e Pedro, pela inigualável lição de amor que gerou uma família inteira e pelos ensinamentos que nem a morte consegue deter.

Aos meus avós, Nair (*in memoriam*) e Joaquim (*in memoriam*), pelo exemplo de generosidade e amor ao próximo.

À minha “avó” e madrinha Margarida, que me abriu as portas da literatura, apresentando-me o mundo mágico dos livros, por seu incentivo, apoio e acolhimento carinhoso.

À Zulmira Áurea Cruz Bomfim, minha estimada orientadora, com quem aprendi a Psicologia Ambiental, em quem encontrei uma grande amiga, que não restringiu suas contribuições somente ao âmbito acadêmico, mas com maestria instigou-me a abraçar plenamente pessoas e vidas.

À Magda Diniz Bezerra Dimenstein, por sua disponibilidade em contribuir com esta aventura de pesquisar.

À Verônica Morais Ximenes, que me acolheu tão afetuosamente, apresentou-me de forma apaixonante a Psicologia Comunitária, incentivou-me e contribuiu substancialmente para a efetivação deste projeto.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFC, que inquietaram e auxiliaram na construção deste projeto e de outras produções.

À minha querida turma de mestrado (2012.1), pelo espaço frutuoso de diálogo e de sonhos partilhados.

Ao Hélder Hamilton, que com sua competência, humildade e simpatia facilita e ilumina a vida de todos nós.

À Juliana, Pedro, Nara e Moara, que abriram portas, janelas e corações, facilitando o acesso à Residência.

Aos psicólogos-residentes que tornaram esta produção possível, alegre e me ensinaram muito mais do que eu esperava aprender.

À Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo acolhimento a este projeto.

Ao Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM), que me “adotou” com tanto carinho. Lugar que me proporcionou mil sorrisos, amigos e diálogos verdadeiros, instigando aprendizados que eu nem sabia ser capaz.

Ao Laboratório de Pesquisa em Psicologia Ambiental (LOCUS), espaço vivo, potente e acolhedor, que me proporcionou bons encontros e onde pude compreender vivencialmente a teoria, de modo interdisciplinar.

Aos meus queridos companheiros de aprendizado, produções e afetos: Alan Cardoso, Aparecida Estanislau, Elívia Camurça, James Ferreira; Bárbara Nepomuceno, Ronaldo Pires, Carla Evelline, Lorena Brito, Alexandra Silva, Alana Braga, Márcia Skibick, Bruno Halysen, Amanda Setúbal, Caroline de Assis, Andressa Mourão, Lívio Márcio, Thaís Ferreira, Rachel Araújo e Elienai. Gratidão pelas partilhas, pelo apoio e pelo caminhar de mãos dadas.

Às turmas de “Teorias e Práticas em Psicologia Social III” (2012.2; 2013.1), com quem fui aprendendo a ser professora.

À minha doce amiga Ana Kristia, que me iluminou com sua luz natural, tornou este percurso mais leve e divertido, a quem admiro incomensuravelmente.

Ao Daniel, Lucíola, Débora e Diego, pelos bons momentos de partilha, de cuidado, de produções e alegrias.

Ao Fábio Paz, que riu de sorrisos e se fez um grande amigo e parceiro de trabalho.

À Ana, Lucy, Socorro, Clodomiro, Geana, e D. Marly, que comemoraram comigo a alegria do mestrado e apoiaram nos momentos de maiores desafios.

À Aline Vasconcelos, que tanto orgulho me proporciona, por sua presença, carinho, auxílios, generosidade, alegrias, por me permitir estar por perto e caminhar junto.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo incentivo financeiro que contribuiu para a realização desta pesquisa.

À todos que me acompanharam neste percurso, torcendo por mim, e tornando-o ainda mais empolgante e cheio de sentido.

“[...] cada um é águia, que voa alto, simultaneamente é galinha, que tá lá embaixo, enraizado. Então, nós temos raiz e temos abertura. Somos como uma árvore, fundados no chão, que nos dá força para enfrentar tempestades, mas também temos a copa, que dialoga com o Universo, com as energias cósmicas, com os ventos, com a chuva, com o sol... sintetizamos tudo isso, transformamos em vida, é a nossa abertura. E se não mantemos abertura, o tronco estiola, as raízes secam e a seiva já não existe e morremos.”

(Leonardo Boff, Palestra – Tempo de Transcendência).

## RESUMO

A afetividade pode ser compreendida como a passagem de um estado de potência a outro, que conduz corpo e mente, entendidos como uma totalidade, à ação ou à passividade. Admite-se que o trabalho do psicólogo, no âmbito das políticas públicas de saúde, entre outras questões, está perpassado por afetos emergentes do encontro com o território, e que a formação profissional contribui para a maneira como esta atuação se efetiva. Assim sendo, nosso estudo objetivou analisar o impacto da afetividade (emoções e sentimentos) na atuação de psicólogos-residentes em políticas públicas de saúde, de nível primário e secundário, a partir de seu contato com o território dos serviços. Para tanto, elegemos como lócus da pesquisa a Residência Integrada em Saúde (RIS), vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), nas ênfases de Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva, entrevistando 18 psicólogos-residentes aí inseridos. Neste intento, foram adotadas como principais bases teóricas a Psicologia Social de base Histórico-Cultural, desenvolvida por Silvia Lane e colaboradores, e a Psicologia Ambiental. Caracterizando-se como uma pesquisa qualitativa, a coleta de dados foi realizada por meio da aplicação da parte qualitativa do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos, cuja análise se efetivou por meio da Análise de Conteúdo Categorical e da Análise do subtexto, do sentido e do motivo; e Entrevista Semiestruturada, analisada por meio da Análise de Conteúdo Temática, com o auxílio do software Atlas.ti. Os resultados obtidos na pesquisa revelaram uma Estima de lugar negativa em relação ao serviço de saúde onde os psicólogos-residentes atuam, denotando, entretanto, uma tendência à implicação positiva com o território, mais especificamente a comunidade e os usuários, e com o ideal do que o serviço deveria ser, havendo o predomínio da imagem de contrastes nos mapas, a qual denota polarizações de afetos em relação ao espaço, como por exemplo, alegria/angústia e satisfação/medo. As entrevistas também refletiram a predominância de imagens de contrastes em relação à formação acadêmica e contrastes e agradabilidade relacionadas à RIS, apontando para uma maior satisfação com a formação em serviço. As principais práticas desenvolvidas referiram-se a atividades de grupo, atendimentos individuais e visitas domiciliares. Esperamos que a pesquisa desenvolvida contribua para a discussão da prática do psicólogo nos serviços públicos de saúde e da proposta da Residência Multiprofissional, como formação em serviço.

**Palavras-chave:** Afetividade. Psicologia. Residência Integrada em Saúde.

## ABSTRACT

Affection can be understood as the passage from one state to another power, which leads the body and mind, understood as a totality, the action or inaction. It is believed that the work of the psychologist in the area of public health policies, among other issues, is permeated by emerging affections of the encounter with the territory, and that the training contributes to how this action is effective. Therefore, our study aimed to analyze the impact of affectivity (emotions and feelings) in practicing psychologists-residents in public health policy, primary and secondary levels, from its contact with the area of services. For that, we choose as research locus Integrated Health Residency (RIS), linked to Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP /CE) (School of Public Health of Ceará), in emphasis of the Family and Community Health and Mental Health Collective, interviewing 18 psychologists-residents inserted therein. In this attempt, were adopted as the main theoretical basis of social psychology Historic Cultural bases developed by Silvia Lane and colleagues, and Environmental Psychology. Characterized as a qualitative research, the data collection was performed by applying the qualitative part of the Instrument Generator Maps Affective, whose analysis was accomplished by analysis of Categorical Content and Analysis of subtext, of sense and reason; and semi-structured interviews, analyzed through qualitative analysis with the help of Atlas.ti software. The results obtained in the study showed an Esteem negative role in relation to the health service where psychologists work-residents, but shows a tendency to positive engagement with the territory - specifically the community and users - and the ideal of the service should be, giving a predominance of mixed picture on the maps, which denotes polarization of affect in relation to space, such as happiness / satisfaction and anxiety / fear. The interviews also reflected the predominance of images of contrasts in relation to academic background and contrasts and pleasantness related to RIS, pointing to a greater satisfaction with job training. The main activities carried out were related to the group, individual consultations and home visits activities. We hope that the research developed will contribute to the discussion of the practice of the psychologist in public health services and of the proposal of the Multidisciplinary Residency as in-service training.

**Keywords:** Affection. Psychology. Integrated Health Residency.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A Realidade na Filosofia de Espinosa .....	34
Figura 2 – Esquema sobre a dialética Natureza Naturante e Natureza Naturada.....	35
Figura 3 – Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	68
Figura 4 – Desenho do Mapa afetivo RSMC 04.....	128
Figura 5 – Desenho do Mapa afetivo RSMC 02.....	130
Figura 6 – Desenho do Mapa do RSFC 18.....	131
Figura 7 – Desenho do Mapa afetivo RSFC 14.....	133
Figura 8 – Desenho do Mapa afetivo da RSFC 16.....	134
Figura 9 – Desenho do Mapa afetivo da RSMC 03.....	135
Figura 10 – Desenho do Mapa afetivo do RSFC 15.....	137
Figura 11 – Desenho do Mapa afetivo RSFC 06.....	138
Figura 12 – Desenho da Mapa afetivo RSFC 07.....	141
Figura 13 – Desenho do Mapa afetivo da RSFC .....	142
Figura 14 – Esquema da relação entre categorias encontradas no item 5 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.....	144
Figura 15 – Esquema das relações entre as categorias encontradas no item 8 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos associadas às Entrevistas.....	148
Figura 16 – Esquema das relações entre as categorias encontradas nas Entrevistas, referentes às dificuldades, relacionadas à do item 8 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.....	149
Figura 17 – Esquema das relações entre as categorias encontradas no item 7 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.....	153
Figura 18 – Esquema das relações entre as categorias encontradas na Entrevista, sobre o que potencializa a atuação do psicólogo.....	155
Figura 19 – Categorias da formação acadêmica.....	159
Figura 20 – Categorias referentes à avaliação da RIS.....	162

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das vagas de RMS apoiados pela SGTES/MS – 2006.....	90
Quadro 2 – Caracterização das Ênfases RIS-ESP/CE.....	101
Quadro 3 – Caracterização das atividades pedagógicas da RIS-ESP/CE.....	103
Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	106
Quadro 5 – Síntese do processo de categorização, voltado para a elaboração de mapas afetivos.....	113
Quadro 6 – Adaptação do modelo original de síntese do processo de categorização direcionado à elaboração dos mapas afetivos.....	114
Quadro 7 – Delineamento das categorias e imagens constituintes dos mapas afetivos.....	115
Quadro 8 – Relação entre os objetivos da pesquisa, as categorias temáticas e os instrumentos de coleta de dados.....	118
Quadro 9 – Relação das imagens dos serviços, de acordo com as qualidades e sentimentos elencados pelos respondentes.....	124
Quadro 10 – Relação das Ênfases da RIS e as imagens dos mapas afetivos.....	125
Quadro 11 – Relação dos Campos de Práticas e as imagens dos mapas afetivos.....	125
Quadro 12 – Imagens de contrastes dos serviços, de acordo com as respostas dos psicólogos-residentes.....	127
Quadro 13 – Mapa afetivo RSMC 04.....	128
Quadro 14 – Mapa afetivo RSMC 02.....	130
Quadro 15 – Mapa afetivo RSFC 18.....	132
Quadro 16 – Mapa afetivo RSFC 14.....	133
Quadro 17 – Mapa afetivo RSFC 16.....	134
Quadro 18 – Mapa afetivo RSMC 03.....	136
Quadro 19 – Mapa afetivo RSFC 15.....	137
Quadro 20 – Mapa afetivo RSFC 06.....	139
Quadro 21 – Mapa afetivo RSFC 07.....	141
Quadro 22 – Mapa afetivo RSFC 10.....	142

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição cumulativa de bolsas de R1 de todas as portarias de resultados dos Editais das Residências (Residência Médica e Multiprofissional) entre 2010 e 2014.....	92
Gráfico 2 – Distribuição dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde por Estado – 2013, Brasil.....	94
Gráfico 3 – Quantitativo de Residentes por Profissão Brasil – 2013.....	95

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias e frequência da Família “Caminhos Percorridos”, do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.....	143
Tabela 2 – Categorias e frequências da grande categoria “O que poderia melhorar no serviço”, do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.....	146
Tabela 3 – Categorias e frequências da grande categoria “Dificuldades”, das Entrevistas.....	147
Tabela 4 – Categorias e frequências da grande categoria “O que gosta no serviço”, dos Mapas Afetivos.....	153
Tabela 5 – Categorias e frequências da grande categoria “Potencialidades da atuação”, das Entrevistas.....	154
Tabela 6 – Categorias e frequências da grande categoria “Formação Acadêmica”, das Entrevistas.....	158
Tabela 7 – Categorias e frequências da grande categoria “Avaliação da RIS”, das Entrevistas.....	162
Tabela 8 – Categorias e frequências da grande categoria “Práticas”, das Entrevistas.....	164

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal Psicologia
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CRES	Coordenadorias Regionais de Saúde
CRP	Conselhos Regionais de Psicologia
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
CSF	Centro de Saúde da Família
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEPREPS	Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IES	Instituição de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira
ICC	Instituto do Câncer do Ceará
ISOP/FGV	Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas
LOCUS	Laboratório de Pesquisa em Psicologia Ambiental
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUCOM	Núcleo de Psicologia Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Rede MAES	Rede Multicêntrica de Especialização em Saúde da Família
RoforSUS	Reforço à Reorganização do SUS
RegeSUS	Rede de Ensino para a Gestão do SUS
RIS	Residência Integrada em Saúde
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SESA	Secretaria Estadual da Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SFC	Saúde da Família e Comunidade
SMC	Saúde Mental Coletiva
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SIsCNRMS	Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	LINHAS COLORIDAS DO ESTUDO – A AFETIVIDADE DE QUE FALAMOS .....	24
2.1	Afetividade no contexto ocidental: a constituição filosófica do conceito .....	25
2.1.1	<i>A Afetividade espinosana: Um convite à alegria e à liberdade</i> .....	29
2.2	A leitura do conceito de afetividade pela Psicologia Social laneana .....	39
2.2.1	<i>A necessidade de construção de uma Psicologia Social latino-americana</i> .....	39
2.2.2	<i>Afetividade na Psicologia Social de base Histórico-Cultural</i> .....	43
2.3	Os matizes da Psicologia Ambiental: agregando outros olhares sobre as categorias que estudamos.....	55
2.3.1	<i>Algumas considerações que caracterizam a Psicologia Ambiental</i> .....	55
2.3.2	<i>Desenhando o conceito de território e suas interfaces com a afetividade</i> .....	57
3	ENCONTROS POTENCIALIZADORES – DELINEANDO O CENÁRIO DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE COLETIVA .....	64
3.1	SUS: um novo campo de trabalho para o psicólogo.....	64
3.2	A Psicologia como Ciência e Profissão para o SUS.....	69
3.2.1	<i>Revisitando o histórico da profissão no Brasil: institucionalização e ensino</i> .....	70
3.2.2	<i>Os encontros da profissão nascente com o mercado consumidor</i> .....	75
3.3	Formação profissional para o trabalho no SUS: A proposta das Residências.....	82
3.3.1	<i>A formação de profissões universitárias e suas reverberações no campo da saúde</i> .....	83
3.3.2	<i>A instituição das Residências Multiprofissionais em Saúde</i> .....	87
4	O PERCURSO METODOLÓGICO .....	96
4.1	A abordagem metodológica da pesquisa .....	96
4.2	O lócus de nossa pesquisa e o processo de inserção no campo .....	98
4.3	Os participantes .....	104
4.4	Instrumentos de coleta dos dados e procedimentos de análise.....	107
4.4.1	<i>O Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos</i> .....	107
4.4.2	<i>As Entrevistas Semiestruturadas</i> .....	116
4.4.3	<i>Análise dos dados</i> .....	119
4.5	Aspectos Éticos .....	121
5	A FORMAÇÃO E A AÇÃO DA AFETIVIDADE NO TERRITÓRIO – EXPONDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS OBTIDOS .....	123
5.1	A afetividade em relação ao serviço desvelada pelos Mapas afetivos .....	123
5.1.1	<i>As imagens de Contrastes</i> .....	127

5.1.2 As imagens de Destruição .....	135
5.1.3 As imagens de Insegurança .....	138
5.1.4 A imagem de Pertencimento .....	141
5.1.5 Caminhos significativos do território.....	143
5.2 Novos contrastes no território: dificuldades e potencialidades caminhando juntas .....	145
5.2.1 O que precisa melhorar.....	146
5.2.2 O que gosto no serviço .....	152
5.3 Formando profissionais para o trabalho em saúde .....	157
5.3.1 A formação acadêmica .....	157
5.3.2 Residência em Saúde: “a onda do momento” .....	161
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	166
REFERÊNCIAS.....	172
APÊNDICES.....	183
APÊNDICE A – INSTRUMENTO GERADOR DOS MAPAS AFETIVO.....	184
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	187
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	188
APÊNDICE D – MAPAS AFETIVOS DOS PSICÓLOGOS-RESIDENTES .....	189
ANEXOS.....	198
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	199
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP. ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO	
COPARTICIPANTE.....	202

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo que será apresentado ao longo destas páginas, nasceu do meu encantamento com o trabalho no âmbito da saúde, do contato com trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e da forma como eu mesma fui afetada nestes espaços, nestes encontros. Como graduanda em Psicologia, na Universidade Federal do Ceará (UFC), e membro do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), vinculado à mesma instituição, tive a oportunidade de entrar em contato com o cotidiano de dois serviços de saúde e de discutir a formação e atuação do psicólogo neste terreno de tensionamentos, encontros, afetos e vida.

Assim sendo, as bases desta dissertação fundamentam-se nos estudos teóricos e nas experiências em campo propiciadas, principalmente, pelas disciplinas de Saúde Pública; de Estágio em Ênfase I, que se realizou em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II de Fortaleza – de onde derivou minha monografia, intitulada “Afetos e Reflexões da Vivência em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Um relato de experiência” –; e pelos dois anos de engajamento no PET-Saúde, no qual atuei em um Centro de Saúde da Família (CSF). Os debates e descobertas fomentadas neste percurso, encontraram eco e desenvolvimento nas discussões e visitas realizadas na Disciplina de Estágio em Docência – atividade do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC –, e nos momentos de estudo e diálogo propiciados por minha participação no Laboratório de Pesquisa em Psicologia Ambiental (LOCUS) e no contato com o Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM). Todas estas vivências possibilitaram um lugar privilegiado de atuação e observação, despertando reflexões acerca da prática dos diversos profissionais inseridos nos serviços de saúde, da formação para atuação no SUS, das contradições existentes entre o trabalho prescrito e o real e, acima de tudo, da afetividade – em especial do psicólogo – frente ao território no qual está inserido, constituindo-se esta última questão como objeto da presente pesquisa.

Na concepção tradicional de ciência, pautada nos pressupostos cartesianos, que separam mente e corpo, afeto e razão, postulando a soberania desta última, a afetividade é vista como algo negativo que impede o conhecimento verdadeiro e a ação eficaz (SAWAIA, 2011b), devendo ser eliminada do âmbito da ciência, em prol de um conhecimento neutro e adequado da realidade. Baseada neste ponto de vista, a ciência psicológica habituou-se a negligenciar e depreciar esta categoria (COSTA; PASCUAL, 2012), elegendo como objeto de estudo um homem fragmentado. Spinoza (2005), à sua época, denunciava que as afecções

humanas eram tratadas não como algo pertencente ao humano, mas sim como coisas contrárias à Natureza, aliás como se o próprio sujeito não fosse parte da Natureza.

Em minhas experiências, no campo de atuação, estas concepções cartesianas não pareceram tão distantes. Apesar das diversas produções e estudos orientados para a integração entre afeto e cognição (BOMFIM, 2010; DAMÁSIO, 1996; DELEUZE, 2012; SAWAIA, 2011b) e de uma nova postura científica amplamente aceita e divulgada que concebe a afetividade como parte indissociável do ser humano, na prática nem sempre há espaço para se discutir a maneira como o profissional se afeta com o seu território de atuação e que ações e discursos isto engendra. Não significa dizer que a afetividade esteja “neutralizada”, que não esteja atuante no cotidiano do serviço e nas relações interpessoais, mas sim que ela é, até certo ponto, negada frente as “exigências” do serviço e as relações de poder que aí se estabelecem. Em minhas experiências, não foi raro presenciar relações desgastadas entre profissionais e usuários, que tornavam possíveis falas como a de uma psicóloga que, referindo-se aos usuários do CAPS, afirmava que “quando se trabalha com crianças, é preciso conversar com os pais”. Além disso, deparei-me com profissionais que, diante das inúmeras dificuldades do serviço e do não saber o que fazer frente a elas, dada uma formação insuficiente, apresentavam-se desmotivados e, mesmo, desacreditados de suas próprias potencialidades.

Para Sawaia (2011a), o triunfo da razão e a negação da dimensão afetiva implicaram em que a razão se tornasse um dispositivo de poder, servindo à disciplinarização e dominação, ao produzir conhecimentos que naturalizam as relações servis e mantêm o status quo, negando as potencialidades dos sujeitos de transformarem sua realidade social em busca de liberdade e felicidade. Tal pensamento se ancora na filosofia de Espinosa, para quem o conhecimento verdadeiro deriva da razão e da maneira como o corpo é afetado – afetação do corpo e da alma – por outros corpos (SPINOZA, 2005). Desta forma, partindo de um racionalismo monista, o referido filósofo, contrariamente ao pensamento cartesiano, concebe que corpo e alma são da mesma substância (CHAUÍ, 1995; SAWAIA, 2011b), tratando-se da dupla expressão de uma mesma realidade (GLEIZER, 2005) e, neste sentido, não se concebem separações ou hierarquias entre o afeto e a razão. Destarte, a razão é dotada de uma afetividade peculiar, sendo capaz de transformar a vida afetiva do sujeito ao mesmo tempo em que se orienta por esta (GLEIZER, 2005).

É assim que, com base em Espinosa, Agnes Heller, para quem a afetividade significa implicação (HELLER 1993) e Lev S. Vygotsky, que se debruçou sobre a filosofia espinosana e afirma a inalienabilidade da dimensão afetiva, Sawaia (2011b) elege a afetividade como categoria analítica desestabilizadora e de transformação social, capaz de

criar novas constelações analíticas, que rompam com os modelos e concepções hegemônicas e permitam ver o ser humano em sua inteireza. Concebe-a, portanto, como

A tonalidade e a cor emocional que impregna a existência do ser humano e se apresenta como: 1) sentimento: reações moderadas de prazer e desprazer, que não se refere a objetos específicos; 2) emoção, fenômeno afetivo intenso, breve e centrado em fenômenos que interrompem o fluxo normal da conduta (SAWAIA, 2011b, p. 100).

O afeto deriva, então, das afecções, ou seja, de “Toda mudança, alteração, ou modificação de alguma coisa, seja produzida por ela mesma, seja causada por outras coisas.” (CHAUÍ, 1995, p. 105), que corpo e mente recebem da existência, dos ambientes, dos encontros com os outros, gerando mudanças que são retidas em forma de emoções e sentimentos (SAWAIA 2003; 2009). Neste sentido, o afeto diferencia-se do que se entende por vinculação afetiva, onde se pressupõe uma ligação do sujeito com alguma coisa, uma vez que o afeto, como o entendemos, pode aumentar ou diminuir a potência de agir do corpo (SPINOZA, 2005), conduzindo-o, assim, à ação ou à passividade (BRANDÃO, 2012), auxiliando ou não a vinculação com o lugar (GIULIANI, 2004) e impactando na maneira como o sujeito demarca seu território (POL, 1996).

Como afirma Santos (1999), o conceito de território pode ser compreendido, a partir dos usos que os homens fazem dele, como o lugar em que a história de cada homem se faz concreta, pois é onde se manifesta sua existência. Delimitado geopolítica e, principalmente, vivencialmente, o território é onde se situa a comunidade (GÓIS, 2008), reproduz aspectos fundamentais das relações macrossociais ao mesmo tempo em que se constitui de relações microssociais peculiares, compõe-se dos espaços dotados de valor (TUAN, 1993) pelos sujeitos comunitários, dos equipamentos presentes nestes lugares, da dinâmica comunitária, da história e da memória dos sujeitos, dos tensionamentos, jogos de forças, disputas e negociações engendradas a partir das relações de poder que aí se estabelecem, entre outras dimensões. Como Pol (1996) assevera, o ser humano necessita de referenciais estáveis, capazes de lhe prover orientação e preservação da identidade perante a si próprio e aos outros, disto deriva a necessidade de demarcação do território, o que implica apropriar-se de um lugar, apegando-se a ele e defendendo-o, por sentir-se parte dele. Por conseguinte, pode-se afirmar que “Apropriar-se é identificar-se e transformar-se a si mesmo, a coletividade e o entorno.” (BOMFIM, 2010, p. 78).

Com base nestas considerações, que se inserem no âmbito da Filosofia e no escopo teórico da Psicologia Social de base Histórico-Cultural e da Psicologia Ambiental, em diálogo com a Saúde Coletiva, chamamos atenção para o fato de que é neste território que o

profissional – destacamos o psicólogo – insere-se, compartilhando da dinâmica que é anterior à sua chegada. Destarte, também se deparará com espaços que precisará transformar em lugares para si, processo este que será perpassado por seus sentimentos, pensamentos, cultura, estados de espírito (TUAN, 1983) e relações de poder que constituem e que se tensionam no território. É neste sentido que a afetividade nos aparece como categoria importante para a abordagem da atuação do psicólogo nos serviços públicos de saúde, pois resguarda a possibilidade de desvelar as formas como os sujeitos conhecem e agem sobre os espaços.

Acreditamos que o contato com o cotidiano do serviço, muitas vezes desafiador e inquietante por conta das inúmeras dificuldades encontradas (FEITOSA, 2011; FÉLIX, 2011; SILVA, 2012), pode dar-se de forma positiva e, ou negativa, o que se constitui como um dos fatores capazes de repelir ou atrair o sujeito ao seu lócus de atuação, potencializando sua ação ou diminuindo-a. Lembramos que esta experiência emocional (DAMÁSIO, 1996), que é corpórea e psíquica, orientará as ações e a tomada de decisão do profissional em campo, o que nos leva a pressupor que a maneira como ele se afeta com o serviço impacta em suas práticas e na forma de se relacionar com os sujeitos que compõem o território. Não queremos dizer com isto que o território seja determinante da ação aí realizada ou mesmo o responsável por uma atuação desconexa e distanciada, mas sim que é necessário atentar para a afetação que os encontros com o campo proporcionam, buscando-se integrar seus efeitos aos outros elementos envolvidos nesta atuação, tais como a formação profissional, a conjuntura de desigualdade social (GUZZO; LACERDA JR.2007), os modos de subjetivação do psicólogo, a cultura profissional (DIMENSTEIN, 2000), entre outros.

No trabalho de Feitosa (2011), as principais categorias de análise referentes às dificuldades encontradas pelos profissionais inseridos no CAPS e que impactam no seu fazer, foram entraves burocráticos; desarticulação do trabalho em rede e superlotação do serviço; dificuldade de engajamento do usuário no tratamento; dificuldade do trabalho multiprofissional e da escuta entre os membros da equipe. Por sua vez, Félix (2011), em sua pesquisa, buscou explorar a relação entre a afetividade e a ambiência do trabalho nos CAPS de Fortaleza, por meio do instrumento gerador dos Mapas Afetivos (Bomfim, 2010). Para tanto, elegeu como sujeitos da pesquisa profissionais de diversas áreas – dentre elas, a Psicologia – inseridos neste espaço. A análise dos dados coletados nesta investigação revelou que, ao mesmo tempo em que foram encontradas dificuldades relativas ao sofrimento no trabalho, os sujeitos evocaram imagens de pertencimento e agradabilidade quando referiram a vinculação com o equipamento e sentimento de realização pessoal a partir do reconhecimento de suas próprias potências de ação no serviço. O psicólogo apareceu nesta pesquisa,

entretanto, como um dos profissionais mais expostos ao sofrimento, neste contexto, o que expressa a ambiguidade deste espaço (SAWAIA, 1995) e a necessidade de se considerar a interferência deste sofrimento nos modos de atuação.

Já na dissertação de Silva (2012), acerca da inserção do psicólogo na Atenção Básica, encontramos que esta entrada no serviço se tem dado, principalmente, por identificação com o campo, acaso ou falta de opção, com grande número de contratações por meio de indicação política e terceirizações. Os profissionais referiram pouco ou nenhum conhecimento sobre a prática nestes serviços, além de operacionalizarem a reprodução do modelo clínico individual. Acerca dos obstáculos encontrados, novamente foram elencadas as dificuldades relativas à gestão política e ao trabalho multiprofissional, sendo o psicólogo o profissional que mais apresenta resistências no envolvimento com a equipe. Quanto a este último aspecto, Dimenstein (2000) também o havia identificado em suas pesquisas e o atribuiu, entre outros elementos, à crença, por parte do psicólogo, na superioridade de seu conhecimento; à dificuldade de desconstruir suas propostas de intervenção, reconstruindo-as com base no saber compartilhado e na realidade do território; e ao pensamento individualista que orienta sua cultura profissional.

Frente à complexidade do campo e à expressiva falta de preparo do profissional para trabalhar com as realidades comunitárias, no âmbito da saúde, estas colocações justificam nosso interesse em discutir a formação acadêmica e os afetos despertados pelo território de atuação. Pensando em aliar estas duas dimensões, optamos por abordar a Residência Integrada em Saúde (RIS), caracterizada como modalidade de formação profissional em serviço, com nível de pós-graduação *latu sensu* (DALLEGRAVE, 2008), que objetiva formar profissionais para o trabalho no SUS, dentro da perspectiva da integralidade do atendimento, definindo as ações realizadas no território a partir das reais necessidades da população, privilegiando

[...] o diálogo, buscando romper com o 'especialismo' na saúde e estimulando a integração entre os diferentes saberes e fazeres. A RIS busca o trabalho coletivo, ressaltando a necessidade de valorização da multiprofissionalidade nos processos, propondo uma ruptura com a visão reducionista, entendida como 'corporativo-centrado' para o eixo 'usuário-centrado' (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009, p. 107).

Deste modo, delinea-se nosso problema de pesquisa, no qual chamamos atenção para a experiência afetiva de psicólogos-residentes inseridos em serviços públicos de saúde de nível primário e secundário – prestados pelo SUS –, vinculados à RIS, da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), diante deste contexto contraditório e contrastante. Admitindo-se

que a afetividade não raro é institucionalmente negligenciada, por mais que não possa ser excluída ou neutralizada nos locais de prática e de vida, como parte da constituição psíquica dos profissionais, e que, com base nas teorias supracitadas, a conjuntura dos serviços de saúde, com seus entraves e potencialidades, precarizações e ganhos, tanto pode potencializar o profissional e impulsioná-lo à ação, como pode despotencializá-lo, de modo que se mantenha passivo diante da realidade, reproduzindo práticas instituídas de maneira acrítica, tomamos como pergunta de partida: Como se constitui a afetividade – entendida como emoções e sentimentos, como o poder do corpo de afetar e de ser afetado por outros corpos, aumentando ou diminuindo sua potência de ação – em relação ao território, na atuação dos psicólogos-residentes, inseridos nas políticas públicas de saúde por meio da RIS-ESP/CE? Tomamos, então, como objetivo geral desta pesquisa analisar o impacto da afetividade (emoções e sentimentos) na atuação de psicólogos-residentes em políticas públicas de saúde, de nível primário e secundário, a partir de seu contato com o território dos serviços. E, por objetivos específicos: a) Identificar como o território e a conjuntura atual dos serviços de saúde afetam a atuação do psicólogo-residente, potencializando-a ou despotencializando-a; b) Discutir a formação dos psicólogos-residentes para o trabalho nas políticas públicas de saúde; c) Descrever a atuação profissional do psicólogo-residente nos serviços de saúde.

Destarte, nossa pesquisa organizou-se em quatro capítulos direcionados à exposição e discussão do desenvolvimento de sua construção. No primeiro capítulo, apresentamos as concepções filosóficas de afetividade que se sucedem e convivem na cultura ocidental, ao longo do processo histórico, fundamentando nosso trabalho nas reverberações da filosofia espinosana; bem como a apresentação das bases teóricas que nos orientam e suas noções de afetividade e território. No segundo capítulo, buscamos situar a constituição da Psicologia como ciência e profissão, sua inserção no âmbito do SUS, como profissão da saúde, e os movimentos de (re)formulação da formação profissional para a atuação neste campo. O terceiro capítulo, referente à metodologia utilizada, caracteriza nosso lócus de estudo, os sujeitos participantes, apresenta nossos instrumentos de coleta de dados – o Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (BOMFIM, 2010) e a Entrevista semiestruturada – e o método de análise, que se configurou como a Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), com o auxílio do software Atlas.ti. Por fim, em nossas considerações finais, apontamos as principais reflexões deste percurso, no sentido de desvelar as contribuições por ele trazidas e as necessidades de novas explorações, considerando-se o processo do conhecimento como algo sempre novo, inacabado e aberto a novas inquietações.

## 2 LINHAS COLORIDAS DO ESTUDO – A AFETIVIDADE DE QUE FALAMOS

Compreendendo o conceito de afetividade, categoria seminal de nosso estudo, como uma produção situada historicamente e perpassada pelos pressupostos culturais que a tornam possível, consideramos necessário resgatar algumas concepções filosóficas que lançaram as bases para as compreensões atuais do tema. Falamos de compreensões por conta dos diversos discursos que foram e são produzidos no sentido de delimitar este conceito, ancorados em diferentes bases teóricas. Desta forma, neste capítulo, tencionamos explorar alguns pontos importantes do percurso que fomentou o conceito que adotamos.

Brandão (2012) reflete que na sociedade atual a afetividade é significada como algo sempre positivo, coincidindo com a qualidade de bom, e gerador de docilidade, no sentido da conformidade e adequação, enquanto que, no âmbito da ciência, por conta da tradição cartesiana, deve ser afastada do processo do conhecimento, por obscurecê-lo (COSTA; PASCUAL, 2012). Entretanto, o conceito apresentado por Spinoza (2005) nos oferece outro olhar sobre esta parte indissociável do humano. Para o filósofo, alma e corpo são uma e a mesma coisa, possuem o poder de afetar e serem afetados por outros corpos, no caso do corpo, ou por outras ideias, no caso da alma, o que aumenta ou diminui a potência de agir, conduzindo à ação ou à passividade. Destarte, não se pode classificar a afetividade em si como boa ou má, antes, é necessário estar atento às práticas, discursos e encontros que se valem de paixões tristes para manter a submissão e as ideologias alienantes, que aprisionam o homem, privando-o de sua liberdade e felicidade, sabendo-se que estas últimas efetivam-se nos bons encontros promotores do bem-comum (SAWAIA, 2009; 2011b).

A discussão a que nos propomos ancora-se nas perspectivas da Filosofia Espinosana, da Psicologia Social de base Histórico-Cultural, desenvolvida no Brasil a partir da chamada crise da Psicologia Social, e da Psicologia Ambiental com enfoque psicossocial (BOMFIM, 2010). Nestas disciplinas um homem concreto, histórico e contextualizado, capaz de transformar sua realidade é enfocado, além de abordarem a afetividade como categoria-síntese, ética e política (SAWAIA, 2011b), fundamental na constituição da identidade, na busca pela felicidade, pela libertação e na apropriação dos territórios. Objetivando maior clarificação de nossa proposta em termos teóricos, passaremos, em seguida, a uma breve explanação destas categorias e conceitos seminais no desenvolvimento de nossa proposta.

## 2.1 Afetividade no contexto ocidental: a constituição filosófica do conceito

Segundo Brandão (2012), a construção da noção de afetividade, tal como figura no pensamento ocidental, tem suas raízes na filosofia de Platão [427-347 a. C.] que, adotando uma compreensão dualista da realidade, concebia a existência de um mundo inteligível – o mundo das Ideias –, do qual a alma procede e para o qual retorna após a morte do corpo, onde está o conhecimento verdadeiro das coisas; e um mundo sensível, ao qual a alma precipita-se, esquecendo-se do conhecimento verdadeiro do mundo das ideias, passando a conhecer de forma obscurecida, pelas aparências (REALE; ANTISERI, 2003), ainda que com base em um conhecimento inato, reminescente de sua vida pré-terrena, no que consiste a doutrina da reminiscência ou anamnese, de Platão (MARCONDES, 1998). Similarmente, sua concepção de homem defende a relação entre alma (supra-sensível) e corpo (sensível) como oposição, onde o corpo se caracteriza como o cárcere da alma, do qual esta deve fugir e, neste sentido, a morte do corpo representa a libertação da alma para a vida verdadeira, já que lhe permite unir-se plenamente ao inteligível (REALE; ANTISERI, 2003).

Para este filósofo grego, “[...] a alma constitui um conjunto de faculdades hierarquizadas. Na cúpula desta estrutura encontra-se a razão [*nous*], que comanda as outras duas: vontade [*timós*] e apetite [*epitímia*].” (BRANDÃO, 2012, p. 21), estando estas localizadas no corpo e relacionadas às virtudes. Denominam-se como alma racional, que está situada na cabeça e conduz à sabedoria; alma irascível, localizada na região do coração e que dirige à coragem; e alma concupiscível, fixada na região do ventre e relacionada à virtude do autocontrole, desde que os apetites sejam devidamente controlados (BRANDÃO, 2012; LEITE, 2012). Assim, na filosofia de Platão há a hegemonia da razão, a qual deve direcionar a vida humana e o conhecimento das coisas, o que implica que a justiça é produzida pelo equilíbrio das três instâncias da alma, sob o governo da razão (BRANDÃO, 2012).

Destarte as paixões humanas são concebidas como vícios que precisam ser regiadamente controlados, pois sua sobreposição à razão impede o conhecimento verdadeiro, que o filósofo identifica com o bem (MARCONDES, 1998), e a busca das virtudes. Assim sendo, a ética platônica pressupõe o desprezo das honrarias, riquezas, prazeres e bens do mundo e do corpo, posto ser o corpo a “[...] raiz de todo mal, fonte de amores insensatos, de paixões, inimizades, discórdias, ignorância e loucura. E tudo isso representa precisamente fatores de morte para a alma.” (REALE; ANTISERI, 2003, p. 154). Do mesmo modo, a estética platônica concebe a arte como algo que, guiado pelo sentimento e a fantasia (BRANDÃO, 2012), remete às faculdades irracionais da alma e, portanto, não é capaz de

conduzir o homem ao conhecimento verdadeiro, pois é mentirosa, ao invés de educá-lo, corrompe-o, deseduca-o, devendo, portanto, ser desestimulada (REALE; ANTISERI, 2003).

Aristóteles [384-322 a. C.], por outro lado, a partir de uma crítica à filosofia pré-socrática e platônica (MARCONDES, 1998), comungando de concepções monistas e sem negar a existência de realidades supra-sensíveis, postulou, diferente de Platão, em vez de um mundo inteligível em que as ideias eram transcendentais, um mundo de “Inteligências”, (REALE; ANTISERI, 2003), admitindo que

As essências estão nas coisas mesmas de modo imanente. Assim sendo, a alma não poderia ser uma essência autônoma aprisionada no corpo e, uma vez que desaparece o dualismo psicofísico, também é dirimida a antinomia razão-emoção. (BRANDÃO, 2012, p. 24).

Conforme Reale e Antiseri (2003), em Aristóteles, a alma, vista como o princípio que dá vida aos seres animados, é tripartida, sendo denominada alma vegetativa – princípio mais elementar da vida, responsável pelo governo e regulação das atividades biológicas do organismo, presente nas plantas, nos animais e nos homens –, alma sensitiva – presente nos animais e nos homens e que tem por funções a sensação, o apetite e o movimento, os quais estão interligados – e alma intelectual – presente somente nos homens, cuja função relaciona-se ao conhecimento racional. Neste sentido, preconiza-se que o homem, para viver bem, deve guiar-se pela razão, a qual o distingue dos demais seres animados (REALE; ANTISERI, 2003), e que as paixões em si mesmas não são consideradas vícios nem virtudes, boas nem más, entretanto, permanece a concepção de que podem tornar-se nocivas quando excessivas ou deficientes (BRANDÃO, 2012). Deste modo, a ética aristotélica centra-se, conforme Marcondes (1998), no estudo da virtude, a qual não está exclusivamente identificada com o conhecimento, como em Platão (BRANDÃO, 2012). A virtude, no sistema aristotélico permite atingir graus mais elevados do bem humano, traduzido como felicidade, que consiste no agir racional, equilibrado. Este equilíbrio põe em relevo que “O homem é principalmente razão, mas não apenas razão.” (REALE; ANTISERI, 2003, p. 205), posto que o desejo e o apetite também se impõem e participam da razão de alguma maneira, consistindo a virtude ética no domínio destas interferências, na direção do equilíbrio. Em outros termos,

O homem virtuoso deve assim conhecer o ponto médio, a justa medida das coisas, e agir de forma equilibrada de acordo com a prudência ou moderação (*sophrosine*), que pode ser entendida como a própria caracterização do ser prático. (MARCONDES, 1998, p. 77).

Posteriormente, segundo Brandão (2012), a oposição entre a razão e a emoção foi novamente postulada na Antiguidade Clássica, com a escola mais famosa e influente da época

helenística, o Estoicismo, que nasceu no fim do século IV a.C., em Atenas, fundada por Zenão [333/332 a.C. – 264 a.C.). Conforme o autor supracitado, nesta escola, a recusa das paixões é eleita como condição primeira para que se possa chegar ao conhecimento verdadeiro, à autonomia humana e à felicidade, esta última obtida por meio da vivência de acordo com a natureza (REALE; ANTISERI, 2003). Segundo Reale e Antiseri (2003), para os estóicos, o ser vivente caracteriza-se por sua tendência constante de conservar a si mesmo e a tudo o que é capaz de conservá-lo, apropriando-se, assim, de seu próprio ser. A vivência conforme a própria natureza consiste em

[...] viver realizando plenamente essa apropriação ou conciliação do próprio ser e daquilo que o conserva e ativa. Em particular, posto que o homem não é simplesmente ser vivente mas é ser racional, o viver segundo a natureza será um viver “conciliando-se” com o próprio ser racional, conservando-o e atualizando-o plenamente. (REALE; ANTISERI, 2003, p. 261, grifos do autor).

Dentro deste sistema, como afirma Brandão (2012), o *ethos*, originalmente relacionado à expressão da natureza no humano, e o *pathos*, sendo a contranatureza, perderam estes significados atribuídos pelos gregos e passaram a exprimir, sob o pensamento estóico e, posteriormente sob o cristão, o *ethos* a virtude e o *pathos* a paixão, o vício. Enquanto em Aristóteles as paixões, de alguma forma, participavam da razão, fazendo parte do equilíbrio necessário à virtude, assumindo, assim, alguma característica positiva, na filosofia estoica foram terminantemente associadas ao que não é virtuoso. Tal pensamento teve grande influência na constituição do pensamento judaico-cristão, que tornou as emoções e as paixões associadas ao pecado, impondo-se o imperativo de que as emoções deveriam ser, mais do que controladas, suprimidas, posto serem consideradas “[...] a expressão inumana da nossa natureza [...]” (BRANDÃO, 2012, p. 27). Por outro lado, a razão é tomada como expressão legítima da natureza humana e, por isso, para viver feliz, virtuosamente, o homem dever submeter-se a ela, pois somente as ações humanas pautadas segundo o *logos* poderiam ser consideradas moralmente perfeitas (REALE; ANTISERI, 2003).

Estas considerações impactaram diretamente no pensamento filosófico da Idade Média, em que o discurso religioso dominou o cenário econômico, político e individual. Dois autores se destacaram neste período, Santo Agostinho [354-430] e Santo Tomás de Aquino [1225-1274], ambos ligados ao catolicismo. Na obra agostiniana, como explana Brandão (2012), prevalece a soberania da razão sobre as paixões, entretanto preconiza-se sua submissão à revelação divina ao mesmo tempo em que emerge um elemento novo, a vontade, elencada como central no processo cognitivo, pois o ato de conhecer está amparado no livre-arbítrio humano, ou seja, direcionado pela vontade. Nesta acepção, a vontade sobrepõe-se às

paixões, mas submete-se à iluminação divina, já que o acesso à verdade e, conseqüentemente, à Deus só poderia se dar por meio desta via. Disto procedeu que a filosofia, no pensamento agostiniano, passou a configurar-se como caminho para a beatitude, elegendo como pilares a alma e Deus (REALE; ANTISERI, 2003), e não mais como busca da virtude ou do conhecimento, como na tradição precedente (BRANDÃO, 2012).

Isto posto, para Agostinho, a única emoção concebida como virtude é o amor, dado o imperativo religiosos de amar à Deus e ao próximo, as demais paixões ganharam, então, contornos de desordem, entorpecedoras da alma e empecilho no caminho ao conhecimento verdadeiro. Como distinguem Reale e Antiseri (2003), nesta perspectiva, o amor é *charitas*, quando devotado à Deus, ou seja, quando os homens e as coisas são amados em função de Deus; e é *cupiditas*, quando está voltado para si próprio, para o mundo e para as coisas concernentes ao mundo. Enquanto isso, no sistema tomista, formulado por Santo Tomás de Aquino, a razão sobrepõe-se à vontade, significa dizer que mesmo os homens sendo livres para escolher entre o bem e o mal, dado seu livre arbítrio, suas escolhas fundam-se mais determinantemente na razão e não na vontade (BRANDÃO, 2012). Novamente a afetividade foi postulada como perturbadora da razão, sendo relacionada ao pecado, devendo ser, portanto, dominada e suprimida.

Por outro lado, Brandão (2012) situa no pensamento de La Boétie [1530-1563], pouco antes do advento da Modernidade, a crítica e negação do teocentrismo e da autoridade eclesiástica, que reverbera na tentativa de refutação da repressão da afetividade e sua inserção no campo da ética e da política. Posteriormente, na Idade Moderna, segundo o autor supracitado, as emoções foram consideradas elementos pertinentes ao processo cognitivo, sendo encaradas não somente como perturbações da alma, mas sendo

[...] transportadas da ética para a epistemologia, uma vez que se apresentam impreterivelmente na relação do sujeito com o objeto. Ora, é justamente em torno dessa relação gnosiológica entre a razão conhecedora e o objeto a ser conhecido que se construirá o pensamento moderno, cuja querela sobre a primazia de um polo sobre o outro ocupará a atenção dos sistemas filosóficos durante mais de duzentos anos. (BRANDÃO, 2012, p. 33-34).

No cenário da modernidade, em que impera uma ética pautada no cientificismo e no pragmatismo (GUARESCHI, 2011a), merece destaque o filósofo racionalista René Descartes [1596-1650], cujo sistema filosófico, influenciado pelo humanismo do século XVI, pelos postulados científicos de sua época e pelo ceticismo, inaugurou o pensamento moderno propriamente dito, de forma mais acabada (MARCONDES, 1998). Segundo Marcondes (1998), a influência de sua filosofia, que preconizava colocar em dúvida todas as verdades

estabelecidas para que, do ceticismo radical pudesse emergir, pela via da razão, o conhecimento verdadeiro e irrefutável, alcançou grandes proporções, chegando a ser considerada em alguns círculos uma “Reforma” na Filosofia e ainda hoje reverberando, entre outros espaços, no plano científico, como ressaltamos anteriormente.

Conforme Brandão (2012), na filosofia cartesiana concebe-se que a alma é composta por três faculdades: a sensação, de onde provêm as ideias adventícias, dependentes dos sentidos; a imaginação ou fantasia, relacionada às ideias fictícias; e a razão, da qual dependem as ideias inatas. Neste sentido, o conhecimento verdadeiro é alcançado somente por meio da atividade racional e a racionalidade é algo natural e presente em todos os homens, assim, “O erro resulta na realidade de um mau uso da razão, de sua aplicação incorreta em nosso conhecimento do mundo. A finalidade do método é precisamente pôr a razão no bom caminho, evitando assim o erro.” (MARCONDES, 1998, p. 162). Este erro é, também, em última análise, imputado às paixões humanas, que na visão de Descartes são mecanismos da alma, localizados na glândula pineal, capazes de impedir que os sujeitos ajam de modo equilibrado e, por conta disso, devem ser controladas, posto se acreditar que com um tratamento racional possam ser alteradas (BRANDÃO, 2012). Destarte, como referem Lima, Bonfim e Pascual (2009), em Descartes encontraremos os afetos descritos como “movimentos psicofísicos”, promovidos por alterações corporais. Nesta concepção, sendo o corpo uma extensão da alma, mas composto por uma substância distinta desta, as alterações somáticas, que configuram a emoção, são recebidas passivamente pela alma (VEER; VALSINER, 1996).

Veer e Valsiner (1996) refletem que esta visão impactou diretamente na formulação da ciência psicológica, pois

[...] precisamente como resultado da maneira como Descartes formulou e resolveu o problema mente-corpo, o estudo da psicologia ficou dividido em dois campos. O debate entre os que difundiam a psicologia como *Naturwissenschaft* (ciência natural) e os que defendiam a possibilidade da psicologia como *Geisteswissenschaft* (hermenêutica) tinha sua origem nos escritos de Descartes. Assim, o conflito entre os psicólogos que desejavam ser cientistas no sentido comumente aceito nas ciências naturais (estudando o *comportamento*) e psicólogos que procuravam uma compreensão dos planos, motivos, etc. humanos (enfatizando o *significado*) já estava presente em boa parte da obra do filósofo francês [...] (p. 379-380).

### ***2.1.1 A Afetividade espinosana: Um convite à alegria e à liberdade***

Com base nestas breves considerações, podemos vislumbrar um pouco do cenário detalhado por Brandão (2012), que propiciou o rechaço da afetividade, principalmente no que tange ao campo científico, e compreender as palavras de Spinoza (2005) ao afirmar que

Aqueles que escrevem sobre as afecções e sobre a conduta da vida humana, parecem, em sua maioria, tratar não de coisas naturais que decorrem das leis comuns da Natureza, mas de coisas que estão fora da Natureza. Na verdade, dir-se-ia que concebem o homem na Natureza como um império dentro de um império. Supõem, com efeito, que o homem perturba a ordem da Natureza mais que a segue, que tem sobre suas próprias ações um poder absoluto e tira apenas dela mesma a sua determinação. [...] Mas eis aqui meu raciocínio: nada acontece na Natureza que possa ser atribuído a um vício nela existente; ela é sempre a mesma, com efeito; sua virtude e poder de agir são os mesmos em toda parte, isto é, as leis e regras da Natureza, conforme as quais tudo acontece e passa de uma forma a outra, são em toda parte e sempre as mesmas. [...] As afecções, pois, de ódio, cólera, inveja, etc., consideradas em si mesmas, decorrem da mesma necessidade e da mesma virtude da Natureza que as outras coisas singulares [...]. (SPINOZA, 2005, p. 195-196).

Como fica claro nas colocações acima, Spinoza (2005) concebe a afetividade tão digna e necessária de conhecimento como qualquer outra coisa, rompendo com a aceção de que as emoções devem ser suprimidas, controladas ou que perturbam o conhecimento verdadeiro. Filósofo monista e racionalista, Benedictus de Espinosa [1632-1677] – cujo nome pode variar para Baruch ou Bento – postulava que a felicidade somente poderia ser construída pela via da razão, na qual confiava tanto cognitiva quanto eticamente (BRANDÃO, 2012). No entanto, diferente da tradição precedente, na filosofia espinosana a afetividade faz parte da racionalidade, não havendo distinção entre ambas, assim como também o corpo e a alma são tomados como uma só e mesma coisa (SPINOZA, 2005). Deste modo,

[...] a ação humana é regulada imanentemente por sua própria condição de ser parte da Natureza. O seu racionalismo se dá na plena confiança da potência de conhecer da razão, que não é, em nenhuma hipótese, entendida como a contraparte das emoções. (BRANDÃO, 2012, p. 86).

Desenvolvendo uma filosofia densa, inquietadora e inquietante, que desafiou as estruturas sociais, políticas e religiosas de sua época, provocando sua excomunhão e expulsão da comunidade judaica, em 1656, e a proibição da leitura e divulgação de sua obra, bem como seu anonimato durante os séculos XVII, XVIII e XIX (CHAUÍ, 1995), Spinoza (2005) posicionou-se contrário à concepção de que a alma tenha qualquer império sobre o corpo, podendo controlar suas ações ou se sobrepor a ele, pois, pelas leis de sua própria natureza, o corpo pode fazer coisas que escapam ao controle da alma. Desta forma, em seu pensamento, os afetos [*affectus*] são atribuídos ao corpo e à alma, sendo responsáveis por alterar a potência de agir do corpo, assim como as ideias dessas afecções [*affectio*] alteram a potência de agir da alma (potência de pensar) (GLEIZER, 2005). Esta variação provocada pelo afeto pode se dar de forma positiva, gerando maior perfeição e força de existir, ou negativa, deprimindo esta força e diminuindo a perfeição (SPINOZA, 2005). Cabe ressaltar que as ideias são tomadas como forma de pensamento representativo do objeto, enquanto os afetos distinguem-se como

formas de pensamento não-representativo, estando a ideia sempre presente no afeto, pois “[...] a ideia e o afeto são duas espécies de modos de pensamento que diferem em natureza, irreduzíveis um ao outro; [...] o afeto pressupõe uma ideia, por mais confusa que ela seja.” (DELEUZE, 2012, p. 28).

Frente a estas colocações, pode-se perceber que, para Spinoza (2005), a afirmativa de que as afecções e as emoções do corpo poderiam ser refreadas pela ação elevada da alma, como postulavam os filósofos precedentes, é equivocada. O autor, na verdade, critica o livre-arbítrio ao afirmar que o homem age movido por causas que muitas vezes desconhece, entretanto, por estar consciente de suas ações acredita ser livre para controlá-las. Neste ponto é importante notar que o filósofo não desresponsabiliza absolutamente o homem pelo que faz, mas chama atenção para a ação das paixões e para mecanismos de submissão e controle social que de maneira capilar controlam a vida dos sujeitos, tornando-os dóceis e servís, ditando-lhes as formas de agir e responsabilizando-os pelo “descontrole” de seus afetos, por seus “fracassos” às exigências sociais. Neste sentido é que Spinoza (2005) fala da superstição, como forma de submeter o homem por meio de ideias inadequadas, imaginativas, inspirando paixões tristes nas quais se sustenta o exercício do poder (DELEUZE, 2012) do dominador. Segundo Brandão (2012), Espinosa identifica a superstição com a religião, a política e a própria filosofia em algumas de suas formas, o que instaura uma cultura do medo (BRANDÃO, 2012). Este contexto favorece, então, a servidão, definida como

[...] a impotência do homem para governar e refrear suas paixões. Com efeito, submetido às paixões, o homem não é autônomo, mas depende da fortuna, de tal modo estando sob o seu poder que muitas vezes é forçado a fazer o pior, mesmo que veja o melhor. (SPINOZA, 2005, p. 283).

Submete-se, portanto, e faz o que é contrário à sua natureza e liberdade, pensando estar fazendo o que é bom para si, adota a vontade do outro, como se fosse a sua própria e não consegue distinguir as ideias inadequadas que determinam sua ação (SPINOZA, 2005), a servidão pode ser caracterizada, assim, como a ilusão de liberdade (SAWAIA, 2009).

Como aponta Brandão (2012), a vida de Bento de Espinosa foi a própria vivência de sua proposição filosófica. Filho de Ana Débora Sênior e de Miguel de Espinosa, pertencentes a um grupo abastado da comunidade judaica, este filósofo desenvolveu seu sistema e sua obra em meio a um contexto de fortes conflitos e divisões dentro da comunidade judaica, sendo estes de ordem econômica, política, religiosa e teológica (CHAUI, 1995). Brandão (2012) resgata que a família de Espinosa procedia da região espanhola Espinosa de Los Monteros, pertencente à província de Castela, entretanto, em 1492 mudou-se para

Portugal, onde seis anos mais tarde foi obrigada a converter-se ao Cristianismo. Fugindo da inquisição portuguesa, a família foi, posteriormente, para a França e, em 1590, para Amsterdam, nos Países Baixos, onde Espinosa nasceu.

A conversão forçada da família do filósofo conferiu a seus membros a alcunha de Marrano, palavra que procede do árabe *máhrām*, denotando aquilo que é proibido, ilícito (CHAUÍ, 1995) ou, no castelhano antigo, derivação de suíno (BRANDÃO, 2012). Esta denominação era usada pejorativamente na Península Ibérica para insultar as famílias judaicas obrigadas à conversão ao Cristianismo, mas que se suspeitava ainda professarem a fé antiga, seguindo seus preceitos e proibições (BRANDÃO, 2012; CHAUÍ, 1995). Neste sentido, segundo Chauí (1995), os marranos se caracterizavam por elaborarem como que uma fusão entre o Judaísmo e o Cristianismo ou, em outros casos, uma compreensão racionalista do Judaísmo, como forma de tentar defender-se do Cristianismo, portanto, “Um marrano era, assim, ou um judeu cristianizado ou um deísta racionalista contra o cristianismo.” (CHAUÍ, 1995, p. 17).

Neste clima de divisões, exclusões e conflitos, já que também no século XVIII, conhecido como “Século de Ouro”, houve o apogeu das Sete Províncias do Norte e a conseqüente luta pela dominação de riquezas e territórios, em que Amsterdam figurou como uma “cidade-mundo” (BRANDÃO, 2012), Espinosa viu pessoas próximas a si morrerem por defenderem ideias contrárias à ordem estabelecida, como seu parente Uriel da Costa, por exemplo. Em meio a este clima, Espinosa escreveu sua obra e foi, ele mesmo, rechaçado e radicalmente excluído do convívio judeu, inclusive por meio de uma petição pública da comunidade judaica, em 1660, quatro após sua excomunhão, acusando-o de ameaça à devoção e à moral (BRANDÃO, 2012). Faleceu aos 44 anos, pobre, no anonimato, já que sua obra também era considerada herética pelos cristãos, acometido por tuberculose, causada pela poeira das lentes de telescópios e microscópios que polia para sobreviver (CHAUÍ, 1995).

Segundo Chauí (1995), a obra de Espinosa foi fortemente influenciada por Galileu, Hobbes e Descartes, sendo suas considerações a respeito dos afetos, em contraposição a este último filósofo, as que mais interessam a nossa investigação. Cabe ressaltar que, Espinosa confrontou-se com as questões postas por Descartes, mas não foi em nenhum momento cartesiano, como defende Brandão (2012, p. 84), “[...] interessa-lhe, especialmente, a ampliação da discussão epistemológica de busca da verdade e da preocupação metódica contidas no cartesianismo.”, além do que, conforme o autor supracitado, suas perguntas de partida são muito semelhantes às de Descartes, ainda que suas respostas sejam fundamentalmente diferentes.

Para Brandão (2012), a compreensão do pensamento espinosano passa necessariamente por seus conceitos primordiais de substância, atributo e modo. Em Spinoza (2005), a substância é compreendida como tudo aquilo que existe por si próprio, por sua própria necessidade, que é causa de si e não necessita do conhecimento de outras coisas fora de si para ser definido, ou seja, “[...] aquilo cujo conceito não tem necessidade do conceito de outra coisa, do qual deve ser formado.” (SPINOZA, 2005, p. 62), sendo necessariamente infinita, anterior às suas próprias afecções e compondo-se em sua essência por diversos atributos (BRANDÃO, 2012). Estes últimos são caracterizados como o que é percebido da substância como constitutivo de sua essência, pelo intelecto, assim, os atributos são capazes de diferenciar uma substância da outra (SPINOZA, 2005) e quanto mais atributos uma substância tiver maior será a sua perfeição (BRANDÃO, 2012). De acordo com Gleizer (2005), os atributos são isônomos, ou seja, mesmo que a produção de seus modos se dê de forma independente, o princípio causal que os leva a agir é sempre o mesmo.

Frente a estas explicações, insere-se a noção de Deus como substância absolutamente infinita, indivisível, causa eficiente de todas as coisas e que existe necessariamente, não de forma contingente (SPINOZA, 2005). Segundo Brandão (2012), nesta acepção, Deus é concebido como ser que ao se autoproduzir produz também tudo o que existe, não por sua própria vontade, mas pela sua potência causal, desta maneira, é imanente à realidade humana, submetido às leis de sua própria natureza, sem ser coagido por alguma outra causa externa a si, e não como ser ulterior, imaterial, onipotente e transcendente ao mundo, como atestavam as religiões e algumas vertentes da Filosofia da época.

Isto se relaciona com a definição do terceiro conceito citado anteriormente, que são os modos, entendidos como afecções da substância (SPINOZA, 2005), modificações desta, resultantes de seu processo de autoprodução e, portanto, transitórios (BRANDÃO, 2012). É, pois, dependente existencial e conceitualmente da substância, posto somente poder ser compreendido a partir de sua relação com ela e com os outros modos dela, não dispondo de nenhuma autossuficiência absoluta (GLEIZER, 2005). Como elaborado por Spinoza (2005), os modos existem em Deus, que é a substância, a causa primeira, e somente podem ser concebidos em Deus, uma vez que, de acordo com a obra espinosana “*Ética: Demonstrada à maneira dos geômetras*”, em sua Proposição XV e na Definição V, “As coisas particulares nada mais são do que afecções dos atributos de Deus, ou melhor, modos pelos quais os atributos de Deus são expressos de maneira certa e determinada.” (SPINOZA, 2005, p. 101).

Visualmente, Chauí (1995, p. 51) expressa esta concepção como segue:

Figura 1 – A Realidade na Filosofia de Espinosa



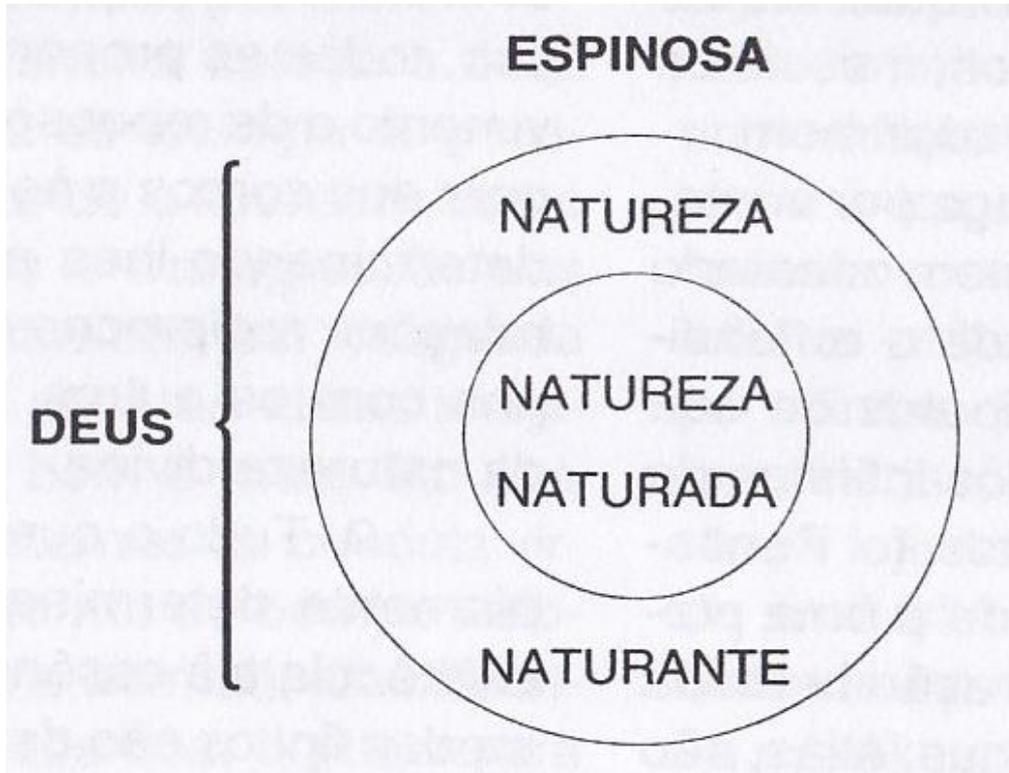
Fonte: Chauí (1995, p. 51).

Como se pode perceber, o pensamento espinosano implica a presença direta de Deus na Natureza e no homem, ou melhor, que Natureza e homem são modificações particulares de Deus (GLEIZER, 2005), ideia que, dado os padrões sociais e religiosos da época em que Espinosa a propôs, obviamente, foi considerada heresia e imediatamente condenada por seus contemporâneos.

Necessário é ressaltar, como assevera Brandão (2012), que esta visão ontológica de Espinosa sobre a substância e os modos não se configura como um dualismo, mas sim como uma dialética, pois não existem dicotomias entre eles, estão inseridos em uma concepção monista da Natureza, na qual tudo é determinado pela necessidade de Deus de existir e agir de forma correta (SPINOZA, 2005). Desta maneira, o Escólio da Proposição XXIX, da *Ética* (SPINOZA, 2005), diferencia a Natureza Naturante, como aquilo que existe em si e é por si concebido, referindo-se aos atributos da substância que traduzem uma essência eterna e infinita, no caso, fala-se em Deus mesmo, porquanto considerado causa livre e imanente à realidade e não criador de tudo, como postulavam as tradições precedentes; e a

Natureza Naturada, que é tudo aquilo que procede da necessidade da natureza de Deus, de seus atributos e modos, uma vez que considerados como existentes somente em Deus. Chauí (1995) auxilia na compreensão desta dialética ao expô-la graficamente da seguinte forma:

Figura 2 – Esquema sobre a dialética Natureza Naturante e Natureza Naturada.



Fonte: Chauí (1995, p. 49).

Como exposto no esquema de Chauí (1995), o pensamento espinosano pressupõe o homem como a união de dois modos de Deus, corpo e alma, que se apresentam como totalidades compostas, estruturadas, auto-reguladas e finitas (GLEIZER, 2005). Como afirma Gleizer (2005), esta união não é a simples mistura de duas coisas, mas “[...] a dupla expressão de uma única realidade, de uma única modificação da substância absoluta, pois, segundo a tese do paralelismo, a alma e o corpo são ‘uma só e mesma coisa expressa de duas maneiras diferentes’ no pensamento e na extensão.” (p. 21-22).

O corpo é definido, então, como “[...] toda quantidade, longa, larga e profunda, limitada por certa figura [...]” (SPINOZA, 2005, p. 82), submetida às leis do movimento e do repouso (GLEIZER, 2005). Assim como afirma Brandão (2012), é importante a compreensão de que Espinosa não restringia sua definição ao corpo humano somente, mas referia-se a todos os modos finitos do atributo Extensão (CHAUÍ, 1995), utilizando a expressão *res extensa*

para designá-lo (BRANDÃO, 2012). A alma, sem qualquer oposição ao corpo, foi descrita pelo filósofo como a ideia do corpo, sendo pensante (SPINOZA, 2005), composta por várias ideias e determinada pelas leis lógicas e psicológicas do atributo Pensamento (GLEIZER, 2005). Cabe ressaltar que nesta compreensão nem o corpo pode determinar a alma a pensar, nem a alma é capaz de determinar o corpo ao movimento ou ao repouso, como Spinoza (2005) expõe, somente um modo do pensamento pode determinar a alma a pensar, da mesma forma que o corpo somente pode ser determinado por outro corpo, que foi também ele anteriormente determinado ao movimento ou ao repouso por um outro corpo e, assim ao infinito, sabendo-se que tudo isso procede de Deus, que é a causa primeira.

Um corpo é composto por vários outros corpos (SPINOZA, 2005), formando uma unidade estruturada, marcadamente relacional – relação interna, com seus próprios órgãos, e externa, com outros corpos (CHAUÍ, 1995) –, que tem o poder de afetar e ser afetada de diversas formas, as quais aumentam ou diminuem sua potência de agir, ou, ainda, por outras que não a aumentam nem diminuem (SPINOZA, 2005). Como afirma Spinoza (2005, p. 197), o corpo “[...] pode sofrer um grande número de transformações e apesar disso conservar as impressões ou vestígios dos objetos, e, conseqüentemente, as mesmas imagens das coisas [...]”.

Como fica patente, dois outros conceitos se fazem necessários para a compreensão da afetividade sob a ótica espinosana, são eles o *conatus* e a *potência de ação*, acima referida. Conforme Spinoza (2005), o *conatus* define-se como o esforço por perseverar no próprio ser, que é intrínseco a todos os seres, parte da essência atual da coisa, relacionado a um tempo indefinido, não limitado e que impulsiona os seres à vida (BRANDÃO, 2012). Gleizer (2005) clarifica esta noção ao inferir que “[...] não é apenas um princípio de autoconservação, mas também de auto-expansão e realização de tudo o que está contido em sua essência singular.” (p. 31). Neste sentido, como postula Spinoza (2005), somente causas exteriores são capazes de destruir uma coisa e não pode haver no mesmo sujeito coisas de naturezas contrárias, que o levariam à destruição. Do *conatus* derivam, ainda, segundo Spinoza (2005), a vontade, quando o esforço refere-se somente à alma; o apetite, quando refere-se simultaneamente à alma e ao corpo; e o desejo, que se constitui quando da consciência do apetite, determinando os homens a realizarem atos necessários a sua conservação (GLEIZER, 2005).

Quanto à potência de ação, para Spinoza (2005), esta aumenta quando somos ativos, quando somos a causa adequada de qualquer efeito que se produz em nós ou fora de nós, ou seja, quando somos a causa por meio da qual este efeito pode ser compreendido clara e distintamente. Por outro lado, ela diminui quando se produz algo em nós ou fora de nós que

não pode ser conhecido somente por nós, ou seja, quando somos causa inadequada diz-se que somos passivos. Isto se justifica, conforme Deleuze (2012), pela concepção do pensamento espinosano de que quanto menos uma coisa ou uma ideia depende da outra para existir, maior é o seu grau de perfeição. Brandão (2012) traduz, ainda, esta distinção entre a ação e a passividade expondo que para o filósofo a atividade relaciona-se à autonomia e à liberdade do corpo, enquanto a passividade reflete a heteronomia e a servidão. Desta maneira, a potência de ação do corpo é aumentada ou diminuída, potencializada ou reduzida pelas afecções do corpo e pelas ideias dessas afecções (SPINOZA, 2005) e o afeto pode ser definido pela variação contínua da força de existir, gerada pela sucessão de ideias na alma, mas não se reduz a elas, constituindo-se da transição de um grau de perfeição de realidade a outro (DELEUZE, 2012).

Segundo Spinoza (2005), as ações da alma originam-se de ideias adequadas, enquanto as paixões dependem das ideias inadequadas, configurando-se como uma subclasse de afetos (GLEIZER, 2005). As afecções, para o filósofo, referem-se ao efeito da ação de um corpo sobre o outro (DELEUZE, 2012), que modifica a alma e conseqüentemente o corpo, em forma de variações constantes da força de existir, decorrendo daí maior ou menor perfeição, de acordo com as ideias adequadas ou inadequadas que tem (SPINOZA, 2005). Deleuze (2012) afirma que a afecção implica sempre uma mistura dos corpos que se encontram, na qual um é afetado pelo outro e modifica-se de maneira agradável ou não, em outras palavras, como expõe Brandão (2012), o *conatus* humano pode encontrar-se com outros modos que: a) expandem a potência de ação do corpo, compondo positivamente a relação e gerando alegria que governará os afetos produzidos, ou b) reduzem a potência de ação, decompondo a relação, causando tristeza e estabelecendo um contexto ameaçador.

Spinoza (2005) elege, portanto, como afecções básicas a alegria [*laetitia*], que implica a passagem a uma maior perfeição da alma, e a tristeza [*tristitia*], relacionada à sua menor perfeição. Resgatamos aqui o exemplo exposto por Deleuze (2012, p. 31-32) para clarificar estas variações:

Quando vejo a Pedro que me desagrada, uma ideia, a ideia de Pedro me é dada; quando vejo a Paulo que me agrada, a ideia de Paulo me é dada. Cada uma dessas ideias em relação a mim tem um certo grau de realidade ou de perfeição. Eu diria que a ideia de Paulo, em relação a mim, tem mais perfeição intrínseca que a ideia de Pedro, posto que a ideia de Paulo me alegra e a ideia de Pedro me entristece. Quando a ideia de Paulo sucede à ideia de Pedro, convém dizer que minha força de existir ou minha potência de agir é aumentada ou favorecida; quando, ao contrário, é o inverso, quando depois de ter visto alguém que me torna alegre, eu vejo alguém que me torna triste, eu digo que minha potência de agir é inibida ou impedido.

Neste sentido, para Spinoza (2005), a felicidade é a própria virtude, consiste no amor a Deus e justamente por gozarmos dela é que somos capazes de refrear as paixões. Deriva disto que, quando referida ao corpo e à alma, a alegria apresenta-se como prazer ou hilaridade, enquanto a tristeza aparece como dor ou melancolia. O prazer e a dor aparecem, neste movimento, quando uma parte do homem é mais afetada que as outras, e a hilaridade e melancolia ocorrem quando todas as partes são igualmente afetadas.

Quando o corpo é afetado por duas coisas simultaneamente, em momentos posteriores, ao ser afetado por uma destas coisas, o será também pela outra, do mesmo modo que todas as vezes que a alma imaginar uma dessas coisas também recordará da outra, pois “[...] as imaginações da alma indicam antes as afecções do nosso corpo, e não a natureza dos corpos exteriores [...]” (SPINOZA, 2005, p. 212). Assim é que Spinoza (2005) afirma que uma coisa pode, também, ser causa de alegria ou de tristeza para o corpo de maneira acidental.

Conforme Spinoza (2005), a alma esforça-se por imaginar coisas que aumentem ou facilitem a potência de agir do corpo, o que também aumenta a potência de pensar da alma, em decorrência. O corpo afeta-se pela natureza do corpo exterior e, mesmo que ele não esteja presente, afeta-se pelas ideias da alma relacionadas a ele. Quando a ideia da alma diminui ou dificulta a potência de agir do corpo, a alma esforça-se por lembrar-se de coisas que excluam a ideia precedente, pois a alma é avessa à imaginação do que diminui sua própria potência e a do corpo. Destas considerações, Spinoza (2005) deriva os conceitos de amor e ódio, descrevendo o primeiro como uma alegria acompanhada de uma causa exterior ligada à alegria, e a segunda como a ideia de uma causa externa ao corpo e à alma, acompanhada de tristeza. Decorre disto a tentativa de conservação e presentificação da coisa amada e de afastamento e destruição da coisa odiada. Assim sendo, tanto somos afetados por outros corpos que, como Spinoza (2005, p. 226) afirma, “Esforçar-nos-emos também por fazer tudo o que imaginamos que os homens consideram com alegria e, ao contrário, temos aversão a fazer aquilo que imaginamos repugnar aos homens.”.

A afetividade estaria, ela também, como anteriormente citado, na base do conhecimento, o qual, segundo Spinoza (2005), divide-se em três gêneros, o primeiro da ordem da opinião ou da imaginação, em que os objetos são identificados a partir das afecções que produzem no corpo; o segundo a razão e o terceiro a ciência intuitiva. Nestes dois últimos, por meio das ideias adequadas, o homem consegue apreender a singularidade dos objetos que o afetam (SPINOZA, 2005). Além disso, como alerta Brandão (2012), a filosofia espinosana atesta que os afetos não podem ser destruídos ou retirados da vida humana, pois são parte desta, como força ativa da natureza que age sobre os seres e, assim, quanto mais

realizamos nosso conatus, seguindo nossa natureza racional e afetiva, mais perfeitos somos e mais caminhamos em direção à virtude e ao conhecimento verdadeiro.

## **2.2 A leitura do conceito de afetividade pela Psicologia Social laneana**

Partindo da filosofia espinosana, de Agnes Heller e das contribuições de L. S. Vigotski, a Psicologia Social de base Histórico-Cultural utiliza-se do conceito de afetividade para pensar as estruturas e mecanismos sociais que forjam e sustentam relações servis, as quais cerceiam a cidadania e despotencializam os sujeitos. Esta perspectiva, em nossa concepção, contribui ao nosso trabalho no sentido de permitir uma reflexão acerca da forma como os psicólogos-residentes têm-se afetado pelo campo de atuação e o que isso tem impactado em sua relação com o campo de práticas. Neste sentido, cabe-nos referenciar o contexto que possibilitou a construção de uma Psicologia Social latino-americana que vai na contramão do saber hegemônico à época de sua estruturação, bem como a própria conceituação do que se entende por afetividade nesta abordagem teórica.

### ***2.2.1 A necessidade de construção de uma Psicologia Social latino-americana***

Até a década de 1950 e primeiros anos de 1960, segundo Lane (2006), imperou no cenário latino-americano a concepção de que a Psicologia Social seria capaz de oferecer respostas efetivas a todos os problemas sociais, entretanto, este otimismo foi gradualmente declinando à medida que uma forte crítica a este modo tradicional de fazer psicologia ganhava espaço. A chamada “crise” da Psicologia Social latino-americana teve sua gênese na crítica à dependência teórico-metodológica da Psicologia em relação às teorias norte-americanas (MARTÍN-BARÓ, 2011b), as quais estavam pautadas na filosofia de ciência positivista (BERNARDES, 2007) e foram transplantadas para nossa realidade, debruçando-se sobre temas de estudo descontextualizados, os quais atendiam aos interesses das classes dominantes, servindo à manutenção da dominação das maiorias oprimidas, propondo um modelo de ciência guiado pela produção de um conhecimento pretensamente neutro, objetivo, pautado na experimentação e na generalização (TITTONI; JACQUES, 2007). Assim sendo, essa forma de fazer Psicologia e, mais especificamente Psicologia Social, servia ao controle e escravização do povo latino-americano, uma vez que garantia a manutenção das relações sociais estabelecidas (LANE, 2006) pelos regimes ditatoriais implantados em diversos países, bem como à reprodução da ideologia dominante (LANE, 1994), gerando escassas

contribuições à esta realidade quando comparada a outras áreas do conhecimento, naturalizando as relações de exploração e dominação e fortalecendo estruturas opressivas, como expõe Martín-Baró (2011b).

Diante disto, esta Psicologia “importada”, de raízes europeias e características norte-americanas (BERNARDES, 2007), com uma tradição pragmática, empirista e biológica, que postulava um homem abstrato, capaz de ser compreendido somente filosoficamente ou sociologicamente (LANE, 1994), impossibilitada de realizar-se enquanto ciência burguesa, dentro do clima de contestação do próprio sistema capitalista, passou a ser questionada, já em meados da década de 1960, quanto a sua eficácia e função social (WOLFF, 2011), uma vez que “[...] não conseguia intervir nem explicar, muito menos prever comportamentos sociais.” (LANE, 1994, p. 10-11). Lane (2007) elenca, ainda, que em meio a este clima fervilhante de discussões e movimentos, no contexto brasileiro, o Golpe Militar de 1964, com toda sua violência e repressão, despertou o questionamento de diversos psicólogos, de maneira individual, dada as proibições do regime no que tange às organizações sociais, acerca da atuação da Psicologia e do papel do psicólogo na conscientização e organização das pessoas e dos grupos. Conforme a autora, esta preocupação teve maior expressão nas Universidades, principalmente a partir dos movimentos de 1968, que questionaram as instituições de ensino quanto a seu papel social, organização acadêmica e formas de ensino, reivindicando maior aproximação com as realidades comunitárias e um posicionamento crítico e político frente à conjuntura que se efetivava no país.

Segundo Bernardes (2007), a crise da Psicologia foi ganhando consistência nos Congressos da Sociedade Interamericana de Psicologia, particularmente nos eventos ocorridos em Miami (EUA), no ano de 1976, no qual foi denunciada a crise da Psicologia Social, de acordo com Lane (2006), e em Lima (Peru), em 1979, tendo como principais discussões a simplificação e superficialidade das análises realizadas; individualização do social, com a responsabilização do indivíduo por problemas que, na verdade, estão sustentados na estrutura neoliberal do sistema capitalista (GUARESCHI, 2011b); e a “[...] não preocupação política com as relações sociais no país e na América Latina.” (BERNARDES, 2007, p. 30). Deste último evento citado, de acordo com Lane (1994), surgiram propostas concretas de uma nova Psicologia Social, alicerçada no materialismo histórico-dialético, enfocando trabalhos comunitários, contando com a participação de psicólogos de outros países latino-americanos, como Peru, México, entre outros.

Como fica patente, instaurou-se um movimento de estruturação de formas diferentes de se fazer Psicologia, que estivessem alinhadas com a realidade latino-americana e

permitissem resgatar a inseparabilidade entre teoria e prática, implicando o compromisso de se admitir que a teoria é, como afirma Guareschi (2011a), a luz que ajuda a ver a realidade de cima, assim, “[...] no momento em que fico apenas na teoria e não tenho uma prática, jamais poderei entender a realidade, porque não se pode ver a luz em si mesma: o que se vê é sempre algo iluminado.” (GUARESCHI, 2011a, p. 57). Esta noção confere um caráter de movimento crítico à teoria, já que esta deverá ser direcionada e reformulada a partir da realidade prática contextualizada, histórica e política, tornando-se como um rio cujas águas nunca podem ser contidas, pois de formas criativas rompem inúmeras barreiras para seguir seu curso.

No bojo destas discussões, como Wolff (2011) pontua, pensar uma Psicologia Social para a América Latina implicava e ainda implica o reconhecimento e compreensão do processo histórico latino-americano, o qual possibilitou e produziu as relações sociais e econômicas que se expressam no presente, conscientes, como assinala Lane (2006), que a história não é um processo vivo, em constante movimento que transforma a vida social e, diante disto, a preocupação da Psicologia Social deve orientar-se por conhecer como o ser humano se torna agente da história, produtor de transformações sociais. É necessária, também, de acordo com Wolff (2011), a exploração do processo de lutas por justiça, igualdade e liberdade, no contexto latino-americano, diante de violentas formas de colonização e negação de identidades culturais, tornando, assim, imprescindível o comprometimento da ciência psicológica com as maiorias oprimidas e exploradas. Este imperativo reverbera na colocação de Martín-Baró (2011a) de que também a Psicologia e o psicólogo carecem de libertação, de modo que possa realizar um exame crítico de seu fazer e comprometer-se integralmente com a luta pela libertação, estabelecendo “[...] um horizonte de fazeres (*quehaceres*), precisamente adequados aos desafios que os povos latino-americanos colocam para a Psicologia.” (MARTÍN-BARÓ, 2011a, p. 211, grifo do autor).

Segundo Sawaia (2002), como frutos desta crise, pode-se destacar o surgimento de novas perspectivas teóricas voltadas para a realidade latino-americana, como a Psicologia Política e Transformação Social, a Psicologia Comunitária e, mais especificamente no Brasil, a Psicologia Social de base Histórico-Cultural, que tem como principais referências no país Sílvia Lane e colaboradores. Conforme Sawaia (2002), todas estas novas propostas tiveram como matriz principal a Psicologia da Libertação, de Ignácio Martín-Baró, a qual requer, de acordo com Martín-Baró (2011a), que a atenção da Psicologia esteja voltada para as necessidades e problemas das maiorias populares e não para si mesma e para seu próprio status científico e social; que as respostas e verdades acerca da realidade sejam buscadas na própria vida das maiorias populares, a partir de métodos novos e coerentes com esta realidade

singular; “[...] e que iniciasse uma nova práxis psicológica que, ao contribuir para a transformação do homem e da sociedade latino-americanos, nos permitisse conhecer alguém não somente por aquilo que de fato é, mas também pela sua negatividade [...]” (MARTÍN-BARÓ, 2011a, p. 212), ou seja, que desvele as potencialidades dos sujeitos que são e estão histórica e socialmente negadas pela conjuntura de exploração e dominação. Conforme Guareschi (2011a), a libertação que se pensa, nesta perspectiva, tem como pressuposto epistemológico e ontológico a dimensão crítica, dialética e relacional da realidade.

Bernardes (2007) aponta como alguns dos principais marcos históricos destas mudanças ocorridas no cenário latino-americano, a criação de diversas associações de Psicologia Social, pautadas em novas propostas e que nasceram como um modo de rechaçar as atividades da Associação Latino-Americana de Psicologia Social (ALAPSO), criada na década de 1960 e que, pelo incentivo e atuação de psicólogos sociais experimentais, como Aroldo Rodrigues e J. Varela, disseminou uma Psicologia de bases norte-americana, de maneira extremada. Entre estas associações o autor supracitado destaca a Associação Venezuelana de Psicologia Social (AVEPSO) e a Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), esta última criada na década de 1980, tendo como um dos principais autores Sílvia Lane. A nível teórico, no Brasil, a obra organizada por Sílvia Lane e Wanderley Codo, intitulada “Psicologia Social: O homem em movimento” é apontada por Bernardes (2007) como o principal marco de ruptura com a Psicologia cientificista norte-americana, além de ser considerado por Sawaia (2011a) um brado ontológico contrário à uma visão universalista do homem, defendida pelas teorias psicológicas importadas para a América Latina.

Defendendo a indissociabilidade entre teoria, metodologia, prática e pressupostos epistemológicos e práticos (SAWAIA, 2002), esta perspectiva, que é uma das fundamentações teóricas do presente trabalho, adota como meta, como nos refere Lane (1994), atingir o indivíduo concreto, produto e manifestação da totalidade histórico-cultural em que está inserido, capaz de sobreviver somente na relação com os outros, de modo que não existe dicotomia entre indivíduo e grupo. Admite-se, ainda, que este homem ativo, em movimento de construção constante de si e do mundo, carece da aquisição e uso da linguagem, que é anterior a si próprio, produzida historicamente e aprendida nesta relação com os outros, precisa, pois, assimilar o significado das palavras ao mesmo tempo em que possa dar-lhes sentido. Afirmando que toda a Psicologia é social, sem desconsiderar as especificidades de cada abordagem e área, Lane (1994, p. 19) aponta como objetivo da Psicologia Social “[...] conhecer o Indivíduo no conjunto de suas relações sociais, tanto naquilo que lhe é específico como naquilo em que ele é manifestação grupal e social [...]”.

Cabe ressaltar que, para Lane (2006), cada ser humano tem características singulares que o distingue dos demais, constituídas socialmente, não existindo dois organismos absolutamente idênticos, cada pessoa é única.

Assim, esta abordagem pauta-se no modelo epistemológico do materialismo histórico-dialético (LANE, 1994; SAWAIA, 2002), o qual

[...] defende que a matéria se transforma dialeticamente em cultura com a mediação do trabalho (não é mera manifestação fenomênica). A transformação da natureza em cultura é dialética, e recordemos que Hegel, para falar de dialética, usa, diz Nóbrega (2009), um verbo alemão (aufheben) que significa ao mesmo tempo “suspender” e “cessar”. Na relação dialética encontra-se o suspender a ação (mas que poderá vir a ser realizada depois) e o cessar a ação (nunca mais será realizada porque foi cancelada sua execução). (COSTA; PASCUAL, 2012, p. 635).

Lane (1994) elenca a categoria atividade como fundamental para a análise psicossocial, pois a partir da reflexão acerca da própria ação sobre o mundo, se processa a consciência dos sujeitos, que é consciência de si e social ao mesmo tempo. Como aponta a autora supracitada, a atividade depende da comunicação (linguagem) e do planejamento da ação (pensamento), uma vez que implica o encadeamento de ações com outros indivíduos, direcionada a atender necessidades comuns, assim sendo, refletir sobre ela permite ao sujeito repensar sua ação, sua implicação nela, tendo consciência de si e dos demais implicados, confrontar as consequências de sua atividade, bem como pensar os sentidos pessoais que atribui às palavras. Agrega-se a esta categoria uma outra, a personalidade, desenvolvida por Leontiev, que implica dizer que, ao agir sobre o mundo, o homem transforma o meio e a si próprio, desenvolvendo características singulares, por meio das quais passa a ser reconhecido pelos grupos sociais e, mesmo, que passam a ser esperadas pelos demais. Da reflexão da atividade e desta construção da personalidade, assim como de outros processos psicossociais, faz-se possível o desenvolvimento de uma consciência crítica da reprodução ideológica que incide e pressupõe os papéis socialmente definidos, pondo luz às condições históricas que os tornam possíveis e que são comuns aos grupos, proporcionando, desta forma, a superação das individualidades dos sujeitos nos grupos e a um processo de identificação, que garante o desenvolvimento de atividades conjuntas, conferindo ao grupo unidade (LANE, 1994).

### ***2.2.2 Afetividade na Psicologia Social de base Histórico-Cultural***

A Psicologia Social de base Histórico-Cultural compreende o homem como produto e produtor da história (LANE, 1994), constituído a partir de uma rede de inter-relações em movimento (BONIN, 2007), sendo seu organismo a infra-estrutura que possibilita que a

superestrutura social se desenvolva (LANE, 1994). Inserido em uma cultura, em determinada época histórica, os indivíduos são ativos à medida que tomam posições e fazem novas interpretações dos pressupostos culturais, construindo criativa e coletivamente o processo cultural (BONIN, 2007). Essa Psicologia Social sobre a qual dissertamos visa, assim, um olhar sobre a realidade com o objetivo de transformá-la, por meio do “[...] desenvolvimento da consciência social crítica e da potência da ação transformadora.” (SAWAIA, 2002, p. 39), compreendendo razão e emoção, importantes na construção da realidade, como produtos emergentes de inter-relações que se transformam cotidianamente (BONIN, 2007, p. 60), onde a ação transformadora e a superação da desigualdade social têm a emoção e a criatividade como dimensões ético-políticas (SAWAIA, 2009). Uma vez que o positivismo, privilegiando a objetividade dos fatos, perdeu o ser humano, “[...] caberia à Psicologia Social recuperar o indivíduo na intercessão de sua história com a história de sua sociedade [...]” (LANE, 1994, p. 13), compreendendo a sociedade como produto histórico-dialético. Para Sawaia (2009) é também dever da Psicologia desconstruir a imagem das pessoas que vivem em situação de pobreza como sujeitos que apenas buscam sobreviver, pois a autora defende que mesmo na condição de intensa privação as pessoas também engendram a busca pela felicidade.

Neste delineamento teórico, uma das categorias que ganha destaque nas investigações é a afetividade, principalmente nos trabalhos de Bader Sawaia, cujas principais bases teóricas são Bento de Espinosa, de quem o pensamento nos ocupamos acima e que trouxe como principais contribuições à Psicologia a indissociabilidade entre corpo e mente, ideia e emoção, afeto e ética e a relação entre o poder do corpo de afetar e ser afetado (SAWAIA, 2009); L. S. Vigotski e Agnes Heller. Sawaia (2011b) identifica na Psicologia Social a necessidade de categorias desestabilizadoras, capazes de criar novas constelações analíticas, é assim que a autora caracteriza a afetividade como uma transição de um estado de potência a outro (SAWAIA, 2009), sendo a potência de ação o princípio regulador que permite ao ser humano agir sobre o mundo, de modo a atingir sua emancipação, ou seja, é o “[...] direito que cada indivíduo tem de ser, de se afirmar e de se expandir.” (SAWAIA, 2011b, p. 112). Em contraposição à potência de ação está a potência de padecimento que, gerada pelas paixões tristes e ideias inadequadas, conduz à servidão e à passividade, já que o sujeito passa a submeter-se às ideias do outro tomando-as como se fossem suas, entregando a ele a direção de sua vida (SAWAIA, 2011b).

Segundo Veer e Valsiner (1996), Vigotski começou a estudar as emoções na década de 1930, enfocando as teorias mais populares em sua época acerca do tema, entretanto, a obra resultante destas pesquisas não foi publicada durante sua vida. Como afirmam os

autores, em 1935 esta obra foi citada por Luria sob o título “Spinoza e sua teoria do afeto. Prolegômenos à psicologia do homem”, no final da década de 1960 os dois primeiros extratos curtos do manuscrito foram publicados e, 50 anos após a morte de Vigotski, na década de 1980, a obra completa foi publicada sob o título “A teoria das emoções. Uma investigação histórico-psicológica”. Em seus estudos, Vigotski (1998) aponta que as emoções foram concebidas na Psicologia, tradicionalmente, a partir do ponto de vista do naturalismo, sendo considerada como a "ovelha negra" da disciplina. Segundo o autor, outros capítulos da psicologia – temáticas/áreas de estudo – só chegaram a ser vistos com ênfase no naturalismo a partir do behaviorismo e outras correntes voltadas para o estudo dos comportamentos, mas no caso das emoções, isso é anterior, em meio ao predomínio de uma Psicologia introspectiva, as emoções já eram concebidas pela via naturalista, sofrendo, então, rechaço das demais teorias. Esta concepção das emoções parece estar relacionada, de maneira mais próxima, aos trabalhos de Charles Darwin, uma vez que este autor em trabalhos como “A origem dos movimentos expressivos do homem”, por exemplo, estabeleceu “[...] uma conexão geral entre as emoções do homem e as reações afetivas e instintivas correspondentes que se observam no reino animal.” (Vigotski, 1998, p. 80). Desta maneira, Darwin defendia que os sentimentos humanos, assim como os homens em sua totalidade, eram de origem animal.

Analisando as diversas maneiras como a afetividade é descrita ao longo do processo histórico, Vigotski (1998) aborda a teoria de James e Langue, que inicialmente tencionava demonstrar a origem animal das emoções, dentro de uma concepção evolucionista. Cada um destes teóricos por seu turno, de acordo com Vigotski (1998), propôs-se a encontrar a fonte da vitalidade das emoções no próprio organismo do ser humano, o que permitiu que posteriormente suas ideias se fundissem. Para Vigotski (1998), o ponto crucial da teoria destes autores “[...] é a mudança da sucessão tradicional dos momentos que compõem as reações emocionais.” (p. 82). Isto porque, antes de suas propostas, os psicólogos propunham que o processo emocional ocorria a partir de um primeiro elo, que seria

[...] o acontecimento externo ou interno, cuja percepção provoca uma emoção (digamos, a presença de um perigo), depois, a sensação da própria emoção (sentimento de temor) e, em seguida, a correspondente expressão corporal, orgânica (as palpitações do coração, a palidez, o tremor, a secura de garganta, todos os sintomas que acompanham o medo). (Vigotski, 1998, p. 83).

Assim sendo, concebia-se uma ordem em que primeiro havia a percepção, depois o sentimento e, por último, a sua expressão. Já na teoria de James e Langue foi proposto que após a percepção do acontecimento ocorreriam, de forma reflexa, mudanças orgânicas – Langue acreditava que estas mudanças eram preferencialmente vasomotoras, enquanto James

as concebia como viscerais –, sendo a percepção destas modificações a base das emoções. Entretanto, de acordo com Vigotski (1998), a teoria de James e Langue conduziu, em primeiro lugar, a um dualismo, que era característico da psicologia intuitiva e descritiva, em segundo lugar, não pode ser chamada de materialista e, em terceiro lugar, lançou as bases de criação de uma série de teorias metafísicas a respeito das emoções. Destarte, a teoria de James e Langue acabou por apresentar a desconexão entre o que o ser humano havia recebido dos antepassados animais e o que surgiu em seu desenvolvimento histórico (VIGOTSKI, 1998).

Conforme Veer e Valsiner (1996), o principal argumento de Vigotski sobre esta teoria é de que se caracterizava como dualista, assim, segundo os autores, Vigotski voltou-se para a filosofia espinosana, como forma de solucionar este dualismo, buscando uma abordagem causal monista em psicologia (LIMA; BOMFIM; PASCUAL, 2009). A fim de melhor explorar o que viria a ser esta abordagem causal monista das emoções, Veer e Valsiner (1996) recorrem às suposições de Jaroshevsky, o qual apontava três níveis de explicação determinista na história da psicologia: o determinismo mecanicista, o biológico e o histórico-cultural. Para os autores, um possível desenvolvimento da proposta de Vygotsky se daria neste terceiro nível, o qual era típico de sua obra. Neste nível “a atividade humana é explicada com referência a influências sociais e culturais e pela reconstituição de seu desenvolvimento histórico na filogenia e na ontogenia” (p. 386). Entretanto, Vigotski (1998) admite a validade das mudanças orgânicas específicas da reação emocional, propostas por James e Lange, de modo que, para o autor, o maior mérito desta teoria foi o fato dela ter aberto caminho para a investigação empírica a respeito do tema.

No campo da Psicologia, segunda corrente a que Vigotski (1998) se refere, as pesquisas a respeito da vida emocional apontaram o mesmo que as pesquisas experimentais realizadas no campo da psicofisiologia, pondo fim à ideia de que a vida emocional do homem seria “um estado dentro de outro”. No âmbito desta segunda corrente, Freud é “[...] um dos primeiros pesquisadores a se aproximar muitíssimo, não experimental, mas clinicamente, de forma teórica, do que constituiu o percurso principal das pesquisas posteriores neste campo.” (VIGOTSKI, 1998, p. 95). Vigotski (1998) reflete que para Freud o mais importante nas emoções não eram os componentes orgânicos que as acompanham, ele rejeitava a psicologia unilateral orgânica de Langue e James, que ao estudar o trabalho dos órgãos onde a emoção se manifesta, não se ocupou da emoção enquanto tal e, neste sentido, Freud conseguiu demonstrar a dinâmica da vida emocional, chamando atenção para a ambivalência das emoções já nos primeiros estágios do desenvolvimento. Além disso, é importante notar, segundo Vigotski (1999), que, ainda que Freud postulasse a existência de afetos

inconscientes, esta inconsciência não é a mesma daquela relacionada às representações, pois “[...] o afeto inconsciente corresponde unicamente ao embrião do afeto como possibilidade que não atinge sua evolução posterior.” (p. 251). Para Vigotski (1998), o maior mérito de Freud foi mostrar que as emoções somente podem ser compreendidas dentro da dinâmica da vida do homem como um todo e que elas não são sempre da mesma forma, mas distinguem-se de acordo com o nível de desenvolvimento do sujeito.

Vigotski (1999) evoca, ainda, a ideia de Ovsianiko-Kulikovski de que o pensamento é regido pela memória, da mesma forma que o sentimento o é pelo esquecimento. Nesta mesma direção, Citando Zienkovski, Vigotski (1999) explana que o sentimento nunca é claro, prazer e desprazer podem ser experimentados de maneira intensa e duradoura, mas não claramente, assim, não é possível ao sujeito concentrar sua atenção no sentimento, pois quando observamos o prazer e o desprazer de maneira mais detida, segundo o autor, estes tendem a desaparecer e nossa observação acaba recaindo em sensações ou outras imagens que não eram o foco inicial. Deste modo, na Psicologia Empírica, Vigotski (1999) encontrou que o pensamento estava fora do campo da consciência, já que se concebia que tudo sobre o que não fosse possível se concentrar atenção deveria ser deslocado para a periferia, a mesma regra aplicava-se, então, aos sentimentos.

Como afirmam Costa e Pascual (2012), debruçando-se sobre o sistema filosófico de Spinoza, a obra de Vygotsky toma as emoções como dimensão inalienável do ser humano, mediando suas interações e práticas sociais e transmutando as manifestações fisiológicas de seu corpo em significações subjetivas. Como asseveram, a reação emocional constitui-se do entrelaçamento dos aspectos somáticos (taquicardia, sudorese, dilatação da pupila, vasoconstrição, entre outros) e psíquicos (como por exemplo, a intensidade de expressão da emoção e a forma como a emoção é significada), onde, ainda que um destas dimensões possa ser provocada sem que necessariamente evoque a outra, o que garante uma relativa independência entre elas, a reação emocional caracteriza-se pela possibilidade de um aspecto “[...] facilitar o desenvolvimento do outro e até reforçá-lo, produzindo um afeto integral [...]” (COSTA; PASCUAL, 2012, p. 631). Destarte, os autores ressaltam que a concepção histórico-cultural considera as emoções como

[...] processos que tiveram seu desenvolvimento na filogênese, que têm um aspecto indubitavelmente biológico, mas que não se resume a esse. Na trajetória evolutiva, à medida que se desenvolve o aspecto intelectual, as emoções não permanecem invariáveis, mas se integram ao intelecto e a outras funções psíquicas, exercendo influência sobre estas (transformando-as) e, ao mesmo tempo, sendo influenciadas por aquelas (transformando-se na relação). (COSTA; PASCUAL, 2012, p. 632).

Já na concepção de Heller (1993), sentir significa estar implicado com alguém ou alguma coisa, abstrata ou não, indeterminada ou não, que se destaca do fundo para se tornar figura na consciência, posto haver uma identificação consigo, ou melhor, um significado da coisa ou do evento para o sujeito, de onde deriva uma perturbação na homeostase do indivíduo, de acordo com a intensidade da implicação. É importante notar que nesta perspectiva figura e fundo são imprescindíveis neste movimento, pois mesmo que a percepção de algo ainda não tenha necessariamente se tornado figura, está presente compondo o fundo, do mesmo modo que o fundo é base para a formação da figura. Assim, em todas as reações dos indivíduos, sejam elas adequadas ou não, os sentimentos estão envolvidos, ainda que no fundo, sem constituírem-se figuras.

A implicação, segundo a autora supracitada, é a função reguladora do organismo social na relação que estabelece com o mundo, fomentando a coerência e a continuidade do mundo subjetivo, compreendendo-se esta como extensão do organismo social. Destarte, Heller (1993) expõe que pode ser positiva e direta, quando a relação é satisfatória e excitante ao sujeito, quando os ganhos e benefícios da relação o tocam diretamente, a curto prazo; positiva e indireta, quando a implicação é agradável, mas os ganhos são a longo prazo; negativa e direta, quando a curto prazo se tem contato com efeitos desagradáveis e onerosos para o sujeito; ou negativa e indireta, quando estes efeitos desagradáveis são a longo prazo. Esta implicação teria como grau zero a total indiferença, entretanto, segundo a autora, este estado não pode ser nunca alcançado, por mais que haja uma tendência a ele, pois a implicação é inerente ao ato, ao pensamento, entre outros processos, por meio da ação ou da reação do sujeito, relacionando-se, obviamente, com o grau de familiaridade gerado pelo acontecimento ou a informação recebida, assim, está presente em todas as experiências do sujeito em maior ou menor intensidade.

Nesta acepção, Heller (1993) afirma que o contato com algo novo, que desperta admiração no sujeito, bem como, e principalmente, o significado que algo ou alguém tem para o sujeito são determinantes de seu grau de implicação. Desta maneira, em toda percepção existe implicação em maior ou menor intensidade, sendo que o limite inferior da implicação é quando a coisa ou o acontecimento não tem qualquer significado para o sujeito, por outro lado, o limite máximo de implicação varia tanto biologicamente de indivíduo para indivíduo, como pelas circunstâncias sociais, como tipo de sociedade e status social. Neste sentido, uma implicação muito intensa, por exemplo, possui limitada duração, a qual é regulada tanto pelo esgotamento da energia do organismo, como pela ordem social, uma vez que esta última controla a expressão dos sentimentos por meio de costumes e ritos, não permitindo que estes

excedam a homeostase biológica, ou seja, existe a tentativa de um controle sobre os sentimentos que não permita expressões mais exacerbadas destes, ou seja, que se fuja à norma estabelecida, ainda que seja uma necessidade premente do organismo expressá-las. É importante ressaltar, ainda, que para Heller (1993), o homem pode responder aos estímulos de maneira interna, sem que necessariamente manifeste os sentimentos envolvidos nesta relação, para exemplificar isto a autora resgata a concepção de Aristóteles de que o homem corajoso não é aquele que não sente medo, mas sim aquele que se comporta como se não sentisse. Destarte, não se pode ter um conhecimento pleno dos sentimentos, mas somente aproximado, por meio da introspecção e da conduta, quando se tratam dos próprios sentimentos, e por meio das condutas e dos relatos, quando se trata dos sentimentos dos outros.

Com base nestes autores, Sawaia (2009; 2011b) define a afetividade como elemento constitutivo do pensamento e da ação, integrando, portanto, as dimensões biológica, cognitiva, emocional e social, dentro de uma concepção monista, seguindo a ruptura com o dualismo corpo-mente instaurado pelo pensamento cartesiano. Isto está em consonância com a colocação de Heller (1993), a qual toma o ato o pensamento, o sentimento e a percepção como um processo unificado, chamando atenção para que

Durante el desarrollo del Ego, acción, sentimiento, percepción y pensamiento se diferencian funcionalmente y, en un proceso paralelo, se reintegran mutuamente en seguida. Como no hay sentimientos humanos sin conceptualización o, por lo menos, sin relación a la conceptualización, de igual modo tampoco puede haber pensamiento (dejando entre paréntesis el pensamiento simplemente repetitivo) sin sentimiento. (HELLER, 1998, p. 36).

A afetividade passa, assim, a ser destacada por Sawaia (2011b) em sua importância para a configuração da consciência e identidade do sujeito, e como mediadora da ação transformadora, referindo-se à capacidade do sujeito de afetar e ser afetado por outros corpos (BOMFIM, 1999; 2010; CHAUI, 1995; SAWAIA, 2002; 2009). É assim, que esta categoria analítica (SAWAIA, 2003) passa a ser enfocada em sua potencialidade de romper com a racionalidade instrumental, estando para além dos vínculos, envolvendo emoções e sentimentos, tanto negativos como positivos (SAWAIA, 2011b), os quais podem ser libertadores ou aprisionadores, promover ação ou passividade. Quanto à qualificação do afeto em ativo ou passivo, Bomfim (2010, p. 65) nos esclarece que não se trata de um juízo de valor ou de uma questão unidimensional, mas da maneira como o sujeito afeta-se nos bons ou maus encontros, os quais vão aumentando ou diminuindo a capacidade de perseverar no próprio ser, buscar autonomia e não se submeter à servidão.

Embasado em uma visão mais neurológica, também Damásio (1996) refere que emoções e sentimentos podem despertar estados corporais positivos – representados pela criação rápida e variada de imagens e raciocínio ágil – ou negativos – expressos por um raciocínio ineficaz e criação lenta e restrita de imagens. O autor refere que emoções e sentimentos promovem alterações nos processos cognitivos, de modo que estes passem a corresponder ao estado emocional, conduzindo o organismo a uma maior disposição à agir ou diminuindo esta propensão, daí a concepção tradicional de que a razão deve ser separada da emoção, a fim de que não seja por ela prejudicada.

No entanto, para o autor, a ausência de emoções e sentimentos é tão prejudicial à razão quanto se julga que seja a presença, pois as alterações suscitadas não são essencialmente danosas, na verdade, servem de referência ao organismo, uma vez que lhe permitem discriminar situações potencialmente perigosas ou seguras, orientando a tomada de decisões e o planejamento da ação, o que está de acordo com o que afirma Sawaia (2003), quando esta aponta que é com base nos afetos, que tomamos decisões quanto ao que é bom para nós e o que deve ser evitado. Ademais, Damásio (1996) defende que a razão depende de vários sistemas cerebrais e não de um único centro localizado e que alguns desses sistemas envolvidos na racionalidade são os mesmos que regulam o processamento das emoções. Desta forma, “Todos esses aspectos, emoção, sentimento e regulação biológica, desempenham um papel na razão humana.” (DAMÁSIO, 1996, p. 13). Pela via das emoções e dos sentimentos se dá a percepção e consciência da estrutura e do estado do corpo, ou seja, pode-se perceber a experiência de forma profunda e complexa.

Para Sawaia (2003), a ação transformadora pressupõe afeto e reflexão como indissociáveis, o que encontra respaldo no sistema filosófico de Espinosa, o qual, segundo Gleizer (2005), atesta que o desenvolvimento da razão permite que o sujeito seja menos submisso em suas interações com o meio que o cerca, reconhecendo e satisfazendo de forma mais efetiva seus desejos. Destarte, a razão gera afetos ativos ao formar uma ideia clara e distinta deste afeto, fazendo com que ele deixe de ser paixão e se torne um afeto ativo. Tal concepção subverte a visão cartesiana, recuperando o sujeito em sua integralidade, pois

O homem de Espinosa recupera o corpo desejante e memorioso, bem como a individualidade. Ele é movido por paixões, mesmo quando orienta sua vida pelos ditames da razão. A etapa primeira é onde impera o desejo de manter o seu ser e a sua máxima expansão. Desejo para Espinosa não é falta, é a força que impulsiona e inclina o ser a algo que compõe com seu corpo, de forma a expandir sua potência de vida. (SAWAIA, 2011a, p. 39-40).

Como fica explícito nestas explanações, os afetos originam-se necessariamente na

relação com o outro, pois, se admitimos que sentir é estar implicado em algo (HELLER, 1993), o outro é, segundo Bomfim (2003), o que mais nos implica, uma vez que o sujeito se constitui a partir do outro (SAWAIA, 2011a). Nesta dimensão, há de se ressaltar que as emoções são mediadas pela cultura, tanto por se darem na relação intersubjetiva (SAWAIA, 2009, 2011a), como pelo fato de que o que se reconhece como tristeza, medo, alegria, entre outras denominações, são significados primeiramente na cultura onde o sujeito está inserido para depois ser por ele apropriado e ganhar sentido (BONIN, 2007). Apropriação esta que se dá pela via da linguagem, pois como afirma Lane (2006),

[...] as emoções que são respostas do organismo e, como tais, universais, se submetem às influências sociais ao se relacionarem com *o que* nos alegra, nos entristece, nos amedronta. [...] nossas emoções decorrem desta visão de mundo que adquirimos através dos significados das palavras. (p. 9-10, grifo da autora).

Do mesmo modo, há uma relação dos afetos e o pensamento que, segundo Heller (1993) acabou sendo cindida na consciência cotidiana e no âmbito científico, além da tradição cartesiana, pela desconsideração dos sentimentos de fundo, ou seja, quando o sentimento não é figura, não é proeminente na ação, o que gera a ilusão de que ele inexistente; e apenas uma parte de sentimentos, dentro de uma ampla gama de sentimentos, são considerados como tais.

Assim, como aponta Bonin (2007), as emoções servem à automanutenção do organismo e podem ser compreendidas como expressão da filogênese e da cultura em que o sujeito está inserido, uma vez que existe um substrato biológico, próprio da espécie, no qual as emoções se ancoram, ao mesmo tempo em que a cultura orienta o que se espera de cada indivíduo nas diferentes situações de sua vida, desta forma, a própria constituição do eu segue padrões culturalmente estabelecidos, adequando-se até certo ponto ao que é socialmente esperado. Denominamos nossas emoções e sentimentos, qualificamo-los, tentamos controlá-los ou permitimos sua expressão tendo por base a forma como o meio as admite. Neste sentido, em sua visão de homem, Heller (1993) afirma que uma antinomia básica caracteriza o ser humano, pois ao mesmo tempo em que nasce, como todos os outros de sua espécie, com um organismo determinado por seu código genético, orientado para as condições necessárias para a sobrevivência, ao que Heller (1993) chama essência muda da espécie, cada organismo é também um sistema independente, que se volta para mundo, sendo capaz de integrá-lo, incorporá-lo e construí-lo a partir de si, de maneira singular e, assim, sua essência enquanto espécie se realiza externamente, nas relações com o mundo e com os outros, de onde provêm as informações e sentimentos necessários que orientam sua sobrevivência, diferente dos animais, cujo código genético já lhes garante estas informações. A consciência humana, neste

sentido é socialmente condicionada, o que permite derivar que “La conciencia es siempre conciencia social general.” (HELLER, 1993, p. 34).

Na sociedade capitalista, onde impera a ordem do consumo, os sentimentos são, segundo Heller (1993), consumidos e geridos domesticamente, o que é uma inovação da sociedade burguesa, de modo que se estabelece uma hierarquia dos sentimentos que devem ser satisfeitos e daqueles que precisam ser suprimidos, bem como dos objetos a que estes sentimentos são direcionados e em que medida o são, tudo isto vinculado à tarefa atribuída ao sujeito desde seu nascimento, relacionada à classe social a qual pertence, que estabelece a norma social a ser seguida. Ora, a crença de que há uma hierarquia de tarefas a serem cumpridas, determina, do mesmo modo, a tendência a uma hierarquização dos sentimentos (HELLER, 1993) e, assim, “Es la gestión doméstica de los sentimientos la que decide si nuestros diversos sentimientos se mantienen cualitativamente separados o se homogeneizan cuantitativamente en alguna pasión alienada.” (HELLER, 1993, p. 255). Este modo de gerir os sentimentos, segundo a autora, é dado pelo modelo social burguês, que produz condições sociais propícias a esta organização, sendo um fenômeno impensável em outra conjuntura social, mas que é, talvez, a única estruturação possível dentro da lógica social vigente.

Dentro desta conjuntura, segundo Del Río (2013), a condição de pobreza interfere diretamente nos modos de vida dos sujeitos e em sua saúde física e mental, havendo maior ocorrência de doenças e óbitos entre a população pobre, uma vez que estas pessoas, no geral, estão submetidas à situações subumanas, de exploração, injustiça e intensas desigualdades, sendo estes os maiores geradores do sofrimento mental e de uma sociedade ansiogênica. Nesta conjuntura de pobreza, a qual deve ser compreendida, segundo Sen (2010) em sua multidimensionalidade, não se restringindo somente à questão monetária, mas relacionada à outras formas de privação – de direitos, de bens, de acesso a espaços sociais, entre outros –, Sawaia (2009) evoca o sofrimento ético-político para referir-se a um sofrimento/paixão, produzido pelos maus encontros, ou seja, por encontros que conduzem à passividade, caracterizados por servidão, heteronomia e injustiça, o que implica que este sofrimento não tem sua gênese no sujeito, mas na intersubjetividade (SAWAIA, 2011b). Relaciona-se à negação de necessidades básicas humanas como a liberdade e a felicidade, sendo produzido por práticas políticas, econômicas e sociais injustas atuantes no processo de exclusão social (SAWAIA, 2003). Este sofrimento, de acordo com Sawaia (2009), se cristaliza na forma de potência de padecimento, isto é, de reação e não de ação, na medida em que as condições sociais se mantêm, transformando-se em um estado permanente da existência. Destarte, Sawaia (1995) explana que o sofrimento ético-político compreende múltiplas afecções, mutila

a vida dos sujeitos de diversas maneiras, cerceando sua cidadania e impactando na maneira como o indivíduo é tratado e trata aos outros na intersubjetividade.

Esta condição, conforme Sawaia (2009), promove a alienação do indivíduo, de modo que não lhe permite reconhecer o poder externo que o domina nem seu próprio poder para enfrentá-lo e, perdendo a referência de seu próprio conatus, passa a se identificar e desejar esta dominação, o que gera a sua própria destruição e a do outro, o qual é percebido como obstáculo que deve ser eliminado e, desta forma, cada um busca a realização do seu próprio desejo alcançado com a necessária destruição do outro (SAWAIA, 2009), o que caracteriza a competitividade, que se sustenta por meio da desigualdade (DEL RÍO, 2013), sendo própria do sistema Capitalista, no qual o indivíduo é moldado isolado e egoísta, devendo competir para sobreviver e para produzir um pretenso progresso (GUARESCHI, 2011b). Assim, a dinâmica, conteúdo e qualidade do sofrimento ético-político derivam da estrutura social que o produz, refletindo a vivência cotidiana da conjuntura social de cada época, e a dor proveniente da condição de negação, de oprimido, subalterno, impossibilitado de desejar, sentir e afetar-se (SAWAIA, 1995). Para Sawaia (2011b) faz parte desta configuração social uma supervalorização dos sentimentos e da exposição do Eu, no plano individual, como fonte de satisfação em si mesma, que é insensível ao outro e não orientado para o bem comum, motivada por um Eu descarnado e solitário. Tal postura leva à aceitação submissa e sem críticas de velhos paradigmas higienistas, morais e racionais transvestidos em novas palavras mais modernas, provocada por uma afetividade narcísica.

Por outro lado, a ênfase na categoria afetividade, no sentido que a tomamos no presente trabalho, aportada nas concepções de Espinosa, Heller, Vigotski e Sawaia, resguarda a proposta de se romper com a desigualdade social, entendida como ameaça constante à existência humana, com as dicotomias sujeito-indivíduo/social, interno-externo, sujeito-objeto, entre outras, desta forma, nem um âmbito nem outro é negligenciado, mas compreendidos dentro de uma relação dialética (SAWAIA, 2009) que permite analisar o micro e o macrosocial intrinsecamente relacionados, compreendendo que preservar na existência é mais do que conservar a sobrevivência biológica, implica uma expansão do corpo e da mente em busca da liberdade e felicidade, as quais também se configuram como necessidades fundamentais à existência (SAWAIA, 2009). Nesta dimensão, segundo Sawaia (2009), o homem deve ser compreendido em sua integralidade, como determinado e determinante da sociedade. Destarte, o contraponto do sofrimento ético-político é a felicidade pública, felicidade ético-política, em que o sujeito é feliz por saber que o outro também o é (SAWAIA, 2011b), assim, a superação da desigualdade social e a destruição da tirania

consiste em destruir as relações servis, não o tirano especificamente, uma vez que (1) a destruição de um tirano pode deixar aberto o espaço para outro; e (2) a liberdade não gera novos tiranos, não submete o tirano à escravidão (SAWAIA, 2009).

Partindo, portanto, de uma visão ontológica em que a expansão das possibilidades do indivíduo, bem como sua busca pela alegria e liberdade são impulsos naturais de conservação da sua vida (SAWAIA, 2003), Sawaia (2011b) ressalta a importância de se reconhecer o sofrimento ético-político na análise das formas sutis como os indivíduos são excluídos no meio social, de modo que este impulso de conservação da vida vai sendo cerceado. Nesta dimensão, é importante entender que a exclusão e a inclusão social

[...] não constituem categorias em si [...], mas que são da mesma substância e formam um par indissociável, que se constitui na própria relação. A dinâmica entre elas demonstra a capacidade de uma sociedade existir como um sistema. Essa linha de raciocínio permite concluir, parafraseando Castel (1998), que a dialética exclusão/inclusão é a aporia fundamental sobre a qual nossa sociedade experimenta o ‘enigma de sua coesão e tenta conjurar os riscos de sua fratura’ (SAWAIA, 2011b, p. 110).

Desta maneira, a exclusão e a inclusão são polos comuns ao mesmo processo de inserção social que se dá de modo injusto e desigual (SAWAIA, 1995), assim, como Sawaia (2011b) afirma, a dialética exclusão-inclusão reflete fundamentalmente a desigualdade social, a injustiça e a exploração de uma classe dominante sobre a outra, de modo que para a manutenção da ordem social vigente e das relações de poder que por ela se estabelecem, conforme Sawaia (2003), esta desigualdade precisa ser administrada por meio da garantia do sentimento de inclusão dos excluídos. Para Sawaia (2003), o sofrimento ético-político evoca a necessidade afetiva dos sujeitos, ele desvela as peculiaridades da inclusão perversa, onde os sujeitos que “escapam” à norma vigente, os pobres, oprimidos e explorados de qualquer ordem, são integrados de forma excludente, por meio da negação de seus direitos. Produz-se uma inclusão que é, na verdade, uma exclusão integrativa, uma estratégia de adaptação social e manutenção do status quo, efetivada por uma inclusão perversa que exacerba o sofrimento ético-político, ao restringir-se apenas a uma abordagem superficial da desigualdade, invisibilizando os efeitos mais profundos da exclusão, pois inclui para excluir, para administrar as diferenças (SAWAIA, 2003). Ao pensarmos o trabalho do psicólogo inserido nos serviços públicos de saúde, o conceito de afetividade e esta reflexão acerca do sofrimento ético-político auxiliam-nos a compreender que o profissional também está exposto a este sofrimento ao deparar-se com o sofrimento da população a que presta serviço, de modo que isto é capaz de aumentar ou diminuir sua potência de ação.

Diante destes processos, Sawaia (2003) ressalta que potencializar o indivíduo requer desenvolver valores éticos configurados como sentimentos, desejos e necessidades, que permitam superar o sofrimento ético-político. Para Sawaia (2003, p. 59) a ética define-se como “[...] a capacidade do corpo e do pensamento em selecionar, nos encontros, o que permite ultrapassar as condições de existência na direção da felicidade, como um aprendizado contínuo.”, e neste sentido, os afetos aumentam ou deprimem esta capacidade. Com base nisso, Sawaia (2011b) propõe, como objetivo da práxis psicológica, a potência de ação e enfatiza a busca de estratégias de enfrentamento da exclusão, configuradas em políticas públicas que envolvam tanto a dimensão material e jurídica, como a afetiva e subjetiva, admitindo-se a importância ontológica e política da afetividade.

### **2.3 Os matizes da Psicologia Ambiental: agregando outros olhares sobre as categorias que estudamos**

A Psicologia Ambiental, de modo interdisciplinar se debruça sobre o estudo das inter-relações entre o sujeito e seu entorno, concebendo que o homem, ao transformar o ambiente também é transformado por ele (ITTELSOON *et al.*, 2005), ou seja, a relação com o ambiente atua diretamente na formação da identidade do sujeito e em seus comportamentos. Neste sentido, a afetividade ganha destaque na relação do homem com os espaços, aos quais se apega e transforma em lugares, de modo a compor uma territorialidade que é física e emocional, constituída e constituinte do homem.

#### ***2.3.1 Algumas considerações que caracterizam a Psicologia Ambiental***

Segundo Mira (1997), a Psicologia Ambiental tem como principal objetivo estudar as transações e interações entre comportamentos e experiências humanas e seu entorno sócio-físico, considerando os espaços (construídos ou não) como parte da identidade dos sujeitos. Conforme o referido autor, as investigações acerca destas relações entre os estímulos ambientais e os comportamentos humanos são tema de exploração da Psicologia desde seus primeiros estudos, os quais, de acordo com Günther e Rozestraten (2005), datam da década de 1920, na Alemanha, com os trabalhos de Hellpach, que em 1924 introduziu o termo “Psychologie der Umwelt” – Psicologia do Ambiente. Mira (1997) aponta, também, como precursores da Psicologia Ambiental, Egon Brunswik, que se debruçou sobre o estudo das influências dos fatores físicos ambientais no comportamento humano e a quem é atribuída

a utilização do termo “Psicologia Ambiental”, em 1934, e Kurt Lewin, que formulou a Teoria de Campo.

Ittelson et al (2005) ressaltam que os anos de 1958-1959 foram um momento significativo para a disciplina nascente, quando realizaram-se estudos acerca da influência do ambiente das enfermarias de hospitais psiquiátricos sobre o comportamento dos internos e, concomitante a isto, outras investigações das influências ambientais nas condutas humanas eram realizadas por diversos pesquisadores, inclusive em ambientes não institucionais. Já nestes primeiros estudos, reconhecia-se a natureza transacional das relações pessoa-ambiente (RIVLIN, 2003) e ressaltava-se o caráter multidisciplinar da nova área que se formava (ITTELSON et al., 2005), pois era patente que o arcabouço teórico de uma única disciplina não seria suficiente para dar conta da complexidade da questão ambiental (MOSER, 1998).

Criava-se, assim, um novo campo de estudo que envolvia, entre outras disciplinas, a Psicologia, a Arquitetura, a Antropologia, a Geografia, o Planejamento urbano, sem, contudo, enquadrar-se em nenhuma delas. Destarte, a integração entre os diversos campos de saber possibilitou o desenvolvimento de um pensamento interdisciplinar, que se mostrou de extrema utilidade para o trabalho da Psicologia Ambiental (RIVLIN, 2003). Além desta pluralidade teórica que marca sua epistemologia (WIESENFELD, 2005), a complexidade dos fenômenos estudados exigiu também uma metodologia caracterizada pela multiplicidade de métodos e técnicas, tanto da Psicologia, principalmente da Psicologia Social, como outros criados pela própria Psicologia Ambiental (MOSER, 1998).

Günther e Rozestraten (2005) sistematizam que o desenvolvimento da área se efetivou na Suécia, na década de 1940; na França, no fim da década de 1950, sem vinculações à ciência psicológica; Holanda, em 1962; Austrália, no início da década de 1970; na URSS, na década de 1970; e na América Latina também na década de 1970, sendo maior a ênfase no México e na Venezuela. Situam nesta cronologia, entretanto, que foi após a Segunda Guerra Mundial que a preocupação com a temática ambiental despertou maior interesse, por conta do aumento de problemas ambientais, para os quais a psicologia tradicional não dava respostas, impulsionando pesquisas e produções nesta área (RIVLIN, 2003), com maior expressividade na Europa e Estados Unidos (ITTELSON et al, 2005; MOSER, 1998), sendo fundado neste último país, em 1967, o Programa de Doutorado em Psicologia Ambiental, na City University of New York, sob a liderança de Proshansky (GÜNTHER; ROZESTRATEN, 2005)

Conforme Rivlin (2003), entre outros pressupostos, a Psicologia Ambiental concebe que a experiência ambiental é de natureza holística, em que "[...] a natureza fenomenológica da experiência proporciona um sentido de campo unitário." (p. 217); defende

que cada pessoa possui qualidades ambientais singulares, que contribuem para o que acontece no ambiente; enfatiza a dimensão social atuante no ambiente físico e, neste sentido, pesquisas posteriores puseram luz às dimensões política, cultural e econômica como partes do ambiente; ressalta que, no mais das vezes, o ambiente atua abaixo do nível da consciência, assim, o sujeito torna-se consciente do ambiente quando da modificação deste, exigindo adaptações; aponta que a percepção do ambiente nem sempre corresponde a como ele realmente é, uma vez que esta percepção é perpassada por fatores como idade, sexo, status sócio-econômico, cultura, entre outros; além disso, resgata o valor simbólico do ambiente, o qual se desenvolve ao longo do tempo e contribui para que as pessoas se conectem aos lugares.

Desta maneira, podemos dizer que "[...] a especificidade da Psicologia Ambiental é a de analisar como o indivíduo avalia e percebe o ambiente e, ao mesmo tempo, como ele está sendo influenciado por esse mesmo ambiente." (MOSER, 1998, p. 122). Por conta disso, privilegia-se o estudo desta inter-relação no contexto natural do sujeito, onde ele e o ambiente constituem uma totalidade (RIVLIN, 2003), com vistas à aplicação dos conhecimentos produzidos, no sentido de melhorar a qualidade do ambiente, o que implica a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que o utilizam, no que consiste sua pertinência social (WIESENFELD, 2005). Entretanto, Moser (1998) nos alerta que a Psicologia Ambiental, por voltar-se para a resolução de problemas sociais, tencionando oferecer-lhes uma resposta, não deve ser considerada somente uma aplicação da Psicologia, mas sim como uma disciplina nova, uma vez que exige a construção de novos paradigmas e conceitos próprios. Concordamos, então, com o autor quando este afirma que "Uma disciplina, um ramo, que cria novos conceitos, que tenha novos paradigmas para resolver problemas, não é uma aplicação, é uma disciplina, e não só um ramo." (MOSER, 1998, p. 127-128).

### ***2.3.2 Desenhando o conceito de território e suas interfaces com a afetividade***

Como afirma Moser (1998), na concepção da Psicologia Ambiental a construção da subjetividade relaciona-se à identificação com os espaços, por meio dos quais o sujeito pode significar a si próprio e a sua vida. Desta maneira, Gonçalves (2012) compreende o espaço como emergente da relação dialética entre sociedade e natureza, fruto das relações sociais dentro de um dado período histórico, o que significa dizer que os espaços são construídos por discursos e relações de poder e, neste sentido, também é dialético, estando dentro e fora do indivíduo, sendo objetivo e subjetivo (MOSER, 1998), contendo a inclusão e a exclusão, a autonomia e a heteronomia (SAWAIA, 1995), sendo modelado e remodelado

pelo sujeito a partir de suas necessidades, deste modo, fomenta a identidade do sujeito e influencia sua maneira de agir (MOSER, 1998). Na classificação de Tuan (1983), o espaço define-se pela liberdade, amplitude e grandes dimensões, não é claramente definido para quem está chegando, porque ainda é desconhecido, e isto gera o sentimento de ameaça ao sujeito. O espaço relaciona-se, enfim, ao movimento (TUAN, 1983), característica que Hall (1966) também elenca, reforçando que o espaço é profundamente sensível, estando para além do visual, neste sentido, o autor refere a necessidade humana de uma orientação espacial satisfatória, o que está relacionado à sobrevivência e à sanidade do indivíduo (HALL, 1966).

Segundo Pol (1996), o espaço relaciona-se às experiências públicas e privadas dos sujeitos, não restringindo seu sentido somente ao âmbito funcional, pois como afirma Tuan (1983), os espaços podem ser experienciados de diversas formas, quanto à disposição e localização dos objetos, distâncias e extensões, entre outros elementos que constituem a experiência espacial, a qual, de acordo com Hall (1966, p. 103), “[...] inclui as distâncias mantidas nos encontros com os outros. Estas distâncias encontram-se, em sua maioria, fora da área da consciência.” Assim, Sawaia (1995) aponta que os espaços são multidimensionais, não podendo ser classificados como bons ou maus e, por isso, as maneiras como afeta o sujeito podem ser ambíguas. Para a autora, “[...] espaço e homem compartilham a mesma materialidade e a mesma subjetividade.” (SAWAIA, 1995, p. 20), de modo que os espaços construídos engendram discursos capazes de manipular a cognição e a afetividade dos sujeitos. Conforme Moser (1998), a dimensão temporal é outro conceito importante para a Psicologia Ambiental, no que tange à relação com o espaço, referindo-se à história do indivíduo, a seu passado, e à projeção que faz de si no futuro, pois a noção de tempo do sujeito varia de acordo com seu ciclo vital e interfere em sua ancoragem espacial, impactando no bem-estar individual (MOSER, 1998).

Tuan (1983) assevera que é na identificação de lugares significativos que se vai conhecendo o espaço, ordenando suas imagens, por meio da inteligência e de todos os sentidos, os quais “especializaram-se” para esta tarefa e se reforçam mutuamente, possibilitando maior conhecimento do ambiente. Existe aí, portanto, uma base cognitiva e emocional (TUAN, 1983). O referido autor conceitua que ao ser conhecido e dotado de valor, o espaço transforma-se em lugar, ao qual o sujeito liga-se e nele satisfaz suas necessidades biológicas, como alimento, água, procriação e descanso, e afetivas. Conforme Maradola Jr. e Hogan (2009), a experiência e densificação dos lugares necessita de pausas, ou seja, estão relacionadas ao ficar, demorar-se no espaço, fixar-se, ao mesmo tempo em que as relações das pessoas com os espaços e os lugares são complexas, de forma que os significados coletivos e

os sentidos individuais atribuídos a eles são influenciados por pensamentos, sentimentos e estados de espírito (TUAN, 1983). Neste sentido, Tuan (1983) reflete que a cultura interfere nos valores e comportamentos das pessoas, ainda que existam traços comuns que transcendem as questões culturais e expressam a condição humana. Diante disto, a depender da configuração dos lugares e dos valores atribuídos aos lugares, estes podem atrair ou repelir os sujeitos em diferentes graus e, nesta perspectiva, “Um objeto ou lugar atinge realidade concreta quando nossa experiência com ele é total, isto é, através de todos os sentidos, como também com a mente ativa e reflexiva.” (TUAN, 1983, p. 20).

Desta forma, para Corraliza (1998), a conversão dos espaços físicos em espaços significativos – em lugares – se apresenta como um dos mais importantes processos da interação entre o indivíduo e o ambiente, envolvendo as dimensões cognitiva e afetiva do sujeito, pois é a partir da atribuição de significado que se constitui a experiência emocional de um lugar. Conforme Giuliani (2004), “É a importância emocional que os espaços geográficos são capazes de assumir na experiência humana que os transforma em ‘lugares’.” (p. 92). Destarte, atribuir significado ao lugar é, segundo Corraliza (1998), um processo atravessado pelo impacto emocional que o lugar produz no organismo, reverberando em seu comportamento. Compõem-se da leitura dos sinais presentes no ambiente, conhecimento dos lugares, afetação com seus espaços e representação interna da organização espacial e dos elementos significativos, segundo o autor.

O processo de atribuição de significado ao lugar, para Tuan (1983), classifica o espaço como mais abstrato e indiferenciado. O lugar, por outro lado, é o espaço conhecido e significativo, é referência para o sujeito, oferece segurança e envolve a formação da identidade, já que as pessoas identificam-se com os lugares aos quais se ligam e, neste sentido, Lima e Bomfim (2009, p. 496) afirmam que “[...] a identificação com o local promove a capacidade de se vincular afetivamente a este, promovendo o apego a este lugar”. Deste modo, a transformação de espaços em lugares implica a apropriação dos espaços, por meio da qual o homem identifica-se e transforma o lugar (BOMFIM, 2003), deixa sua marca, sente-se confortável para imprimir algo de si no espaço (TUAN, 1983), ao mesmo tempo em que o espaço se apropria do homem, pois, de acordo com Pol (1996), ao transformar o espaço, o sujeito projeta-se nele, de modo que ele passa a refletir a identidade e o estilo de vida do homem e, assim, o homem é construído e transformado pelo espaço à medida que o transforma e constrói. Destarte, como o autor ressalta, a apropriação ocorre espontânea e naturalmente, até certo ponto intencional e pode ser facilitada ou inibida por fatores como as características do espaço, sua rigidez ou flexibilidade, entre outros.

Destas considerações podemos derivar o conceito de território, ponto importante de nossas reflexões, já que nele se dão os encontros entre profissionais, usuários e serviço. Este conceito ocupa lugar central nas ações regidas pelas políticas públicas de saúde, sendo compreendido para além da extensão geográfica de abrangência do serviço de saúde, ainda que também faça referência a esta dimensão, constituindo-se “[...] pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.)” (BRASIL, 2004, p. 11). No âmbito da saúde, o território é visto como processo dinâmico, em construção constante (SILVA *et al.*, 2001), sendo o espaço de ação de sujeitos ativos, suas famílias e grupos sociais em geral, cuja ação mostra-se como parceria positiva e essencial para a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, como asseveram Cyrino e Parada (2006), assim, as dimensões territoriais consideradas mais relevantes para a organização dos serviços são a epidemiológica, demográfica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural (BRASIL, 2010). Nesta acepção, o serviço organiza-se a partir do que Brasil (2003) refere como segmento territorial, relativo a áreas contíguas, delimitadas a partir de Distritos Sanitários, Zonas de Informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou outro critério importante para a organização e análise espacial dos dados municipais (BRASIL, 2003). Quanto a esta questão, devemos refletir a importância de que, na delimitação destes territórios adscritos ao serviço de saúde, se conheça e respeite as divisões territoriais anteriores, engendradas pelas próprias comunidades, a fim de que a efetivação da política pública não ocorra de modo arbitrário e descontextualizado, dividindo territórios historicamente instituídos e reunindo territorialidades diversas, por vezes até de difícil conciliação, pois como afirma Giuliani (2004), as comunidades são definidas pelos lugares ao mesmo tempo em que elas definem os lugares.

Santos (2003) defende que o território deve ser compreendido, como espaço humanizado, a partir dos usos que os homens fazem dele, o que implica as relações de poder que o constituem historicamente, tanto no que tange ao nível micro quanto ao macrossocial, ou seja, está marcado pela história comum a um povo, que lança as bases da estrutura social vigente, e também pela história local e individual dos sujeitos. O território é, portanto, um espaço vivo (SANTOS, 1999) que compreende identidades comuns, seja em termos culturais, comunitários, sociais ou outras (BRASIL, 2009), composto por referências socioculturais e econômicas que se desenvolvem no cotidiano, fazendo parte do projeto de vida dos sujeitos e de sua inserção no mundo (MARZANO; SOUZA, 2004). Emerge daí a identidade territorial, fruto da “[...] memória urbana e da experiência coletiva de um devir histórico e geográfico

comum, que se estabelece no desenvolvimento do bairro e liga a história pessoal à história urbana.” (MARADOLA JR.; HOGAN, 2009, p. 171).

Aprofundando esta conceituação política e com base no arcabouço teórico da Psicologia Ambiental, adotamos no presente trabalho a concepção de território – ou territorialidade – como o lugar com o qual o sujeito implica-se, uma vez que o dota de sentido, demarcando-o e defendendo-o (TUAN, 1983), ou seja, transformando um espaço inicialmente desconhecido em um lugar dotado de significado e valor, do qual se apropria e deixa sua marca singular (POL, 1996). Para Mira (1997), uma das tendências mais recentes da Psicologia Ambiental se refere ao estudo da percepção do ambiente pelo indivíduo, onde se defende como fontes determinantes de bem-estar “[...] las percepciones subjetivas que tienen los individuos de las situaciones ambientales, así como la libertad de la gente para ejercer control sobre el ambiente, sobre sus posibilidades em su entorno sociofísico [...]” (p. 30-31). Assim, a conduta territorial é, conforme Pol (1996), complexa, variada, pautada na aprendizagem social e cultural, de modo que o sujeito possa utilizá-los em usos e objetivos simbólicos. É imprescindível atentar, também, para o fato de que esse território é constituído de diversos discursos de poder, o que permite Sawaia (1995) afirmar que o território poder ser ao mesmo tempo excludente e lugar de identificação.

Hall (1966) afirma que o comportamento territorial ao longo do ciclo vital resguarda fronteiras razoavelmente constantes, elegendo locais específicos dentro do território para determinadas atividades, tais como dormir, comer, entre outras. Assim, a territorialidade apresenta-se como uma necessidade humana (BOMFIM, 2003), tanto em termos de espécie, como pelo ser social. Destarte, o processo de apropriação do território é referido por Pol (1996, p. 45) nos seguintes termos:

El ser humano [...] necesita marcar su territorio, aunque sea de forma sofisticada. Necesita sus referentes estables que le ayuden a orientarse, pero también a preservar su identidad ante si y ante los demás. Identidad y pertinencia, privacidad e intimidad, ser causa y a su vez dejarse llevar por sus referentes..., constituyen la clave de la creación y la asunción de un universo de significados que constituyen la cultura y el entorno del sujeto, fisicalizado a través del tiempo en un espacio ‘vacío’ que deviene un ‘lugar’ con sentido. Es lo que llamamos apropiación.

Este território é, assim, possuidor de uma história e uma memória construídas pelos sujeitos comunitários que o habitam, em uma dinâmica que expressa e reafirma a identidade individual e coletiva (GÓIS, 2005) dos moradores, estabelece-se, desta forma, uma profunda relação afetiva e criativa onde o homem transforma o meio e é transformado por ele, onde o ambiente imprime marcas nos indivíduos de variadas maneiras, transmutando os espaços impessoais e desconhecidos em lugares pelos quais se tem apego (GIULIANI, 2004).

O apego aos lugares, conforme Giuliani (2004), refere-se ao laço afetivo que o sujeito desenvolve em relação ao lugar, implicando na necessidade de se estar próximo a ele, pode derivar, segundo a autora, da avaliação positiva da qualidade do lugar, no que tange à satisfação das necessidades do sujeito, do significado do lugar para a identidade do sujeito ou do tempo de residência e da familiaridade do sujeito com o lugar. Desta maneira, como Corraliza (1998) refere, admitindo-se que a emoção afeta o funcionamento psicológico do sujeito, o significado do ambiente estará em função do impacto emocional que o ambiente produz sobre o sujeito. Deve-se apontar, entretanto, que esta qualificação do afeto aos lugares não destoia da concepção que apresentamos na seção anterior, uma vez que também aqui concebe-se que a afetividade relacionada aos locais poderá potencializar a ação do sujeito ou depotencializá-la, de modo que a interação com o ambiente possa ter um caráter ativo ou passivo, gerando maior ou menor envolvimento e participação do sujeito, a partir de seu sentimento de pertença (POL, 1996).

Como pontua Moser (1998), a percepção e as representações do território variam de indivíduo para indivíduo, determinadas pelo status social e ciclo vital, por exemplo. Contudo, de acordo com Hall (1966), o território é extensão do organismo “[...] marcada por signos visuais, vocais e olfativos. O homem criou extensões materiais da territorialidade, bem como marcadores territoriais visíveis e invisíveis.” (p. 96). Assim sendo, como assevera Bomfim (2003), a perda de territórios implica a perda da segurança psicológica.

Para Mendes e Donato (2003) o território é formado por vários lugares, sendo ativo e possuindo a potencialidade de dinamizar as relações, promover integração e identificação. Podemos, então, considerar o território como um espaço vivo e pulsante, dotado de sentido e afetivamente identificado, capaz de promover segurança e orientação e, ao mesmo tempo, exclusão e alienação. Do território os moradores se apropriam, construindo suas identidades, relações e modos de vida (GÓIS, 2008). Suas delimitações definem-se não pelo desenho institucionalmente elaborado, mas com base nos processos psicossociais que aí florescem, nas relações que constituem a teia da vida cotidiana dos moradores, nas políticas e história do lugar (MENDES; DONATO, 2003). Maradola Jr. e Hogan (2009) caracterizam o território como espaço dotado de sentido formado por lugares, pessoas e comunidades, o que é consonante à concepção de Pol (1996) de que a territorialidade humana é relação entre o sujeito, seu grupo social e o entorno sócio-físico, envolvendo o sentimento de posse, a transformação da aparência do lugar e o seu uso.

Na discussão em relação ao território, como afirma Giuliani (2004), a afetividade, durante muito tempo considerada de importância secundária pela Psicologia Ambiental,

expressa-se de modo positivo ou negativo, agradável ou desagradável, no que tange à relação do sujeito com o lugar, qualificando a experiência tanto individual como grupal. Assim é que podemos pensar a relação, o envolvimento e as ações de uma comunidade para com seu território, a qual, dependendo do afeto envolvido, poderá implicar maior sentimento de pertença e cuidado para com os lugares ou sua depredação. Como defende Sawaia (1995, p. 20),

ao romper-se a fronteira entre objetividade e subjetividade, reencontra-se o homem perdido dentro de categorias generalistas (morador, população) e se arrisca estabelecer conexões entre domínios da vida que costumam ser estudados separadamente em seu movimento incessante de construção.

Portanto, a exclusão da afetividade relacionada aos territórios e às relações que nele se estabelecem nos fala da permanência da separação entre o que se considera da ordem do corpo, da cognição, e o que diz respeito à emoção, aos afetos (SAWAIA, 2009), o que revela a desconsideração da dimensão afetiva que também incide sobre esta realidade (BOMFIM, 1999, 2003).

### **3 ENCONTROS POTENCIALIZADORES – DELINEANDO O CENÁRIO DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE COLETIVA**

Segundo Paim (2009), a questão da saúde se expressa como “[...] objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, além de ser um espaço de luta pela conquista da hegemonia pelas classes subalternas” (p. 30). Destarte, como nos alerta Cohn (2009), o estudo das políticas de saúde implica a compreensão desses interesses em jogo, as lutas que se desenvolvem neste campo, os tensionamentos, as variáveis políticas, sociais, históricas e econômicas, entre outros aspectos. No bojo das políticas públicas de saúde, encontramos interesses contraditórios que coexistem, confrontam-se, embatem-se desde os níveis mais altos do poder público até o cotidiano dos serviços (LUZ, 1991). Neste espaço onde diversas forças agem, também as categorias profissionais batalham por reconhecimento, garantia de seu espaço e, quiçá, pela possibilidade de contribuir para uma sociedade mais justa. A estes sujeitos Carvalho e Cunha (2006) atribuem um importante papel no processo de desenvolvimento do SUS, considerando-os como um dos principais empecilhos quando não se implicam com as temáticas de mudança, com os processos de trabalho nem se engajam nas articulações de mudanças setoriais.

Em meio a estes jogos de poder e a luta da classe oprimida por direito à saúde e cidadania, a inserção do psicólogo no âmbito das políticas públicas de saúde, no Brasil, se deu de forma conflituosa, imersa em um contexto de intensas modificações políticas e sociais, as quais tiveram como principal base de apoio a reorganização civil, que reordenou os padrões de intervenção do Estado, principalmente no que tange ao controle social e gestão da máquina pública (OLIVEIRA *et al.*, 2005), e contribuíram para a reestruturação do sistema de assistência à saúde, ocorridas concomitantemente ao momento de abertura política e redemocratização do país, após mais de duas décadas de ditadura militar (LUZ, 1991). É preciso ter em mente que, mesmo hoje, a Reforma Sanitária permanece um processo inacabado, ainda em movimento, e que a implementação do SUS se dá respaldada em macro e micropolíticas, por meio de discursos e ações de sujeito individuais e coletivos que disputam e produzem a orientação do sistema (CARVALHO; CUNHA, 2006).

#### **3.1 SUS: um novo campo de trabalho para o psicólogo**

Luz (1991) ressalta que, no Brasil, diversos modelos de atenção à saúde da população foram implantados ao longo da história, cada um deles fruto de uma determinada

conjuntura social e orientado por objetivos específicos, desde à disciplinarização e domesticação dos corpos até à abertura para a efetivação de práticas participativas, que ainda assim expressam relações de poder e controle social muito sutis, fruto de uma tradição biomédica dominante. Conforme Carvalho e Cunha (2006), modelos de atenção à saúde são produzidos e cristalizam-se no terreno da gestão do cotidiano, legitimados por macropolíticas (Estado e Políticas Públicas, por exemplo) e agenciados na micropolítica, articulando diversos recursos que, somados à gestão dos serviços e às matrizes de conhecimento em que se pautam, produzem, por seu turno, resultados diversos na vida e na saúde dos sujeitos. Conforme os referidos autores, estes modelos orientam-se pela concepção de saúde e doença que a sociedade adota, a qual expressa um recorte da realidade em meio a muitos outros possíveis, e pelas opções políticas que imperam no contexto social, embasadas no processo histórico e cultural fundador das estruturas onde estes modelos assentar-se-ão.

Em 1964, o Golpe Militar instaurou a ditadura no país, sob a alegação de que a intervenção militar seria capaz de restaurar a ordem política e social, além de reorganizar a economia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). O governo militar centralizou o poder institucional, estabelecendo um período de intensa repressão, ameaça, medo e tortura, em que os direitos de cidadania da população foram negados, bem como os de informação e comunicação, por meio de alterações na Constituição engendradas pelos Atos Institucionais e decretos presidenciais. Logo no início deste período, foi implantada uma nova política de saúde pautada na junção dos modelos campanhista – no qual as decisões a respeito das ações em saúde concentram-se nas mãos de gestores e profissionais, com a organização de campanhas sanitárias orientadas ao combate das epidemias urbanas e rurais – e curativista – o qual enfocava a cura da doença, sustentado por uma tecnoburocracia médica – que, em uma “[...] síntese nova e perversa, ela reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista.” (LUZ, 1991, p. 204). Resumidamente, podemos dizer que este período acentuou a visão da saúde como um bem a ser consumido, privilegiando o setor privado e o modelo biomédico, de modo que a demanda social por consultas foi generalizada e instituiu-se um sistema de atenção médica massificado.

Este regime governamental foi gradualmente enfraquecendo, sendo derrubado na metade da década de 1980, após um longo e sofrido período de lutas e resistência popular, que demarcou uma batalha justa e digna pela libertação do país. Entretanto, as marcas de violência do período ditatorial reverberam até hoje na forma de dolorosas lembranças de torturas físicas, psicológicas e morais realizadas contra os militantes políticos; de angústia frente à

crueldade do “desaparecimento” de pessoas contrárias aos horrores da ditadura; e de uma dívida que não foi paga à população vitimada em sua cidadania e liberdade.

No âmbito da saúde, frente aos desmandos do regime, aos enormes gastos do setor, baixa resolubilidade, atos de corrupção e à indignância a que estava relegada boa parte da população, a mobilização popular engendrou o Movimento pela Reforma Sanitária (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005), ao mesmo tempo em que se desencadeavam, na Saúde Mental, inúmeras denúncias acerca das condições desumanas a que os sujeitos em sofrimento mental estavam submetidos dentro dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2008). Disto derivou a Luta Antimanicomial brasileira, na qual se militava por uma Reforma Psiquiátrica que possibilitasse condições dignas de atenção à saúde mental, desinstitucionalização dos internos e um novo agenciamento social da doença mental (AMARANTE, 2010; TENÓRIO, 2001). Assim também, o Movimento pela Reforma Sanitária, segundo Dimenstein (1998), visava consolidar-se como “[...] um saber contra-hegemônico, de crítica ao modelo dominante de atenção à saúde e produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde que vigoravam no Brasil” (p. 59).

Cabe ressaltar que estas reivindicações não constituíam um caso particular, mas espelhavam-se e nutriam-se dos movimentos que ocorriam em outros países da Europa, da América do Norte e da própria América Latina. Nesta última, em contraponto à noção de Saúde Pública, que se assentava em uma visão mais positivista, naturalizante e biológica (BIRMAN, 2005) do processo saúde-doença, nascia a proposta da Saúde Coletiva, como campo científico e âmbito de práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998), pautada no materialismo histórico-dialético, voltada para uma análise histórico-cultural e política da realidade, buscando, para isto, as contribuições das Ciências Sociais, uma vez que seu objeto se constitui nos limites entre o biológico e o social, como afirmam Paim e Almeida Filho (1998). A Saúde Coletiva, considerando que “A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos.” (BIRMAN, 2005, p. 13), debruça-se, portanto, sobre o estudo dos determinantes sociais de produção das doenças e organização dos serviços, bem como da historicidade dos saberes e das práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em 1986, constituiu-se como um marco na história da saúde pública brasileira, pois concretizou os princípios do Movimento de Reforma Sanitária e sua proposta para o funcionamento da atenção primária à saúde (GÓIS, 2008). Foi neste evento que se problematizou o conceito de saúde e aprovou-se a criação de um sistema único de saúde, priorizando-se o fortalecimento e

expansão do setor público e a não estatização desse sistema (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Outra conquista, em termos políticos, foi a Constituição de 1988, que em seu artigo 196 preconizou a saúde como direito de todo cidadão, e responsabilizou o Estado pela garantia desse direito, mediante políticas sociais e econômicas que viabilizassem o acesso universal à saúde, redução do risco de doenças e outros agravos, promoção e preservação da saúde, dentro de uma concepção ampliada do conceito de saúde (DIMENSTEIN, 1998; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; FLEURY; OUVÉRY, 2008; GÓIS, 2008).

A estruturação do SUS veio concretizar as ações regidas por uma compreensão da saúde como construção histórica e cultural, engendrada pela sociedade (CARVALHO; CUNHA, 2006), multidimensionalmente determinada, que está para além da integridade física do corpo. Este conceito ampliado de saúde coaduna-se à reflexão mais abrangente do tema, compartilhada com outros países e setores, em que os efeitos negativos da medicalização da sociedade foram criticados (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005) e chamou-se atenção para outros fatores que determinam a saúde e o adoecimento. Buss e Pellegrini (2007) apontam a Conferência de Alma-Ata, ocorrida ao final da década de 1970 como um dos grandes marcos destas discussões, bem como as atividades respaldadas no lema “Saúde para todos no ano 2000”, pondo em evidência a temática dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais ganharam maior destaque na década de 1990, com o debate sobre as Metas do Milênio e a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2005. Em resposta a este movimento global acerca dos DSS, foi criada, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 13 de março de 2006, por meio de Decreto Presidencial, com mandato de dois anos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Conforme Buss e Pellegrini (2007), a concepção de DSS centra-se no reconhecimento da relação intrínseca entre a saúde e as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos. Neste sentido, como apontam os autores, vários modelos têm-se destinado a esquematizar as inter-relações dos diversos fatores com a saúde, dentre os quais destacamos o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), adotado pela CNDSS:

Figura 3 – Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: CNDSS (2008)

Podemos dizer que estas mudanças na concepção de saúde e de cuidado em saúde, que reformulou o modelo, a gestão e as práticas, teve direta interferência na implementação do SUS, o qual teve como marcos legais básicos, como elencam Fleury e Ouverney (2008), as Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990. A partir destas legislações o SUS foi instituído com a proposta de ações em saúde que contemplassem as necessidades reais de cada território em suas singularidades e peculiaridades, de forma a produzir saúde dentro da lógica da co-participação, fomentando reflexões e ações autônomas tanto por parte de usuários como de profissionais (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006). Assim, estruturou-se como uma rede regionalizada e hierarquizada, focando o atendimento integral dos sujeitos, as atividades de prevenção e promoção da saúde e a participação popular (DIMENSTEIN, 1998; GÓIS, 2008), podendo ser visto como política de saúde macro-social (PAIM, 2009). Entretanto, esta ampla proposta desencadeou uma série de desafios para sua implantação, de maneira que se pode refletir com Góis (2008, p. 110) que

Quando se analisa o SUS e seus princípios (*doutrinários*: universalidade, integralidade e equidade; *organizativos*: descentralização, participação, regionalização ou hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), verificamos estar diante de uma verdadeira revolução tardia que ainda não chegou de forma efetiva e eficaz.

Tal constatação põe luz à exigência de um processo de feitura constante, contextualizado e cotidiano do Sistema, de implicação política, no sentido da militância pela coerência e

efetivação das ações em saúde, coerentes com as realidades locais e necessidades dos sujeitos, além de acessíveis à todos os usuários.

Conforme Dimenstein e Macedo (2012), os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Sanitária e de estruturação do SUS, abriram espaço para a atuação do psicólogo junto à população mais pobre, primeiramente no âmbito da saúde mental, com posterior ampliação para o campo da saúde pública, em um momento em que se expressava a falência do modelo clínico tradicional, caracterizado por Dimenstein (1998) e Yamamoto (2007; 2012) como elitista, referenciado no modelo biomédico e na lógica do profissional liberal. Do mesmo modo, como ressaltam Costa e Olivo (2009), este modelo de atuação mostrou-se incompatível, técnica e teoricamente, com a proposta dos serviços de saúde, gerando dificuldades na inserção da prática do psicólogo nestes espaços, pois o que ocorreu – e ainda se expressa na saúde pública – foi a tentativa de transplantação do modelo tradicional (DIMENSTEIN, 2000), revelando as limitações deste tipo de atuação diante da nova realidade onde o trabalho do psicólogo se fez presente (DIMENSTEIN, 1998; YAMAMOTO, 2007; 2012). Dimenstein (1998) e Spink (2004) ressaltam que os profissionais contratados à época não possuíam qualificação para atuação nos serviços, o que despertou críticas e acirrou ainda mais as disputas na área da saúde. Tudo isto contribuiu para a intensificação de trabalhos e pesquisas que apontam, ainda hoje, o reducionismo e a falta de instrumentalização no trabalho do psicólogo para a atuação neste contexto. Diante destas constatações, tornou-se imperativo discutir a formação do psicólogo, tanto no nível da graduação, como na pós-graduação, e pensar outros espaços formativos que enfocassem especificamente o trabalho no SUS.

### **3.2 A Psicologia como Ciência e Profissão para o SUS**

Para Furtado (2012), o percurso histórico da Psicologia como ciência e profissão deve ser visto como um processo lento e gradual que, por desenvolver-se imerso e condicionado pelas exigências sociais e a tensão entre saberes antigos e novos, apresenta contradições que possibilitaram este desenvolvimento plural. O autor propõe que existe uma história não registrada do saber psicológico, como por exemplo, o saber do povo tupi-guarani que divergia do que se consagrou tradicionalmente, advindo da psicologia europeia, mas era adequado à realidade daqueles povos, cujo saber nos chega ainda hoje, de forma remanescente, diluído e absorvido no saber popular, como resquícios culturais que conseguiram sobreviver ao domínio do colonizador, ainda que descaracterizados e silenciados pelo aparato repressivo e ideológico do poder dominante (ANTUNES, 2012). Deste modo,

como Furtado (2012) e Vilela (2012) defendem, a Psicologia é uma ciência historicamente datada, possível em um contexto social com condições específicas para sua gênese, desenvolvimento, questionamento e reformulação, destarte, o olhar para sua história permite compreender suas raízes e os fatores que viabilizaram seu processo de feitura, que culminou na conjuntura atual que, também, ainda está se desenvolvendo.

### ***3.2.1 Revisitando o histórico da profissão no Brasil: institucionalização e ensino***

Institucionalmente, a profissão de psicólogo foi regulamentada, no Brasil, em 1962, por meio da Lei número 4.119, de 27 de agosto do referido ano, no entanto, desde 1906 já existia no país um laboratório de Psicologia, planejado por Binet, com a colaboração do médico Manoel Bomfim (ANTUNES, 2012). Como ressalta Vilela (2012), ainda que provavelmente este não tenha sido o primeiro laboratório existente no país, já que há registros, inclusive, de trabalhos anteriores na área, como por exemplo, a obra de Henrique Roxo, publicada em 1900, sob o título “Duração dos atos psíquicos elementares nos alienados”, que é considerada o primeiro trabalho de Psicologia experimental realizado e publicado no país, a instituição dirigida por Manoel Bomfim teve sua primazia reconhecida por ser a primeira que se organizou de forma mais institucionalizada. Antunes (2012) também cita que, na década de 1920, o ensino da disciplina era realizado nas Escolas Normais dos Institutos de Educação, vindo a ser implantado o primeiro curso de formação em 1956, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e, no ano seguinte, na Universidade de São Paulo, aos moldes da tradição europeia e norte-americana (SILVA, 2012). Como nos lembra Furtado (2012), uma profissão, compreendida como uma construção histórica e social antes mesmo de sua regulamentação institucional, passa a existir e adquire prestígio de acordo com a necessidade social de seus conhecimentos e função, assim, podemos dizer que nestas experiências iniciais está o embrião das práticas que conhecemos hoje, possíveis somente por, em cada momento histórico, assumirem uma função social reconhecida pelos sujeitos coletivos, o que não necessariamente implica o reconhecimento institucional, mas se difunde no cotidiano das pessoas e passa a fazer parte das representações sociais, estas compreendidas como a atividade de construção do real, de modo mental e social, que permite aos sujeitos e aos grupos simbolizarem, ressignificarem e ajustarem-se ao ambiente social e material (JODELET, 1996).

Entretanto, há de se atentar também para que o reconhecimento institucional, por meio da regulamentação, confere um outro status à profissão, legitimando burocraticamente

suas práticas, permitindo-lhe ser uma nova forma de poder e de produção de discursos sobre a realidade, o que justifica o esforço pela conquista deste status. O Brasil foi um dos primeiros países a regulamentar a profissão de psicólogo, o que, para Furtado (2012), pode ter sua explicação na tradição cartorialista da burocracia estatal brasileira e nos interesses de alguns psicólogos em, obtendo reconhecimento social, consolidar um mercado consumidor para a profissão, logrando o espaço institucional, pois na década de 1950, mesmo com a existência de algumas pessoas que se dedicavam ao estudo da disciplina, não se pode afirmar que ela constituísse uma necessidade social. Assim, o processo pela regulamentação deparou-se com a fragilidade tanto da própria profissão como das instituições sociais para recebê-la.

Nesta conjuntura anterior à regulamentação, no que tange ao ensino da Psicologia, Furtado (2012) aponta que este era realizado em outros cursos, como a Pedagogia, por exemplo, efetivando-se, na década de 1920, como citamos acima, nas Escolas Normais, ministrada por professores autodidatas e experts em idiomas estrangeiros, com vistas a complementar a formação de professoras primárias. Segundo Botomé (2010), o conhecimento destes experts era constituído de experiências pessoais de condições ambientais locais às quais estavam submetidos. Nesta época, começaram a ser publicados manuais direcionados a subsidiar o ensino de Psicologia, dentre os quais Vilela (2012) destaca a obra de Manoel Bomfim, publicada em 1916, com o título “Noções de Psychologia”; de Medeiros e Albuquerque, publicada em 1924 sob o título “Tests”; e outra publicação de Manoel Bomfim, intitulada “O Método dos Tests”, de 1928. Note-se a grafia de parte dos títulos em inglês, o que revela, segundo a autora, as fortes influências dos trabalhos norte americanos no Brasil.

Conforme Vilela (2012), na década de 1930, com o governo de Getúlio Vargas, a área da educação experimentou alguns avanços, tais como a regulamentação do estatuto das universidades; a criação do primeiro curso de Pedagogia de curta duração, em 1935, na Universidade do Distrito Federal; e a transformação da Educação em projeto de Estado. Considerada uma das bases da Educação, a Psicologia ganhou destaque nesta nova conjuntura, direcionada para o campo educacional. Isto levou Lourenço Filho a garantir a presença de diversas obras psicológicas na coleção “Biblioteca de Educação”, a qual dirigia, publicando um total de 36 livros da área, entre os anos de 1927 e 1941. Vilela (2012) refere também que o aumento de publicações desta ordem, a partir da década de 1930, pode ser explicado pela expansão do ensino de Psicologia nas Universidades, uma vez que nesta época o ensino da disciplina deixou de ser algo restrito às Escolas Normais, ganhando espaço em cursos como o de Pedagogia, Filosofia e Educação Física, por exemplo, realizando-se em caráter complementar. Os primeiros cursos de especialização em Psicologia no país foram

oferecidos, principalmente, pelo Instituto Sedes Sapientiae, que tinha como diretora Madre Cristina, enquanto no Rio de Janeiro o Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas (ISOP/FGV), sob a direção de Emílio Mira y López era um dos maiores responsáveis pela oferta de diversos cursos de extensão (VILELA, 2012).

Ainda no governo Vargas iniciou-se a expansão do setor industrial, que posteriormente, na década de 1950, durante o governo de Juscelino Kubitschek, foi acelerado, estruturando uma nova área de atuação para a Psicologia. Como ressalta Vilela (2012), com estas mudanças na ordem social e econômica do país e a reestruturação do modelo educacional, o psicólogo, chamado também de psicotécnico ou psicologista, ganhou maior espaço de atuação, assim,

Não mais subsumido sob o mando da educação, o profissional do final dos anos 40 em diante está no campo da seleção e da orientação profissional, como no ISOP [...], está nas escolas, principalmente nas experimentais, e começa a atuar na clínica, realizando psicodiagnóstico infanto-juvenil, orientação de pais e mesmo orientação vital. Em todos esses campos, os testes psicológicos serão o instrumental privilegiado para a atuação do novo profissional. (VILELA, 2012, p. 38).

Nesta década foi inaugurado também, no Rio de Janeiro, o Centro de Orientação Juvenil, considerado pela autora como a mais importante clínica pública do país, que prestou atendimento infanto-juvenil até a década de 1970. É importante ressaltar que nos anos 50, nesta instituição, os trabalhos realizados deixaram de se restringir à realização de psicodiagnóstico, passando a oferecer psicoterapia de abordagem rogeriana. Nesta mesma década foram criadas as primeiras associações e periódicos de Psicologia, que contribuíram, segundo a autora, para o período de institucionalização da Psicologia que se seguiu. Dentre estas instituições, a autora destaca:

[...] a Sociedade de Psicologia de São Paulo (hoje oficialmente Associação de Psicologia de São Paulo) é fundada em 1945, e seu periódico, o *Boletim de Psicologia*, surge em setembro de 1949 (Angelini, 2011). A Associação Brasileira de Psicotécnica (hoje Associação Brasileira de Psicologia Aplicada), criada, por sua vez, por técnicos e frequentadores das atividades do ISOP em setembro de 1949, lança, na mesma data, o primeiro número de seu periódico, *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica* – nome alterado para *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada* e, finalmente, para *Arquivos Brasileiros de Psicologia* (Castro & Alcântara, 2011). É importante ressaltar que tanto essas associações quanto os periódicos continuam existindo até os dias de hoje. (VILELA, 2012, p. 38, grifos do autor).

Contudo, apesar destas mudanças, o ensino da Psicologia não sofreu muitas modificações, a não ser em relação ao quadro de professores, que passou a ser constituído por profissionais com formação universitária em diversas áreas, autodidatas em Psicologia e alguns professores

com formação em Psicologia, em nível de pós-graduação, realizada no exterior (VILELA, 2012), ou seja, o ensino permaneceu pautado no saber dos experts.

Para Botomé (2010), a forma como se organizava o ensino da profissão servia muito mais ao controle social, garantindo que as classes mais abastadas permanecessem em seu lugar de soberania, alocando-se em uma postura caritativa frente aos mais pobres, impedindo que estes últimos questionassem a realidade, mantendo, assim, o status quo. Além disso, a própria organização dos cursos, que exigia dos alunos disponibilidade em tempo integral para dedicar-se à formação, impedia o acesso da população pobre, que não dispunha de recursos para manter-se sem ter que conciliar estudo e trabalho. Outra crítica do autor refere-se à clara divisão que os cursos engendravam entre a clínica, a escola e a indústria, questionando se estas seriam realmente as melhores categorias a serem utilizadas para uma formação integral. Mesmo atualmente, estas condições não parecem ter-se modificado substancialmente, uma vez que ainda encontramos cursos que se configuram como integrais e, a atual divisão do ensino em ênfases não foi capaz de romper com estas divisões, pois as ênfases também são separatistas e passíveis de críticas, já que separam saúde da assistência, trabalho, educação, entre outras, quando estas áreas estão, na verdade, interligadas.

Como afirma Botomé (2010, p. 187),

Os conhecimentos e conceitos produzidos nas pesquisas, experimentos e laboratórios científicos são instrumentos de trabalho e deveriam servir à população que produz as condições (inclusive os impostos) que sustentam o cientista e o professor de ensino superior e não apenas servir aos intermediários que pagam esse cientista, o psicólogo e o professor de ensino superior, particularmente nas universidades públicas do país.

Botomé (2010) assevera que antes de 1964 havia uma maior preocupação dos estudantes em trabalhar com os pobres, participando da dinâmica de suas vidas, mas na década de 1970 isto se modificou profundamente e passou a interessar mais conhecer e saber falar da miséria e da pobreza de fora dela, sem maiores implicações por parte dos estudantes. Desta forma, não se partia dos problemas reais da população, mas sim das teorias às quais a realidade deveria ser adequada, sem que se levasse em consideração o contexto. Assim, os problemas sociais serviam muito mais à ilustrar as teorias estudadas do que a realmente ser um guia da atuação, viabilizando um conhecimento crítico da realidade. Com isto, um certo “academicismo” se estabeleceu e passou a valer mais dominar o dialeto dos experts da psicologia, produzirem-se trabalhos para serem apresentados em diversos espaços, sem que estes realmente servissem a um diálogo problematizador da realidade, implicando um compromisso social da parte do psicólogo.

Como uma das consequências desta forma como a Psicologia vinha sendo tratada, segundo Furtado (2012), diversos profissionais e acadêmicos começaram a pressionar pelo reconhecimento social da profissão, proteção corporativa, instituição de uma formação autônoma em cursos de Psicologia independentes, bem como a constituição de uma identidade profissional. Vilela (2012) afirma que isto foi facilitado pela de abertura de cursos, o envolvimento daqueles que se denominavam psicólogos nas associações e o aumento das produções e publicações nos periódicos, uma vez que isto possibilitou a organização deste segmento social, tendo como disparador a publicação, em 1954, nos Arquivos Brasileiros de Psicotécnica, de um pré-projeto de currículos, de autoria da Associação Brasileira de Psicotécnica. Ainda que tenha sido rejeitado, este projeto inicial abriu as portas para a discussão a respeito da regulamentação, processo que não se deu de forma tranquila, uma vez que como Furtado (2012) ressalta, este movimento precisou enfrentar, entre outros obstáculos, a resistência da categoria médica, a qual, considerando o saber psicológico como parte de seu campo de abrangência, posicionou-se contrária à autonomia do curso de Psicologia.

Com a profissão regulamentada,urgia a necessidade de se erigir estruturas capazes de delimitar a atuação profissional de modo mais próximo, o que levou à promulgação da Lei 5.766, de 20 de dezembro de 1971, a qual criou o Conselho Federal Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), e à publicação do Decreto 79.822, de 17 de junho de 1977, que regulamenta a referida Lei. Os Conselhos passaram, então, a ser compreendidos como órgãos máximos de representação, “[...] de legitimação e legislação da categoria profissional” (HOLANDA, 1997, p. 4), responsáveis, acima de tudo, pela manutenção e estruturação da profissão, atuando, portanto, como afirma (FURTADO, 2012), como um organizador da intervenção social do psicólogo e norteador da ocupação do mercado de trabalho pelos profissionais, em um momento em que o chamado “milagre econômico” organizava o mercado interno brasileiro. No âmbito das discussões acerca da atuação dos Conselhos, Holanda (1997) chama atenção para a separação que parece existir ainda hoje entre a formação do profissional de psicologia, que é tomada como área de domínio Docente, responsabilidade das instituições de ensino, e o exercício profissional, pertinente às ações de fiscalização e orientação, exercidas eminentemente pelos Conselhos de Psicologia. Entretanto, em contraposição a esta ideia, dentro de uma perspectiva dialética, o autor propõe que formação e exercício da profissão sejam um *continuum*, capaz de aproximar os Conselhos e as instituições Formadoras, estabelecendo parcerias pautadas na colaboração, uma vez que, em diversos momentos, efetivamente não se pode definir o que é de um âmbito ou de outro, pois que formação e exercício profissional estão intimamente imbricados.

### ***3.2.2 Os encontros da profissão nascente com o mercado consumidor***

No que tange à oferta e demanda pelos serviços psicológicos oferecidos, Botomé (2010), questionando-se, no final da década de 1970, a respeito do público para o qual os psicólogos dirigiam sua atuação, refletia que esta interrogação mostra-se como caminho mais coerente para se desvelar os interesses que dirigiam a profissão. Deste modo, com base no trabalho de Sylvia Leser de Mello, realizado em 1975, a respeito da profissão em São Paulo, o autor expõe a predominância de psicólogos atuando nas clínicas particulares, de modo autônomo, direcionadas para o público que podia pagar pelo serviço, sendo esta a área escolhida por cerca de 60% dos profissionais, em seguida encontravam-se o número de psicólogos que se dedicavam ao ensino da profissão no nível superior (cerca de 25%) e, por último, trabalhos em escolas e indústrias (cerca de 15%), o que ajuda a compreender o afastamento da disciplina das questões sociais (YAMAMOTO, 2007) e das camadas menos favorecidas.

Botomé (2010) exemplifica esta situação apontando que, nesta época, na cidade de São Paulo, uma das maiores e economicamente mais expressivas metrópoles brasileiras, os serviços oferecidos pelos profissionais de psicologia estavam acessíveis somente à pequena parcela da população, que ganhava em torno de três salários mínimos por mês, o que não destoava da realidade do restante do país, uma vez que o gasto com consultas semanais de psicoterapia somavam em média um salário mínimo por mês, enquanto os serviços de psicodiagnóstico e orientação vocacional excediam esta cifra. Desta forma, como aponta Botomé (2010), àquela época, a Psicologia atingia somente cerca de 5% a 15% das famílias do Estado de São Paulo, por exemplo, sendo fortíssima a preferência pela atuação em clínicas particulares. Esta configuração era incentivada também, segundo o autor, pela formação acadêmica e o próprio mercado, uma vez que este último até então oferecia melhores salários aos profissionais que se enquadravam neste perfil clínico, ao invés daqueles que se empregavam como assalariados.

Esta conjuntura, somada ao elitismo gerador de insuficiência de recursos para lidar com a realidade brasileira (YAMAMOTO, 2012) e à impotência das teorias importadas para o contexto latino-americano (MARTÍN-BARÓ, 2011b), desencadearam a crise da Psicologia, da qual tratamos anteriormente, e foi em meio ao contexto fervilhante de crítica à ciência psicológica – principalmente no que tange ao âmbito social –, em que se questionava sua relevância e atestava-se sua impossibilidade de oferecer respostas à algumas questões

sociais, que o psicólogo inseriu-se no setor público, por meio do SUS, não sem a resistência de outras categorias profissionais (SPINK, 2004) que também tencionavam este campo de forças. Esta inserção significou também, segundo Dimenstein e Macedo (2012), uma forma de afirmação da função social deste profissional, constituindo-se, deste modo, em uma estratégia para neutralizar o declínio social que vinha sofrendo. Ademais, apesar destas críticas – internas e externas à Psicologia – e do momento de reformulação da Psicologia Social (SAWAIA, 2002), Dimenstein (1998, p. 56) refere que a entrada do psicólogo no âmbito das políticas públicas de saúde foi propiciada pelos seguintes fatores:

1. O contexto das políticas públicas de saúde no final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos;
2. A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e a retração do mercado dos atendimentos privados;
3. Os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função dos psicólogos na sociedade;
4. Difusão da psicanálise e psicologização da sociedade.

Estas considerações mostram-se consonantes à afirmativa de Botomé (2010), de que o trabalho do psicólogo é determinado por fatores como o mercado de trabalho; a formação acadêmica que, de certa forma, também está condicionada por este mercado; a administração da Psicologia como ciência e profissão; e a produção e divulgação dos conhecimentos gerados.

Elencamos, também, que a abertura do setor público, como novo mercado de trabalho – que atualmente configura-se como um dos maiores empregadores nos níveis municipal, estadual e federal (FURTADO, 2012) –, estendeu a abrangência da Psicologia a setores sociais até então marginalizados e excluídos, pondo o psicólogo em contato direto com pobreza que, na América Latina e, principalmente no Brasil, existe não mais de forma residual, mas massificada (COHN, 2009). Yamamoto (2012) aponta, entretanto, que isto não significa necessariamente um atendimento adequado a esta população, uma vez que as pesquisas mostram que a prática do psicólogo tem se orientado “[...] muito mais pela oferta de serviços do que pela construção de respostas a partir das demandas da população atendida.” (YAMAMOTO, 2012, p. 9). Inserido no SUS, o psicólogo tem desenvolvido atualmente, como suas principais atividades, de acordo com o autor, a aplicação de testes psicológicos (32,9%) e o psicodiagnóstico (27,6%), dentro de uma lógica de transplantação do modelo clínico para o setor público (DIMENSTEIN, 2000), que não enfoca os usuários, mas os toma como “[...] sujeitos abstratos, abstraídos/alienados de seus contextos e tomam suas expressões existenciais como produtos/dados a serem reconhecidos em universais apriorísticos.”

(BENEVIDES, 2005, p. 22). Além disso, orienta sua prática por concepções biologizantes, mecanizadas, com caráter prescritivo sobre os modos de existência dos sujeitos, normatizante e cristalizadora da identidade (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012), permanecendo o atendimento individual como “porta de entrada” do psicólogo na atenção básica (COSTA; OLIVO, 2009), por exemplo.

No que tange à produção de conhecimentos, Francisco e Bastos (2005) refletem que a Psicologia brasileira, figurando como mera consumidora de teorias estrangeiras, apoiada em um modelo hegemônico positivista, reproduziu um conhecimento desvinculado da prática, ao mesmo tempo em que esta prática pouco ou nada contribuía para o avanço de seu arcabouço teórico. Os referidos autores atribuem ao processo formativo, reproduzidor de modelos hegemônicos, a intensificação do isolamento do psicólogo. Esta afirmativa converge para o que tem sido refletido atualmente em diversos espaços acadêmicos, acerca da organização dos cursos de graduação que, além de estruturarem-se a partir de ênfases que separam a saúde do social, fundando a formação em dicotomias onde o individual é separado do social, a clínica da política, o cuidado à saúde do indivíduo do cuidado à saúde da coletividade (BENEVIDES, 2005), no geral não oferecem espaços de integração entre as diversas profissões, as quais permanecem compartimentadas, sob o imperativo de (re)unirem-se, após a formatura, e compartilharem saberes e poderes nas práticas, a partir da inserção em equipes multiprofissionais (DANTAS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2010). Esta conjuntura, entretanto, além de não potencializar os encontros entre os profissionais e com os usuários, promove uma formação por vezes defasada e descontextualizada, pois como ressalta Spink (2004, p. 53), “[...] a fragmentação do conhecimento em disciplinas diversas possibilita um crescimento acelerado dos saberes, mas, paradoxalmente, este conhecimento assim fragmentado dificulta a apreensão do todo [...]”.

Um outro ponto a ser destacado, relacionado a esta discussão, diz respeito à constatação de que, neste encontro com a realidade dos serviços, o psicólogo deparou-se com a inadequação dos saberes tradicionais da profissão para o contexto da população pobre, demandando uma maior aproximação da realidade comunitária, por parte do profissional (GÓIS, 2008); a produção de novos conhecimentos, capazes de fundamentar a prática, que sejam contextualizados, maleáveis à pluralidade das comunidades e adequados às necessidades da população; e uma atuação diversificada capaz de superar a intervenção individual (DANTAS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2010). Quanto a esta questão, Dantas, Oliveira e Yamamoto (2010) chamam atenção para o considerável aumento das produções e publicações na área da Psicologia a partir dos anos de 1980, cujo crescimento foi da ordem de

98%, como afirmam os autores, o que esteve alinhado com o momento de crítica e reformulação do saber psicológico latino-americano, o aumento do número de periódicos em Psicologia, a criação de diversos Programas de Pós-graduação e maiores incentivos à pesquisa. Entretanto, por meio da análise da literatura a respeito da pobreza, no âmbito da Psicologia, os autores apontam que esta temática tem aparecido nas produções científicas de modo difuso, estudada por meio de suas consequências, ou seja, é tratada de maneira secundária em articulação com outras temáticas mais amplas. Entretanto, para um trabalho contextualizado e eficaz, no SUS, é imprescindível compreender a interferência direta da pobreza na constituição do psiquismo (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012), sabendo-se que

Profissionais que enfrentam o contexto de pobreza produzido dentro da sociedade capitalista necessitam de uma nova consciência de humanidade. As evidentes desigualdades engessam a vida, enquanto que as pessoas, cada vez mais, sentem-se incapazes de viver e conviver. (GUZZO; LACERDA JR, 2007, p. 231).

Todas estas explanações constituem e contribuem para a compreensão da cultura profissional do psicólogo brasileiro, definida como

[...] o conjunto de idéias, visão de mundo e estilo de vida profissional adotado por um grupo profissional específico, que vem determinar a adesão e preferência por certos modelos de atuação, por certos referenciais teóricos, assim como, por certos padrões, códigos e regras de relacionamento entre os pares e com a comunidade leiga; além de definir suas formas de organização e representação na sociedade. (DIMENSTEIN, 2000, p. 101).

A análise desta cultura requer, segundo Dimenstein (2000), o olhar sobre a história e a ideologia da profissão, dentro de uma sociedade específica; as condições da formação profissional; as representações sociais referentes à profissão; e o público que busca e se insere nos cursos de formação.

Neste âmbito, para a autora, a eleição de um dado modelo de subjetividade, por parte da Psicologia, influenciada pela teoria psicanalítica – o “sujeito psicológico” –, universalizada como única forma de subjetividade possível, que preconiza o sujeito autônomo, independente, abstrato, a-histórico e competitivo, expressa o comprometimento da profissão com a ideologia das elites, caracterizada como individualista e de exclusão, pautada no modelo liberal privatista, orientada para a manutenção do status quo. Deriva este compromisso de uma história voltada e beneficiada pela manutenção do status quo da sociedade capitalista, como contextualizamos anteriormente. Desta forma, os impactos desta atuação tradicionalmente reproduzida revelam-se, segundo Dimenstein (2000), em conflitos entre o saber profissional/“científico” e o popular, divergências das representações sociais

implicadas no processo saúde-doença, pouca eficácia das ações planejadas, afastamento dos usuários, entre outras consequências.

Diante disto, Dimenstein (2000) reafirma as dificuldades dos psicólogos para atuarem nos serviços públicos de saúde, derivadas, entre outros elementos, da cultura profissional, a qual se constitui de ideias e valores da ideologia individualista e do modelo de sujeito adotados pela Psicologia. Segundo a autora, partindo desta postura instituída, as práticas e análises dos psicólogos acabam deixando de fora as dimensões cultural, histórica e política dos comportamentos. Desta cultura deriva, também, a dificuldade, por parte do profissional, de participação nas equipes multiprofissionais e nos programas públicos de saúde, o que a autora atribui à crença na superioridade de seu próprio saber; ao pensamento individualista, onde cada um se responsabiliza por si; e à dificuldade em desconstruir e reconstruir suas propostas tendo por base o saber compartilhado com outros profissionais e os usuários e a realidade do território.

Por outro lado, é importante ressaltar que a profissão Psicologia apesar de ter-se estruturado aos moldes do modelo médico, dentro da lógica do profissional liberal, tem apresentado atualmente uma outra configuração, o que se exemplifica pelo fato de em 2010 – de acordo com a pesquisa de Bastos e Gondim (2010 *apud* YAMAMOTO, 2012) – a distribuição de profissionais nas modalidades assalariados e autônomos mostrou-se mais equilibrada, com uma tendência ao assalariamento/institucionalização, ainda que a clínica permaneça como mais forte segmento de absorção de profissionais (53%), seguida pelas áreas da saúde (27,9%), do trabalho e organizações (25,1%) e educacional (9,8%). Observam-se, no entanto, condições de trabalho precárias, acompanhada de uma remuneração deteriorada, conforme o autor. Esta qualificação das condições de trabalho pode ser exemplificada pelos trabalhos de Bezerra e Dimenstein (2008), Félix (2011) e Sidrim (2010), que apontam, dentre as dificuldades encontradas no contexto do CAPS, a desarticulação das políticas públicas nos três níveis governamentais, o mau funcionamento do sistema de saúde e a “[...] inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p. 638). Do mesmo modo, no trabalho de Feitosa (2011), as principais categorias de análise referentes às dificuldades encontradas pelos profissionais inseridos neste serviço, e que impactam no seu fazer, foram entraves burocráticos; desarticulação do trabalho em rede e superlotação do serviço; dificuldade de engajamento do usuário no tratamento; dificuldade do trabalho multiprofissional e da escuta entre os membros da equipe.

Estes dados vão de encontro aos fatores elencados por Dimenstein (2001) como possíveis causas da falta de compromisso profissional, no âmbito da saúde coletiva, estando ainda entre eles a

[...] redução dos investimentos no setor saúde pelo poder público; os insuficientes investimentos na formação, capacitação e educação continuada dos trabalhadores de saúde tendo em vista novas práticas sanitárias; a falta de integração do aparelho formador com a nova realidade dos serviços; a heterogeneidade das políticas de Recursos Humanos nos três níveis de poder, com discrepância quanto à remuneração, jornada de trabalho, plano de carreira e salários e, principalmente, à falta de participação do trabalhadores como co-responsáveis pela gestão do SUS. (p. 58).

No que concerne à formação profissional, Yamamoto (2012) ressalta o expoente crescimento do número de psicólogos nos últimos anos, pois em 1962 apenas 15 psicólogos estavam registrados no Ministério da Educação (MEC), esse número elevou-se para 54 mil em 1988 e 236 mil em 2012. Atualmente, 7.690 psicólogos estão registrados no CRP 11 – segundo o site da instituição –, região que abrange os Estados do Ceará, Maranhão e Piauí. A elevação destes números acompanhou o aumento de instituições formadoras, principalmente no âmbito privado, que cresceu cerca de 300%, criando um “[...] hiato entre o número de egressos para o de inscritos no Sistema Conselhos [...]” (YAMAMOTO, 2012, p. 8) e a desqualificação do processo formativo, conforme o autor.

Dimenstein (2000) identifica que, como parte da cultura profissional do psicólogo brasileiro, a formação seguiu e ainda segue esta linha de transformação dos estudantes e dos novos profissionais em consumidores de um saber pronto e de práticas terapêuticas instituídas, propiciando relacionamentos entre pares, uma vez que é mais comum nos cursos de Psicologia a presença de sujeitos de mesmo nível socioeconômico – mesmo público para o qual a profissão mais tem voltado seu atendimento ao longo de sua história. Esta reprodução de saberes e práticas geram, então, uma representação social do psicólogo como o profissional cujo maior instrumento de trabalho é a psicoterapia individual, em busca do ajustamento dos sujeitos, psicologizando os problemas sociais.

Para Dimenstein (2001), tradicionalmente os cursos de graduação em Psicologia têm orientado suas formações para um modelo curativo e assistencialista, direcionado ao atendimento clínico particular, formando, assim, profissionais com dificuldades de superar práticas cristalizadas, centrados em uma atuação técnica descontextualizada. Some-se a isso que ao adentrar os serviços públicos de saúde estes profissionais deparam-se com a realidade de desigualdade social, marcada pelo contraste entre ricos e pobres (GUZZO; LACERDA JR., 2007), falta de compromisso por parte do Estado para com a saúde da população (GÓIS,

2008), que gera baixos investimentos do poder público no setor saúde, discrepante remuneração entre as categorias profissionais, grande jornada de trabalho, falta de participação dos profissionais como co-responsáveis na gestão do SUS (DIMENSTEIN, 2001), burocratização do cotidiano do serviço (FEITOSA, 2011), entre outros fatores que, além de expressarem o jogo de forças políticas atuantes neste campo, despotencializam a ação e produzem

[...] profissionais descontentes, frustrados, apáticos diante da miséria social onde está inserida grande parcela da população brasileira, organizados em torno de interesses imediatos e corporativistas, enfraquecidos em sua capacidade de resistência e luta em prol da cidadania; profissionais impedidos de comprometer-se verdadeiramente com um novo projeto de sociedade e de saúde pública. (DIMENSTEIN, 2001, p. 58).

Como ressalta Yamamoto (2012), inserida no contexto da sociedade capitalista, assim como as outras profissões, em última instância também a Psicologia se subordina às determinações deste meio de produção, aos discursos de poder que o perpassam e por ele são produzidos. Isto se apresenta como um dos limites com os quais a profissão se depara, uma vez que “A condição de trabalhador assalariado compreende parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho (Iamamoto, 1998), além de um conjunto de prescrições que são próprias de sua inserção profissional.” (p. 12). O autor aponta que estes limites, entretanto, não são imutáveis, mas que poucos são os esforços no sentido de se modificar esta situação. É importante considerar que a Psicologia brasileira é uma

[...] construção histórica e social, síntese de múltiplas determinações, orientada por determinadas concepções de homem e de sociedade e comprometida com posições de classe e, portanto, contraditória, sendo que o embate entre esses elementos que se opõem produz movimento e possibilita superação. (ANTUNES, 2012, p. 46).

Neste sentido, ao mesmo tempo em que podemos identificar ideias que serviam a reforçar e manter relações de dominação, encontramos também tensionamentos que vão no sentido oposto ao instituído. Para Yamamoto (2012), ainda que utilizando os recursos tradicionais da Psicologia, a profissão tem ampliado a cobertura de sua ação, consequência também de sua inserção no setor público. Entretanto, este alcance social precisa ser visto dentro de um contexto mais amplo, onde o psicólogo aparece como um profissional do setor do bem-estar, como um executor de políticas fragmentadas.

Desta forma, Dimenstein e Macedo (2012) refletem que a inserção do psicólogo nas equipes de saúde “[...] não implicou necessariamente mudança radical na lógica de produção de saberes e de atos de saúde pela própria categoria, bem como no agir diário dos outros profissionais” (p. 237). Neste sentido, Costa e Olivo (2009) apontam que para o

desenvolvimento da Psicologia não é suficiente a criação de espaços de atuação, mais imprescindível é a discussão e a reflexão crítica acerca desta atuação e dos interesses a que ela atende, pois como afirma Benevides (2005), o fazer descontextualizado do psicólogo na saúde está norteado por um paradigma que estabelece uma cisão entre as esferas científica e a política, preconizando que as práticas psi não devem referir-se a questões políticas, uma vez que toma o sujeito como foco de seu fazer. Nesta segregação, como infere o autor, o desejo aparece como algo individual e a política como social, sem que se conceba o entrecruzamento entre eles. Entretanto, Guzzo e Lacerda Jr. (2007) expõem que não há neutralidade nos espaços de atuação, de modo que qualquer posicionamento profissional é um posicionamento político, e a realidade do serviço exige que o profissional admita, inclusive para si mesmo, seus interesses naquele espaço e os interesses externos a que está servindo. Concordamos com Martín-Baró (1996) que o trabalho do psicólogo precisa definir-se pelo contexto e as condições concretas em que vivem os sujeitos aos quais direciona sua prática. Seu *quehacer* deve centrar-se, segundo o autor, na conscientização promotora da superação da identidade alienada, tanto em âmbito pessoal quanto social, e mobilizadora da ação-transformadora das condições opressivas, o que implica a libertação tanto dos usuários como do próprio profissional (MARTÍN-BARÓ, 2011a), por meio da ação coletiva.

### **3.3 Formação profissional para o trabalho no SUS: A proposta das Residências**

Propondo-nos a abordar a constituição de um campo de saber – a Psicologia – e sua aplicação prática em um campo como a saúde, por meio de uma nova proposta de formação, caracterizada como inovadora – a Residência Multiprofissional –, é imprescindível estarmos atentos às particularidades históricas e culturais que delineiam o contexto sobre o qual nos debruçamos, mais particularmente a formação de profissionais para o trabalho em saúde. No caso específico do Brasil, tratamos de uma história de colonização e dominação, no qual as ciências foram se desenvolvendo na dependência de outras nações, em jogos de poder que possibilitassem a manutenção do status quo. Este cenário fomenta e torna necessária a reflexão crítica constante acerca da ética e dos modos de fazer do profissional em campo, bem como as propostas de uma formação que aproxime cada vez mais da realidade do trabalho, como veremos adiante.

### ***3.3.1 A formação de profissões universitárias e suas reverberações no campo da saúde***

Como Vilela (2012) aponta, sob o domínio português, quase nenhum investimento foi feito no Brasil Colônia no sentido da formação cultural da população, sendo a única exceção os colégios religiosos, em particular dos jesuítas. As condições sob as quais o Brasil colônia era mantido pela coroa portuguesa é, para Furtado (2012), um dos principais determinantes do atraso no desenvolvimento intelectual e na organização tardia das profissões no país nascente. Como o autor aponta, somente com a transferência da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, a Colônia experimentou um mínimo desenvolvimento com a criação da imprensa, a abertura ao comércio com outros países (VILELA, 2012) e a implantação das primeiras faculdades dos cursos de Medicina e Engenharia, por conta das necessidades da elite, como ressalta Furtado (2012), que já não podia contar com os cursos de Coimbra ou de outras universidades europeias. O autor situa neste momento o surgimento das primeiras profissões universitárias brasileiras, marcadas pela inconsistência, precariedade, elitismo e baixa qualidade de ensino. No entanto, mesmo com as dificuldades de comunicação com o restante da Europa, geradas pelas demoras das viagens e as questões políticas envolvidas, o modelo europeu de organização e institucionalização do saber adentrava a Colônia, influenciando no que era então produzido.

Conforme Vilela (2012), somente com a consolidação do Estado Imperial, tornou-se possível o surgimento de uma classe média intelectualizada, conhecida, segundo a autora, como Geração 70, que representava uma parcela irrisória da população, cujos ideais estavam pouco vinculados às oligarquias e aos grandes proprietários rurais, relacionava-se muito mais aos ideais liberais e ao desejo de divulgação do conhecimento científico, o qual se elevava, por conta do cientificismo oitocentista, em uma nova metafísica. A ciência desenvolvida no Brasil, nesta época, como ressalta Vilela (2012), foi construída pela medicina, fortemente influenciada pelas teorias europeias, já que os médicos eram, geralmente, filhos de latifundiários formados na Europa, a despeito das faculdades brasileiras. Destarte, no contexto das universidades de medicina, principalmente, segundo Vilela (2012), iniciou-se a utilização do conhecimento psicológico advindo da Europa e dos Estados Unidos, empregado com status de ciência, em caráter complementar à formação dos médicos.

Também o Capitalismo, como sistema econômico predominante, chegou mais tardiamente no Brasil, levando um tempo para se consolidar. As profissões que aqui se instituíram apareceram inicialmente como ofícios e ocupações realizadas no dia-a-dia das cidades recém urbanizadas, surgidas das necessidades da sociedade elitista da época. Assim,

[...] as profissões de formação universitária passam a ser chamadas, aqui no Brasil, de *profissão* e logo depois de *profissões liberais*, e as que não exigem formação universitária e são adquiridas na prática do ofício passam a ser designadas de *ocupação*. (FURTADO, 2012, p. 71-72, grifos do autor).

Desta afirmativa do autor, se expressa o acentuado enfoque no modelo de atuação liberal das profissões, que se perpetuou como forma de trabalho predominante durante muito tempo, tendo ainda hoje forte expressividade (BOTOMÉ, 2010). Entretanto, esta oferta de serviços não encontrava um mercado consumidor, pois este somente estruturou-se por volta de 1870, com a melhor urbanização das capitais das províncias, quando as condições sociais tornaram possíveis a estruturação de um mercado consumidor dos serviços de médicos, engenheiros e advogados, por exemplo, profissionais que passaram a ter rendimentos de destaque.

Desta maneira, Furtado (2012) ressalta que, no que tange ao desenvolvimento das profissões no contexto brasileiro, pode-se afirmar que

Essa é a nossa matriz profissional, tanto do ponto de vista econômico, a partir da venda de serviços de forma *liberal* – que significa diretamente ao público interessado – ou na forma assalariada – como ocorreu principalmente com os engenheiros e também com os advogados e com os médicos – quanto do ponto de vista do prestígio, na forma como subjetivamente as profissões são valorizadas socialmente. (FURTADO, 2012, p. 72).

Segundo o autor, todas as profissões universitárias desenvolveram-se a partir da mesma matriz, o que proporcionou um valor agregado às profissões imperiais, ou seja, àquelas que se organizaram durante o Período Imperial, como a medicina, engenharia e direito. Entretanto, o contexto onde as diferentes profissões se desenvolveram foi substancialmente diferente, pois com o avanço da organização social do país, profissões como a Psicologia encontraram, como terreno para seu desenvolvimento, um mundo muito mais profissionalizado.

Segundo Furtado (2012), no período de ditadura militar foi ampliado o ingresso nas universidades, o que era visto como uma forma de impulsionar o desenvolvimento econômico e social do país, ainda que o sistema almejasse um ensino alienante, que servisse não a questionar o modelo de governo, mas sim fortalecê-lo. Entretanto, este incentivo do ensino superior não foi condizente com os investimentos realizados no setor público de ensino, trazendo como consequência, especialmente na década de 1970, o intenso crescimento das faculdades privadas, sendo a Psicologia um dos cursos contemplados nas novas Instituições de Ensino Superior (IES), fazendo aumentar consideravelmente o número de psicólogos, os quais transformavam a Psicologia em uma oportunidade profissional, dilatando o mercado de trabalho e contribuindo para a expansão da profissão.

Como nos lembra Bomfim (2003), a tendência da atuação profissional está condicionada às estratégias e diretrizes privilegiadas pelas instituições de formação, deste modo, nas Instituições de Ensino Superior (IES), os psicólogos, por exemplo, são formados com base em um modelo de ensino que, inserido em um contexto social específico, resguarda interesses próprios de alguns segmentos sociais, servindo à perpetuação da dominação vigente ou à transformação social, o que também se aplica às outras profissões. Advém daí o compromisso e a implicação política das instituições de formação e dos próprios profissionais, o que é expresso por Botomé (2010), no âmbito da Psicologia, por meio da seguinte colocação:

As oportunidades de trabalho, as verbas de pesquisa, os tipos de curso ou de estágios que oferecemos, as publicações que decidimos apresentar à sociedade e as situações profissionais que construímos ou viabilizamos para nós ou para outros darão uma direção, orientação ou ritmo ao desenvolvimento da Psicologia. (p. 190-191).

É válido expor que desde a década de 1970 Botomé (2010) chamava atenção para a defasagem dos currículos de formação em Psicologia, os quais não preparavam os profissionais para lidar com a realidade complexa de pobreza, desigualdade e opressão na qual a maioria da população se encontrava inserida. Um dos fatores que influenciavam nesta má formulação dos currículos, segundo o referido autor, era o desconhecimento da realidade popular, desta forma, muitas coisas eram ensinadas nos cursos sem uma reflexão crítica acerca do uso das técnicas, sem a investigação do que era válido ou não das teorias importadas de outros países. Além do que, havia o desconhecimento das reais necessidades da população pobre, para a qual o mercado de trabalho exigia maior atenção, abrindo-se um abismo entre a academia e a realidade social e comunitária. No campo da saúde, para Santos (2003), a medicina é o maior exemplo deste distanciamento entre a produção intelectual acadêmica, a qual se desenvolve em uma “direção vesga”, e os problemas impostos pela realidade, expressando a necessidade de enfoques mais abrangentes. Na proposta do referido autor, teoria e prática precisam caminhar juntas a fim de que uma subsidie a outra.

Concomitante a este contexto, o SUS instituiu-se como um novo campo de práticas para diversas profissões consideradas importantes para o cuidado à saúde da população. Como se pode perceber, não foi somente a Psicologia que se constituiu a partir de um modelo defasado de ensino e de uma estrutura social individualista, voltada para a perpetuação e reprodução dos poderes dominantes, enfrentando, por isso, dificuldades para se adequar ao modelo proposto pelo SUS, no qual se pressupõe posturas que privilegiem a vida, a troca de saberes, a participação popular, entre outros aspectos. Neste sentido, Botomé

(2010) considera importante refletir que, no geral, são os chamados interesses individuais que motivam a escolha pelo curso de Psicologia, o que é válido também para outras profissões, entretanto, como ressalta o autor, estes interesses estão alinhados a uma determinada classe social, ou seja, “[...] esse interesse é formado pelas experiências de uma classe social que tem interesses bem distintos e geralmente congruentes com os ‘donos da sociedade’ ou ‘donos do poder’ no país.” (BOTOMÉ, 2010, p. 185), deixando de lado os interesses das maiorias excluídas, que continuam silenciadas quanto às suas necessidades e direitos.

Concordamos com Witter e Ferreira (2005, p. 15) quando estas afirmam que “A formação de um profissional começa mesmo antes de ele escolher a profissão ou a escola em que irá buscar sua formação acadêmica.”, é preciso considerar que a priori a formação do sujeito está perpassada por seu contexto sociocultural, familiar, educacional, econômico, entre outros atravessamentos. Segundo as referidas autoras, algumas destas influências que incidem sobre a escolha profissional permanecem presentes durante todo o ciclo vital, como as supracitadas, enquanto outras são mais pontuais. Cabe ressaltar também que, ainda que admitamos a influência de um destes fatores ao longo de toda a vida do sujeito, não significa que sejam estáticos e invariáveis, pois seu contexto se modifica e isto repercute também em sua visão de mundo, sua maneira de atuar profissionalmente. Dentre as influências consideradas pelas autoras no processo de formação do psicólogo, não só concernente à graduação, estão, além dos fatores supracitados, as sociedades científicas gerais e específicas das quais participa, a própria legislação que rege a profissão, o currículo, o processo de constituição da área como ciência e profissão, a atuação profissional, a produção pessoal e os grupos de pesquisa dos quais faz parte. Destarte, na análise da formação é imprescindível analisar os macros e os micros aspectos que condicionam e determinam as escolhas dos sujeitos em seu exercício profissional. Assim, como Botomé (2010) aponta, uma formação pautada no conhecimento dos experts, como foi o caso da Psicologia durante muitos anos, e a escolha profissional derivada de interesses de uma determinada classe social travestido de interesses pessoais, afasta ainda mais o profissional dos reais interesses e necessidades da maioria da população, dificultando uma atuação condizente com a lógica do SUS.

No que tange à formação para o trabalho em saúde, Dallegrave (2008) reflete que a institucionalização do SUS trouxe a exigência da integralidade, tensionando a reorientação da formação do profissional que iria inserir-se neste sistema. Assim, além da educação formal, ou seja, da formação profissional com uma certificação específica, verificou-se a necessidade de uma educação concomitante à experiência de emprego no setor, a qual recebe diversas denominações nos documentos oficiais, como por exemplo: “[...] educação contínua

ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação [...]” (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002, p. 374).

### ***3.3.2 A instituição das Residências Multiprofissionais em Saúde***

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), com vistas a atender às necessidades próprias do SUS, no que tange à atuação profissional, o Ministério da Saúde (MS) passou a responsabilizar-se pela orientação da formação profissional para o trabalho na saúde, visando o desenvolvimento de competências para o trabalho. Dentro desta perspectiva, a Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005, estabeleceu a parceria entre o MS e o MEC, de forma que estes dois Ministérios pudessem, de maneira cooperativa, formar e desenvolver profissionais para o trabalho na saúde (BRASIL, 2005), abrangendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação (BRASIL, 2006). Encontramos em Brasil (2005) que esta parceria efetivou-se, no âmbito do MEC, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu); Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), e, na esfera do MS, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Este processo, de acordo com Dallegrave (2008) vem se estruturando ao longo do tempo e promoveu a criação da SGTES, no início do governo de Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, a qual objetivava gerar uma política de valorização do trabalhador inserido no SUS, motivando e propondo mudanças no âmbito da formação técnica, da graduação e da pós-graduação, viabilizando a Educação Permanente dos trabalhadores da saúde, orientada pelas necessidades da população e o fortalecimento do SUS (PAGANI; LIMA, 2014). Conforme Brasil (2006), esta Secretaria atuou inicialmente criando Redes voltadas para a formação profissional: a Rede Multicêntrica de Especialização em Saúde da Família (Rede MAES) e a Rede de Ensino para a Gestão do SUS (RegeSUS). Atualmente, como apontam Pagani e Lima (2014), a SGTES está organizada em três departamentos: 1 ) Gestão da Educação na Saúde (DEGES), onde estão alocadas a Educação Permanente, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), o Telessaúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o PET-Saúde; 2) Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS), no qual se inserem as Residências em Saúde, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o Programa Mais Médicos e o Cadastro Nacional de Especialistas; 3)

Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), que abrange a Mesa de Negociação Permanente e a Desprecarização das relações de trabalho.

Outras iniciativas que merecem destaque, desta parceria entre os Ministérios, são a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2006) e o processo de instituição das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, entre 2001 e 2004, que explicitaram que a formação básica para as áreas consideradas da saúde deveria contemplar “[...] a orientação pela integralidade, pelo trabalho em equipe e pela apropriação do SUS [...]” (CECCIM, 2009, p. 234).

Brasil (2005) expõe que estes movimentos e parcerias objetivaram promover uma formação profissional para o trabalho no campo da saúde coerente com o modelo do SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES); produzir, aplicar e disseminar os conhecimentos gerados sobre esta modalidade de formação; incentivar a pesquisa, enfatizando os temas relacionados à formação de recursos humanos na área da saúde e sua avaliação; incentivar a criação dos cursos de especialização neste âmbito; e estimular a realização de eventos para a socialização de experiências, estudos e produção técnico-científica acerca da formação profissional para o trabalho no SUS. Conforme Clemente *et al.* (2008), estas propostas destinaram-se a atender à determinação constitucional, de que o SUS ordene e forme recursos humanos na área da saúde, o que está inscrito no artigo 200, inciso III, da Constituição brasileira, ficando previsto que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos capazes de garantir que esta obrigatoriedade seja cumprida (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002). Também a Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, estabelece a obrigatoriedade do SUS de formação de recursos humanos para a atuação na área da saúde, bem como a criação de Comissões Permanentes de integração entre serviços e instituições formadoras – profissional e superior –, atribuindo, em seu Parágrafo único, à cada uma dessas Comissões a responsabilidade pela proposição de prioridades, métodos e estratégias concernentes à formação profissional e educação continuada dos recursos humanos. O mesmo aplica-se à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. Ceccim, Armani e Rocha (2002) enfatizam a atribuição, à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, da participação na elaboração e execução de políticas de formação e desenvolvimento – formação continuada – dos recursos humanos do SUS e a realização de pesquisas e estudos no campo da saúde. É preconizado pela referida Lei Orgânica que a política de recursos humanos deve ser formalizada e executada por todas as esferas de governo, de maneira articulada, visando atender aos objetivos de organização do sistema de formação em todos os níveis de ensino e elaboração

de programas de aperfeiçoamento pessoal permanente, ao mesmo tempo em que estabelece que os serviços de saúde devem ser campos de prática para o ensino e a pesquisa, a partir de normas específicas, elaboradas de forma conjunta com o sistema educacional. Assim, gestão e formação são indissociáveis no âmbito do SUS (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Neste contexto de mudanças e reorganizações, de lutas políticas e contradições, a experiência da Residência em Área Profissional da Saúde foi ganhando forma, encontrando respaldo legislativo na Lei nº 11.129, promulgada em 30 de junho de 2005, que além da Residência, instituiu também a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) – cuja primeira formação somente foi nomeada em 2007, por meio da Portaria Interministerial nº 698 (PAGANI; LIMA, 2014), enquanto a nomeação mais recente foi feita por meio da Portaria Conjunta nº 34, de 9 de abril de 2014 –, iniciando o processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que engloba diversas categorias profissionais, com exceção da medicina (BRASIL, 2006). Esta Lei foi regulamentada pela Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005, elaboradas pelo Deges/SGTES. Neste mesmo ano, como refere Clemente *et al.* (2008), o MS destinou financiamento para 22 programas de Residência Multiprofissional de diversas regiões do país, totalizando um número de 1.558 residentes de várias categorias profissionais, e foi realizado o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com ampla participação de gestores, atores sociais, residentes, coordenadores, entre outros, objetivando

[...] iniciar o processo de reflexão e debate, partindo do relato das experiências dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde, avançando na obtenção de subsídios dentro dos seguintes temas: estratégias para a construção da multidisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade; construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde; composição da Comissão Nacional de RMS (CNRMS), com representações, número de integrantes, acompanhamento e avaliação; e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), que permitirá o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do sistema. (BRASIL, 2006, p. 11-12).

Brasil (2006) aponta que decorreram deste primeiro Seminário Nacional a realização de Seminários Regionais, o Fórum de Residentes Multiprofissionais em Saúde e a proposta de criação de um Grupo de Trabalho para elaborar propostas de composição, atribuições e funcionamento da CNRMS. Outro marco legal importante foi a Resolução nº 2 da CNRMS, de 04 de maio de 2010, que estabelece a organização, funcionamento e atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem os programas de Residência (TORRES, 2014). Segundo Torres (2014), a COREMU deve

responsabilizar-se pela comunicação junto à CNRMS e estruturar-se em regime de colegiado, com regimento próprio.

Como fica patente, antes desta legislação, já existiam programas de Residência Multiprofissional funcionando em diversos lugares do país, como elenca Brasil (2006), em 1998 a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287 incluiu 14 categorias profissionais na RMS, ao considerá-las da área da saúde, demarcando o caráter interdisciplinar desta empreitada, além disso, em 2002 ocorreu o registro de 19 cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com financiamento do Ministério da Saúde, por meio do projeto Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS). Cabe salientar que em 2009 foi instituído o Pró-Residência, uma nova modalidade de financiamento das Residências Médicas e Multiprofissionais (TORRES, 2014). Conforme Brasil (2006), um ano após a instituição da RMS a distribuição de vagas nos cursos apresentava-se como segue:

Quadro 1 – Distribuição das vagas de RMS apoiados pela SGTES/MS – 2006

Região	Vagas															Total Apoiadas
	Medicina	Enfermagem	Odontologia	Psicologia	Nutrição	Serviço Social	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Educação Física	Farmácia	Medicina Veterinária	Biologia	Biomedicina	Fonoaudiologia	Ciências Sociais	
<b>Norte</b>																<b>14</b>
Rondônia	–	8	3	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	<b>14</b>
<b>Nordeste</b>																<b>125</b>
Bahia	–	30	8	2	3	6	–	5	3	–	–	–	–	3	1	<b>64</b>
Maranhão	–	2	2	2	2	2	–	–	–	2	–	–	–	–	–	<b>12</b>
Pernambuco	–	6	6	–	–	6	6	–	–	–	–	–	–	–	–	<b>24</b>
Sergipe	5	5	5	5	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	<b>25</b>
<b>Sul</b>																<b>171</b>
Paraná	–	5	2	2	–	1	2	–	1	1	–	–	–	–	–	<b>13</b>
Rio Grande do Sul	–	24	9	8	8	10	12	1	–	7	–	–	–	–	–	<b>79</b>
Santa Catarina	12	16	16	10	7	9	1	–	1	7	–	–	–	–	–	<b>79</b>
<b>Sudeste</b>																<b>206</b>
Minas Gerais	33	33	26	–	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	<b>99</b>
São Paulo	16	23	20	10	6	10	10	6	6	6	–	–	–	–	–	<b>107</b>
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>152</b>		<b>39</b>	<b>26</b>	<b>56</b>	<b>31</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>516</b>

Fonte: Deges/SGTES/MS *apud* Brasil (2006)

Como se pode ver no quadro acima, poucos programas contavam com profissionais médicos, mantendo-se a separação entre a Residência Médica e as outras modalidades. Para Torres (2014), a ausência da categoria médica nesta modalidade de formação, bem como na própria Lei que regulamenta a RMS, expressa o distanciamento histórico do processo formativo desta categoria profissional em relação aos demais profissionais da saúde. Podemos ver este dado contextualizado, ainda, pela afirmativa de Dallegrave (2008) de que a proposta de uma modalidade de Residência direcionada à profissionais da saúde não diplomados em Medicina, despertou o rechaço da maior parte da categoria médica, que manifestou-se contrária à utilização do termo e à equiparação de cursos. Este o grupo contrário à RMS privilegiava o discurso próprio do modelo médico-hegemônico, estabelecendo, assim, a disputa entre um discurso de verdade instituído e um instituinte (CECCIM, 2009), em que, no jogo de forças que aí se estabeleceu entre o discurso do poder médico, que reivindica para si a exclusividade da Residência – terminologia da qual se havia apropriado desde o Decreto 80.281/77 e da Lei 6.932/81, as quais instituíram a Residência Médica como modalidade de ensino (DALLEGRAVE, 2008) –, e a luta pela consolidação de uma forma inovadora de formação, as Residências Multiprofissionais foram instituídas somente com peso de especialização. Desta maneira,

Embora os trabalhadores formados nesses programas de residência recebam certificação de curso de especialização, a carga horária cumprida, bem como o custo da modalidade residência são bem maiores. Como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica? (BRASIL, 2006, p. 7).

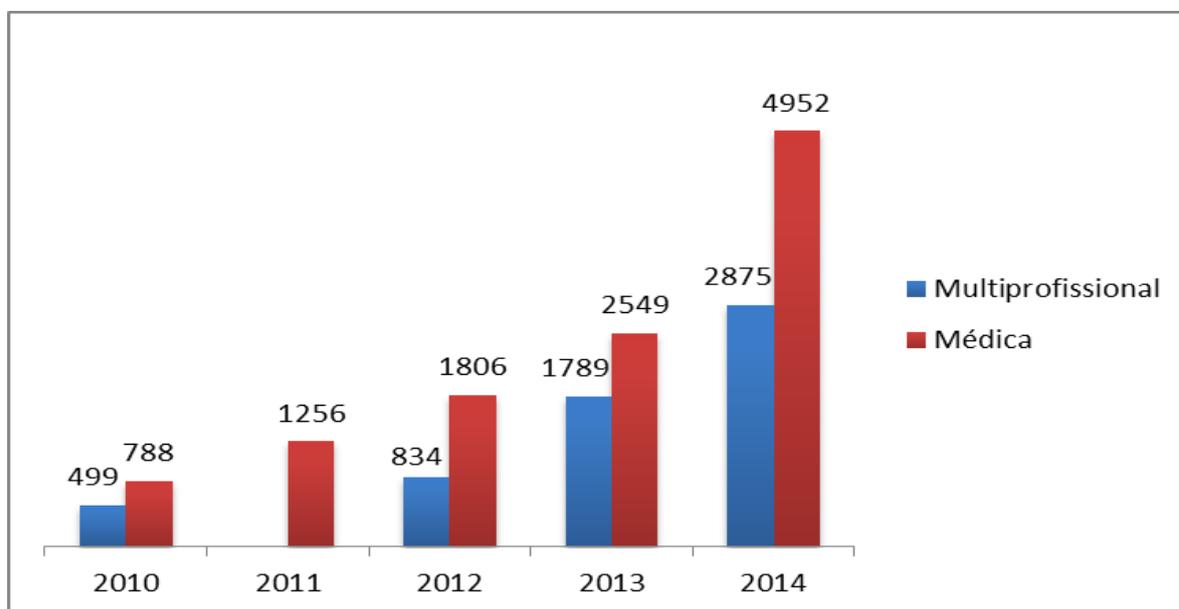
Este é um dos principais questionamentos que põe luz sobre o jogo de forças políticas, sociais e corporativos que privilegia uma dada categoria profissional, em detrimento das demais, desconhecendo contraditoriamente um processo de ensino ofertado e legitimado pelo próprio Estado, enquanto regulador social da formação de seus trabalhadores.

Dallegrave (2008) reflete que esta relação da residência como “coisa de médico” atua como um ritual de passagem da vida acadêmica para a profissional, sentido que se perpetua no sistema privado. Por outro lado, a RIS/RMS aparece, para a autora, como uma doutrina que, diferente do ritual, difunde-se, dizendo de uma pertença recíproca entre os que a constituem. Assim sendo, a instituição da RMS, para Dallegrave (2008), representa uma “invenção cultural” que anteriormente não se fazia necessária, mas que ao se deparar com a reatividade médica exigindo o uso exclusivo do termo “residência” para si, fez-se imprescindível, a fim de garantir o lugar de formação e atuação das outras profissões da

saúde. Por trazer uma nova discursividade, conforme Ceccim (2009), a RMS abalou o “saber-poder-desejo” – a que o autor chama cultura – do modelo médico hegemônico. Para o autor, ainda que esta discursividade já estivesse presente em diversas vozes no campo da saúde, ou seja, ainda que a concepção de uma formação em serviço, pautada no trabalho multidisciplinar e integral fosse uma reivindicação antiga, alocava-se em uma certa marginalidade, não estando instituída de maneira formal. O surgimento de uma política que garantiu a legitimou este novo discurso trouxe o tensionamento da possibilidade de existência de um “[...] *território* ao instituinte [...]” (CECCIM, 2009, p. 233, grifo do autor).

Entretanto, apesar das expressivas conquistas supracitadas, no âmbito da saúde ainda se permanecem a força corporativa da categoria médica e o privilégio social que lhe é destinado, o que fica claro, por exemplo, na disparidade de financiamento entre os Programas de Residência, onde o valor investido nas RMS é pouco mais da metade do que é investido na Residência Médica, como se pode perceber na comparação do número de bolsas destinadas a ambos os programas:

Gráfico 1 – Distribuição cumulativa de bolsas de R1 de todas as portarias de resultados dos Editais das Residências (Residência Médica e Multiprofissional) entre 2010 e 2014



Fonte: Pagani e Lima (2014, slide 17).

Dallegrave (2008) atenta, ainda, para a pluralidade de propostas de programas, que se expressa pela diversidade de nomenclaturas das Residências, os quais divergem conceitual e pedagogicamente entre Residência em Área Profissional da Saúde, RMS e RIS. Segundo a autora, a Residência em Área Profissional da Saúde relaciona-se à formação no

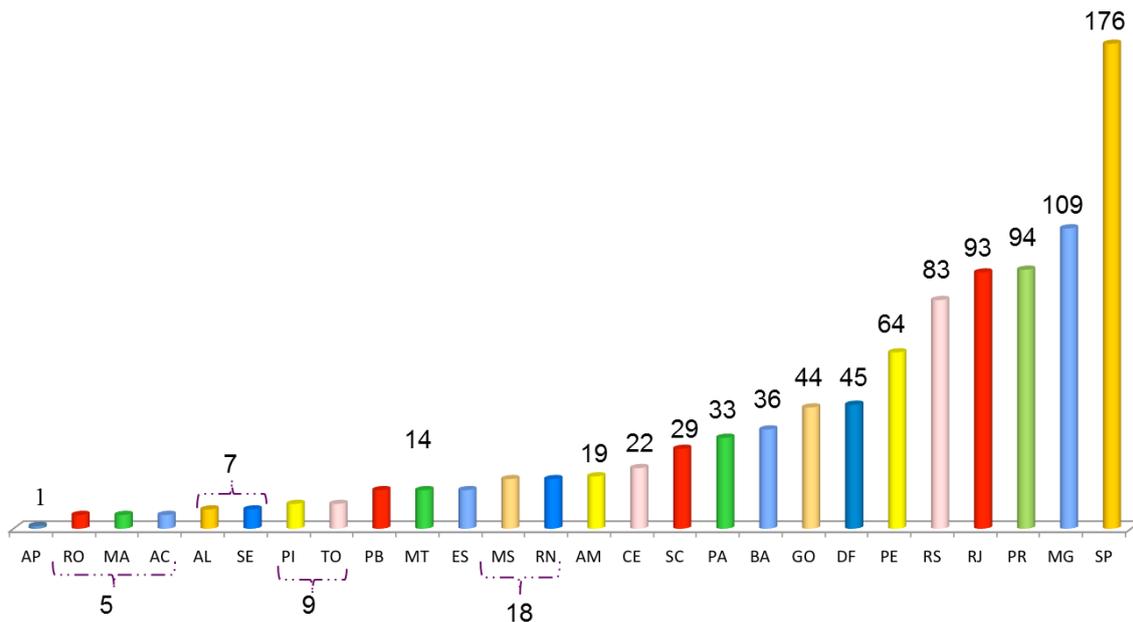
contexto do serviço de saúde, seu financiamento é assegurado pela Portaria nº 1.111/GM, de 05 de julho de 2005, garantindo a simetria e isonomia das bolsas de Aperfeiçoamento de Especialização às da Residência Médica. Nesta modalidade de Residência não há a obrigatoriedade da multiprofissionalidade nem de que seja integrada, ficando estas questões a critério da instituição proponente. A RMS, conforme Dallegrave (2008), caracteriza-se por incluir profissionais da saúde de diversas áreas, preservando a especificidade de cada uma, podendo não haver um campo de atuação comum entre elas, desta maneira, a troca e interação entre os saberes não é privilegiada, podendo ocorrer a formação de profissionais com ênfase em um campo de conhecimento específico (comumente de gestão do SUS ou epidemiologia). Nos editais, normalmente, as profissões não são especificadas, as vagas são ofertadas a qualquer profissional que possua diploma em uma das áreas consideradas da saúde pelo CNS, quais sejam Assistência Social, Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional (CNS, 1998).

Já a RIS tem como principal característica a integração, ou seja, entre outros aspectos, propõe-se a promover trocas entre os profissionais que dela fazem parte – residentes tutores e preceptores –, s ser multidisciplinar, a aliar trabalho e educação, a integrar serviço de saúde e gestão do SUS e, mesmo, entre Programas de Residência Médica e de Aperfeiçoamento Especializado. Não necessariamente os residentes desta modalidade precisam ser graduados em umas das áreas reconhecidas como da saúde, a orientação para a seleção dos residentes pauta-se nas necessidades de cada localidade. Como fica patente, pode-se dizer que não há uma unicidade entre os diversos programas de Residência, cada localidade e instituição proponente têm planejado o seu, da maneira como melhor se adequa à realidade da população e às demandas locais (CLEMENTE *et al.*, 2008), o que lhes confere um caráter polissêmico (DALLEGRAVE, 2008).

No tocante à esta estruturação dos cursos no país, Brasil (2006) chama atenção para a elaboração de grande número de projetos de RMS, que apontou para a necessária análise destes projetos segundo critérios alinhados à legislação vigente, mas que levasse em consideração as peculiaridades de cada localidade. Paganí e Lima (2014) apontam que, a despeito desta diversidade de propostas, todos os Programas de Residência em Saúde têm a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como o eixo transversal, a qual pressupõe o processo de ensino-aprendizagem no cotidiano do serviço, com vista a contribuir com a formação profissional e as práticas pedagógicas, reforçando a descentralização e regionalização da Educação Permanente, como expõem as autoras.

Formatada de acordo com a realidade de cada região, assumindo uma das nomenclaturas supracitadas e tendo como instituições formadoras, principalmente, as Universidades e as Escolas de Saúde Pública, em maior ou menor número a RMS atualmente é uma realidade em todo o país, como mostra o gráfico a seguir:

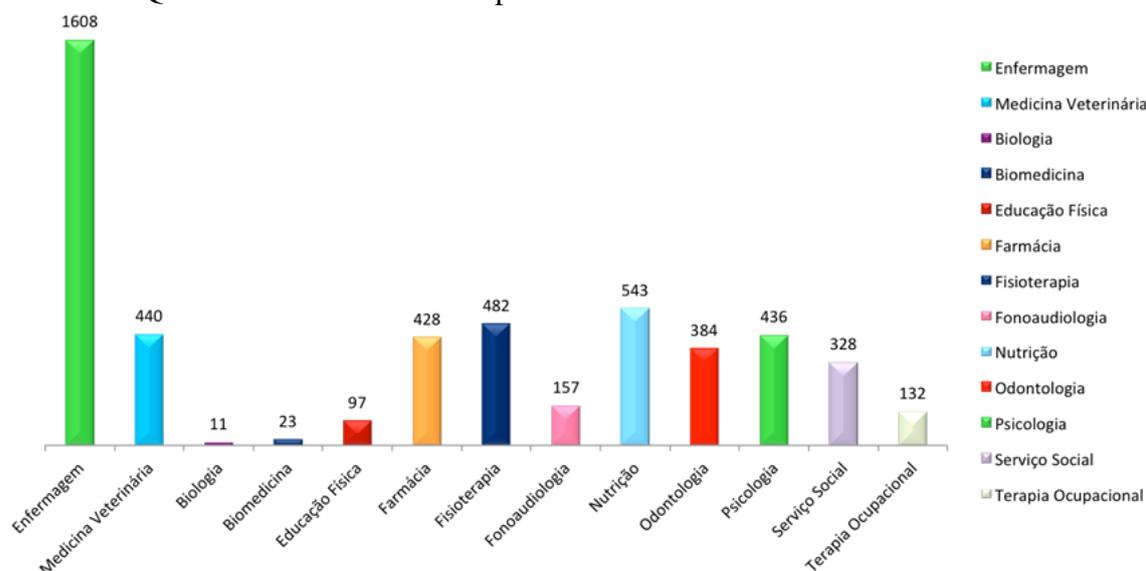
Gráfico 2 – Distribuição dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde por Estado – 2013, Brasil



Fonte: SISCNRMS/SESu/MEC *apud* Pagani e Lima (2014, slide11).

As autoras ressaltam que os 973 Programas de RMS cadastrados no Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS), distribuídos no país como ilustrado acima, contemplam um total de 5.069 residentes de 13 áreas da saúde, seguindo a distribuição ilustrada no gráfico abaixo:

Gráfico 3 – Quantitativo de Residentes por Profissão Brasil – 2013



Fonte: SISCNRMS/SESu/MEC *apud* Pagani e Lima (2014, slide).

No que tange aos principais desafios das RMS, Pagani e Lima (2014) elencam a necessidade de ampliação de acesso aos Programas, a partir de sua distribuição mais equânime no país, enfocando-se a diminuição das defasagens na formação; o aumento do número de instituições que ofereçam esta integração entre ensino, serviço e comunidade; a ampliação do número de profissionais com formação orientada para atender às demandas do SUS; consolidação do trabalho em equipe multiprofissional e cooperativo; a efetivação de um trabalho com articulação intra e interinstitucional; adoção da interdisciplinaridade e da abrangência sociocultural como eixos dos processos formativos; maior valorização dos preceptores e tutores; elaboração de Projetos Pedagógicos alinhados com as diretrizes do SUS; a facilitação dos processos de participação e controle social, entre outras. Por outro lado, Brasil (2006) aponta como inovações inerentes às Residências a promoção da interdisciplinaridade; a aproximação entre ensino e gestão; a utilização de metodologias ativas e participativas; a adoção da educação permanente como eixo pedagógico; a formação do residente inserido na comunidade, em parceria com outros equipamentos, instituições e atores comunitários, que desembocam na

[...] constituição de Rede Docente Assistencial (RDA), com finalidade de construir um espaço de articulação ensino-serviço, a fim de atender à necessidade de promover mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde, de modo permanente e em todos os níveis, a partir do desencadeamento dos processos de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da Saúde, bem como do incentivo à formação em nível de pós-graduação no formato Programa de Residência Integrada em Saúde da Família e dos cursos de especialização e outras iniciativas de capacitação dos trabalhadores para o SUS. Tutores e preceptores receberam formação antes de receber os residentes. (BRASIL, 2006, p. 14).

## **4 O PERCURSO METODOLÓGICO**

A metodologia utilizada na execução da presente pesquisa buscou alinhar-se com as bases teóricas que norteiam este trabalho, considerando-se nossos objetivos, o público pesquisado, o contexto, bem como o compromisso ético e político concernente à produção de um discurso acerca do Programa e dos sujeitos pesquisados. Isto posto, apresentaremos, a seguir, o caminho trilhado, explanando a abordagem metodológica que nos guiou, o lócus em que se desenvolveu, os participantes que colaboraram com esta empreitada, os instrumentos de coleta de dados, o método de análise e os aspectos éticos deste estudo.

### **4.1 A abordagem metodológica da pesquisa**

Como refere Fonseca (2007), a ciência, ao engendrar um discurso sobre o mundo, termina por produzi-lo, assim, o mundo é “inventado” a partir do conhecimento que se constitui/institui sobre ele. O conhecimento produzido no ato de pesquisar incide na vida dos sujeitos, uma vez que produz “identidades”, formas de ser, conceber e representar estes sujeitos, de onde derivam implicações éticas e sociais. Desta maneira, como defende Minayo (2010), no campo das Ciências Sociais, no qual se insere nosso estudo, tratamos de um objeto do conhecimento que é histórico e fruto de uma cultura, marcado por acontecimentos que se expressam no meio social e que precisam ser considerados na formulação de nossos discursos, a fim de que se possa “[...] compreender o global e o local, convivendo e sendo, ao mesmo tempo, mutáveis e permanentes.” (MINAYO, 2010, p. 40). Neste sentido, Fonseca (2007) afirma que a Psicologia, ao propor-se como ciência, deve tomar a autocrítica como uma de suas principais características, o que a leva a ser constantemente posta em questão, em um movimento permanente de (re)construção. Além disso, segundo a autora, também os objetos e os métodos que esta ciência enfoca, por serem construções sociais, transformam-se a cada momento. Estes movimentos terminam por desencadear crises e, no âmbito da Psicologia Social, esta instabilidade se reflete com grande vigor, reivindicando novas posturas teóricas, metodológicas e práticas, dando origem, como a autora atesta, a uma pluralização, onde se desenha uma nova conjuntura, também fragmentada.

A Psicologia Social de base Histórico-Cultural compreende a ciência como um conhecimento construído em um determinado tempo histórico e marcada pelas ideologias que dominam em cada época. Uma vez que neste processo o homem é possuidor de uma consciência histórica e é, também, o grande criador e transformador das instituições, visões de

mundo e normas sociais (MINAYO, 2010), é preciso compreender que as ideologias, tomadas como discursos de verdade, servem a sustentar os interesses de uma minoria dominante, gerando valores que direcionam as práticas sociais e impactam na formação da identidade de uma ciência e no fazer de seus cientistas. Isto fica patente na afirmação de que toda Ciência Social “[...] é *intrínseca e extrinsecamente ideológica*.” (MINAYO, 2010, p. 41, grifo do autor), pois respondem a interesses específicos que lhes conferem seu delineamento. Diante disto, a eleição de categorias desestabilizadoras permite romper com o status quo, proporcionando o avanço de um conhecimento comprometido politicamente, uma vez que se concebe a impossibilidade de neutralidade do pesquisador. Concordamos que

A pesquisa é em si uma prática social onde pesquisador e pesquisado se apresentam enquanto subjetividades que se materializam nas relações desenvolvidas, e onde os papéis se confundem e se alternam, ambos objetos de análises e portanto descritos empiricamente. (LANE, 1994, P. 18).

Como Minayo (2010) defende, dentro da visão dialética, o pesquisador é produtor e produto de seu tempo histórico – o mesmo pode ser dito dos sujeitos a quem ele pesquisa – e seu encontro com o sujeito pesquisado faz surgir um conhecimento pautado na visão de mundo de ambos.

Desta maneira, tendo em vista a dinamicidade de nosso campo de pesquisa e a coerência com a teoria adotada, situamos nossa proposta na perspectiva qualitativa, caracterizada por Minayo (2010) como aquela que melhor se aplica ao estudo das produções simbólicas dos homens – como a história, as representações, as crenças e as percepções –, acerca da construção do mundo em que vivem, de si mesmos e de como sentem e pensam sua realidade. Esta metodologia, como afirma a autora, constitui-se pela empiria e a sistematização progressiva do conhecimento, a qual se desenvolve até o entendimento da lógica interna do objeto de estudo. Permite, também, maior abrangência da pluralidade das diversas esferas da vida (FLICK, 2009), além da possibilidade de clarificar processos psicossociais singulares inerentes à grupos específicos, possibilitando a (re)elaboração de conceitos e abordagens que garantem uma visão mais ampla da realidade (MINAYO, 2010).

Frente as estas considerações, elegemos a afetividade relacionada ao território de atuação dos residentes como principal categoria de análise deste projeto por acreditarmos que, como defende Sawaia (2011b), o afeto implica o profissional/pesquisador com a realidade onde atua, deixando evidente que a pressuposição do privilégio da razão como meio de garantir a neutralidade científica é, na verdade, uma falácia, pois como Lane (1994) nos alerta o pesquisador também é um produto da cultura na qual está inserido, parte, *a priori*, de uma

visão de homem e de mundo que orientarão sua investigação científica e, ou atuação. Suas próprias escolhas são tomadas com base em seu contexto e, ainda, o conhecimento que produz, os discursos que formula e afirma em suas pesquisas impactam diretamente na vida dos sujeitos, o que permite à autora defender que a pesquisa é sempre uma forma de intervenção, conseqüentemente envolvendo a política e a ética.

#### **4.2 O lócus de nossa pesquisa e o processo de inserção no campo**

A primeira proposta deste estudo tencionava abordar a afetividade de psicólogos inseridos em diversos contextos de trabalho, dentro do setor público de saúde, nos níveis primário e secundário, relacionados à contratação ou aos espaços de formação. A investigação preliminar, àquela época, garantiu a constatação do pouco espaço e, em alguns serviços, da ausência deste profissional na rede de atenção à saúde e à saúde mental de Fortaleza, desvelando particularidades, inclusive, do modelo de gestão política que se desenvolvia na capital. A mudança na gestão municipal, efetivada no início do ano de 2013, como resultado das eleições de 2012, havia desencadeado um processo de demissões em massa dos profissionais – psicólogos ou não – inseridos nos serviços de saúde e assistência social, sob a justificativa de recontração a partir de cláusulas contratuais mais justas e realização de concursos públicos, o que não se efetivou de todo.

Estas modificações desestruturaram ainda mais os serviços ao diminuírem o número de profissionais em campo e restringirem as categorias profissionais que prestam serviço à população. Isto impactou também em nossos trabalhos pois, o contato preliminar com os serviços, nesta conjuntura, nos rendeu a informação de que não poderia ser divulgado o número de profissionais inseridos nos serviços, a não ser que fizéssemos uma solicitação formal junto ao setor de Educação Permanente da Prefeitura. De modo informal, no entanto, foi-nos adiantado que, após as demissões, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não contava com nenhum psicólogo e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) estava em processo de reestruturação, contando com um número reduzido de profissionais, dos quais não se sabia quantos permaneceriam nem por quanto tempo. Em relação aos CAPS, qualquer informação foi negada. Estes fatos nos despertaram a reflexão, inicialmente, acerca da estruturação da rede municipal de serviços públicos, que sofre a instabilidade das mudanças de gestão municipal, pela ausência de contratações via concursos públicos. A possibilidade de demissões e remanejamentos de profissionais sob a condicionalidade das considerações unicamente do gestor municipal é algo recorrente na esfera pública, que prejudica a percepção

de que os serviços fazem parte de uma política de direito e não de favores, além de impactar negativamente em ações e processos em andamento no território. Em segundo lugar, as dificuldades de acesso à informação levaram-nos a refletir sobre a participação e o controle social, preconizados pelo atual modelo de saúde, os quais pressupõem o livre acesso do usuário às informações referentes ao sistema de saúde que o atende. O modelo do SUS preza, em sua legislação, pela transparência das ações e gestão, de modo que os usuários possam envolver-se na construção do sistema, destarte, uma rede municipal que nega o acesso à informação à população geral constitui uma forte contradição.

Por fim, elegemos como campo de investigação a RIS-ESP/CE – enfocando a formação em serviço –, vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional, cuja instituição formadora é a Escola de Saúde Pública Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), autarquia vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, instituída pela Lei Estadual nº 12.140, de 22 de julho de 1993, e regulamentada pelo Decreto nº 25.817, de 21 de março de 2000 (ESP, 2013a). Responsável por oferecer e conduzir o processo pedagógico do referido Programa de Residências (ESP, 2013b), a ESP adota o propósito garantir a formação e preparação de profissionais para a atuação no campo da saúde, ofertando um atendimento educacional que potencialize o processo de ensino-aprendizagem, a partir de metodologias ativas, pautadas na abordagem significativa e problematizadora.

Com o amparo da Lei Federal 11.129, de 30 de julho de 2005 e da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, A RIS-ESP/CE foi aprovada pela COREMU e pelo Conselho de Coordenação Técnico Administrativo em 29 de fevereiro de 2013, por meio da parceria entre a SGTES e a Secretaria Estadual da Saúde (SESA) (ESP, 2013b), como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, ou seja, assim como as demais experiências no país, oferece titulação de Especialização em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde (ESP, 2013a), voltada para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais-residentes. Destinada a profissionais graduados em área da saúde, preconiza a aprendizagem em serviço, na esfera dos Sistemas Municipais de Saúde ou Região de Saúde, conforme o caso, envolvendo, ainda, instituições como o Instituto do Câncer do Ceará (ICC), a SESA e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) (ESP, 2013b). Pautada nos princípios e diretrizes do SUS e orientada pelas “[...] necessidades das realidades locais e regionais [...]” (ESP, 2013a, p.1), sua primeira turma teve início em março de 2013, contando com cerca de 220 residentes, ingressos por seleção ou transferidos de outros Programas de Residência, principalmente de Fortaleza. Tem por objetivo a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em saúde, qualificando os

profissionais para a consolidação da carreira em saúde pública e fortalecimento das Redes do SUS (ESP/CE, 2013a). Cabe ressaltar que o Programa de Medicina de Família e Comunidade também integra a RIS/ESP-CE, entretanto, sua regulamentação se dá por regimento próprio, pautado na legislação da Comissão Nacional de Residência Médica (ESP, 2013b).

A RIS-ESP/CE funciona em regime de dedicação exclusiva, em tempo integral, com duração mínima de dois anos, totalizando uma carga horária de 5.760 horas, divididas em 48 semanas letivas por ano, de 60h cada. Esta carga horária é distribuída em atividades como imersão no serviço, plantões, estágios, aulas teóricas, grupos de estudo, entre outras, que agregam, em equipes multiprofissionais, residentes, tutores e preceptores das diversas áreas da saúde como Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Medicina Veterinária, Farmácia e Serviço Social (ESP/CE, 2013a). Sua proposta estrutura-se, ainda, a partir das ênfases: 1) Saúde da Família e Comunidade – com um mínimo de duas equipes por área, espelhada no modelo da ESF, ou seja, uma equipe tem função NASF e a outra atua como equipe de referência, havendo um sistema de rodízio, em que os profissionais-residentes de mesma ênfase passam por cada um destes formatos de equipe –; 2) Saúde Mental Coletiva – também funcionando em sistema de rodízio, com um mínimo de duas equipes por área, em que uma atua como equipe Álcool e outras Drogas e a outra como Geral, seguindo, assim, o modelo dos CAPS; 3) Cancerologia; e 4) Saúde Coletiva. Constitui-se, portanto, de quatro modalidades de equipes, lotadas no ICC – Cancerologia – e nos municípios de Aracati, Brejo Santo, Canindé, Fortaleza, Horizonte, Iguatu, Jaguaruana, Maracanaú, Quixadá e Tauá. Estes municípios, o ICC e a SESA configuram-se, atualmente, como as Instituições Executoras da RIS (ESP/CE, 2013a), correspondentes à localidade de lotação do profissional, onde dedicará o maior percentual de sua carga horária (ESP, 2013b). Em seu Regimento (ESP, 2013b), a RIS propõe a seguinte caracterização e distribuição profissional das ênfases:

Quadro 2 – Caracterização das Ênfases RIS-ESP/CE

<b>Ênfase</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Cenários de Práticas de trabalho</b>
<b>Saúde da Família e Comunidade</b>	“[...] formar lideranças técnicas-científicas-políticas para a qualificação do papel coordenador da Estratégia Saúde da Família junto às redes do SUS, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade.” (ESP, 2013b, p. 6)	Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Fisioterapia.	Equipamentos e dispositivos da Rede de Atenção à Saúde da Família
<b>Saúde Mental Coletiva</b>	“[...] formar lideranças técnicas-científicas-políticas para a qualificação da rede de atenção psicossocial, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, na Luta Antimanicomial, na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade.” (ESP, 2013b, p. 6).	Enfermagem, Educação Física, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional.	Equipamentos e dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial
<b>Cancerologia</b>	“[...] formar lideranças técnicas-científicas-políticas para a qualificação da linha de cuidado da pessoa com câncer, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade.” (ESP, 2013b, p. 7).	Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Fisioterapia	Equipamentos e dispositivos da Rede de Atenção a Pessoa com Câncer.
<b>Saúde Coletiva</b>	“[...] formar sanitaristas para atuar frente às necessidades de saúde da população nos diversos momentos do processo saúde-doença, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvendo ações em saúde coletiva, prioritariamente nas redes regionalizadas de atenção à saúde, além de outros níveis hierárquicos institucionais, cenários e práticas do SUS.” (ESP, 2013b, p. 7).	Profissionais de qualquer das áreas regulamentadas como da saúde.	Equipamentos e dispositivos das Regiões de Saúde e Municípios de abrangência

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de ESP (2013b).

A coordenação da RIS organiza-se como colegiado, composto por uma coordenação geral e um coordenador de cada ênfase. A COREMUS, pautada na Resolução nº 2, de 4 de maio de 2010, do MEC, constitui-se como instância consultiva e deliberativa,

estruturada como colegiado paritário, formado pela representação de cada um dos 9 segmentos constituintes do Programa, totalizando 32 membros.

O corpo docente do Programa compõe-se de 1) preceptores de campo: profissionais graduados com experiência mínima de três anos no serviço, responsáveis pela orientação e supervisão docente-assistencial no campo de práticas, supervisionando, portanto, as equipes multidisciplinares; 2) preceptores de núcleo: também deve ser graduado e com um mínimo de três anos de experiência, que assumem a função de supervisão docente-assistencial direcionada a categorias profissionais específicas, no campo de práticas; 3) orientadores de serviço: realiza acompanhamento instrutório dos residentes, não longitudinal, sendo ator de atuação oportuna, com expertise em uma ênfase ou área na ênfase; 4) tutores de núcleo: tem função de orientação acadêmica e supervisão docente-assistencial à distância, presencial ou no campo de práticas, direcionada à uma categoria profissional específica, sendo este suporte destinado a preceptores e residentes; 5) tutores de campo, também desenvolvem atividade de orientação acadêmica e supervisão docente-assistencial, que pode ser à distância, presencial ou em campo, direcionada à equipe multiprofissional; 6) coordenação das ênfases e 7) coordenação geral da RIS. Cabe ressaltar que os preceptores somam o número de 173, sendo escolhidos pelos próprios municípios que recebem os residentes, mas a formação destes profissionais fica sob a responsabilidade da ESP, que oferece habilitação e formação tanto técnico como de suporte docente-assistencial. Os tutores são os coordenadores das quatro linhas da RIS e mais alguns professores convidados.

O Projeto Político Pedagógico adotado pelo Programa preconiza um currículo baseado em Competências, de modo que as atividades pedagógicas propostas destinam-se a promover o desenvolvimento de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, por meio de vivências de aprendizagem pelo trabalho (80% da carga horária semanal), que se dá no Estágio de práticas, no qual os profissionais-residentes passam a compor a equipe de saúde do município, tendo por foco de trabalho a rede intersetorial e interdisciplinar; teórico-práticas (10% da carga horária semanal), configuradas como espaços de diálogo e problematização do e no território de atuação, por meio de Rodas de Núcleo e Grupo de Estudo Interprofissional ou Roda de Campo; e teórico-conceituais (10% da carga horária semanal), que objetivam a apreciação e debate dos referenciais teóricos adotados (ESP, 2013b). A fim de melhor compreensão e visualização destas atividades, propomos o quadro abaixo:

Quadro 3 – Caracterização das atividades pedagógicas da RIS-ESP/CE

<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Cenários das Atividades</b>
<b>Aprendizagem pelo Trabalho</b>	Proporciona a vivência e atuação profissional no serviço, dentro da Equipe de Trabalho Multiprofissional em Saúde.	Equipamentos e dispositivos de saúde, de acordo com a ênfase.
<b>Aprendizagem Teórico-prática</b>	Espaços de diálogo e de problematização do e no território, do processo de trabalho do serviço e da equipe.	<b>Roda de Núcleo</b> Facilitada pelo preceptor de núcleo e integrada por profissionais-residentes de uma mesma categoria profissional, podendo ter a participação de um convidado (Roda de Núcleo Dialogada). Promove a discussão de temas e situações do dia-a-dia do serviço, referentes às questões da categoria profissional, bem como de aprofundamento dos módulos de ensino-aprendizagem.
		<b>Grupo de Estudo Interprofissional ou Roda de Campo</b> Destina-se à ampliação da discussão multiprofissional do referencial teórico, com base nos módulos de ensino-aprendizagem e no aprofundamento do conhecimento relativo ao contexto do campo de práticas, partilhado pelas equipes multiprofissionais.
<b>Aprendizagem Teórico-conceitual</b>	Apreciação e debate dos referenciais teóricos.	<b>Módulos de ensino-aprendizagem</b> Utilização de diversas estratégias pedagógicas, facilitadas por expertises ou professores da área. Um dos desdobramentos desta atividade é a construção de planos pedagógicos e a proposição de atividades práticas ou teórico-práticas a serem realizadas nos territórios, rodas ou plataforma EaD.
		<b>Estudo individual</b> Orientado para que o profissional-residente aprofunde e sistematize seus conhecimentos, por meio de leituras de textos, elaboração de relatório mensais, de ensaios e do TCC.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de ESP (2013b).

A RIS-ESP/CE adota, ainda, como estratégia pedagógica, o modelo da Tenda Invertida, que, segundo Andrade (2004), contrapõem-se ao modelo clássico de formação em serviço, no qual o estudante deve ir à “tenda do mestre”, esta entendida como o lócus tradicional de produção do conhecimento, como a Universidade, a Escola, os grandes hospitais, entre outros espaços. A Tenda Invertida, por outro lado, concebe trabalho e

formação como partes da mesma atividade, pressupondo que o lócus de formação profissional e produção de conhecimento é o próprio território de atuação e, neste caso, é o “mestre” quem se desloca para o campo de práticas, tratando de problemas reais do cotidiano do serviço (ANDRADE, 2004). Conforme o autor supracitado, este modelo compreende, também, momentos de distanciamento do serviço, destinados à reflexão e apoio externo, mas a ênfase está nesta imersão no campo de práticas.

Isto posto, apresentamos que nossos primeiros contatos com o campo se deram por meio de pesquisas no site da ESP, ligações telefônicas e conversas informais com funcionários ligados à RIS-ESP/CE, psicólogos residentes e coordenadores das ênfases. Identificamos como principal dificuldade encontrada, no desenvolvimento da pesquisa, o processo de submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Logo de início, fomos informados pela ESP, instituição co-participante da pesquisa, que somente poderíamos manter contato com os residentes, para a coleta de dados, após um parecer favorável do CEP. Entretanto, percebemos, por parte da ESP, certo desconhecimento quanto aos procedimentos necessários para a emissão da Carta de Anuência da instituição, declarando sua concordância com a pesquisa. Ao que nos pareceu, isto decorreu por conta da instituição ainda estar habituando-se ao novo sistema de submissão de projetos, que é a Plataforma Brasil. Do mesmo modo, o sistema da Plataforma Brasil não se mostrou suficientemente explicativo, gerando dúvidas e a rejeição do projeto pela falta de documentos que não eram informados que seriam necessários.

Por outro lado, elencamos como facilitadores do processo de inserção em campo, a disponibilidade da ESP em contribuir com a documentação que requisitamos e com as informações que podia nos fornecer; o suporte fornecido pelas secretárias da RIS-ESP /CE; a colaboração, apoio e auxílio dos coordenadores do Programa; a participação e o envolvimento dos psicólogos residentes com o projeto, auxiliando-nos, inclusive, com a operacionalização da coleta de dados.

### **4.3 Os participantes**

Elegemos como sujeitos da presente pesquisa psicólogos residentes da primeira turma de formação (2013-2015) da RIS-ESP/CE, inseridos em serviços públicos de atenção à saúde, de nível primário e secundário, alocados nas ênfases “Saúde da Família e Comunidade” e “Saúde Mental Coletiva”. A escolha por estes níveis de atenção justifica-se por nossas experiências e aproximações com estes espaços – como relatado no início desta

apresentação – e por concordamos com Jucá *et al.*(2009) quando ressaltam a integração que deve haver entre estes equipamentos, pois se constituem como principais articuladores da rede de saúde, atuando a nível local, com foco na família e comunidade.

Neste sentido, faz-se necessário esclarecer que ao se organizar a rede de atenção à saúde, o atendimento e distribuição dos equipamentos públicos de prestação de serviços do SUS foram divididos em níveis, de acordo com a complexidade dos procedimentos que disponibilizam. Portanto, conforme Brasil (2009), formou-se um primeiro nível de atenção constituído como porta de entrada do SUS, atuando nos territórios onde as pessoas vivem, o qual tem a Saúde da Família como principal estratégia de atuação e desenvolve ações básicas de saúde consideradas de menores custos e complexidade, voltadas principalmente para a prevenção e promoção da saúde – em âmbito individual e coletivo –, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O segundo nível de atenção, instituído pelo Decreto nº 4.726, de 2003, oferece serviços e ações de média complexidade, direcionadas aos “[...] principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2009, p. 207), como é o caso dos CAPS. Já o terceiro nível, compõe-se de serviços que demandam alta tecnologia e alto custo para o sistema.

Tendo em vista esta classificação e nosso propósito de focar serviços de saúde atuantes nos contextos comunitários, inicialmente, elegemos como sujeitos desta pesquisa os psicólogos-residentes inseridos nas ênfases: 1) Saúde da Família e Comunidade; 2) Saúde Mental Coletiva e 3) Saúde Coletiva. Entretanto, a partir de nossa inserção em campo, fomos informados, pela coordenação do Programa, de que os profissionais-residentes da ênfase de Saúde Coletiva estão mais envolvidos em atividades administrativas, não tendo uma relação direta com um território comunitário de atuação, o que inviabilizou a participação desta ênfase no presente trabalho. Deste modo, restringimos o estudo às duas primeiras ênfases, cujo número de residentes soma um total de 32 psicólogos.

Minayo (2010) estabelece que o número ideal de participantes da pesquisa deve ser orientado pela possibilidade que a amostra oferece de refletir “[...] a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.” (MINAYO, 2010, p. 197), viabilizando a complementaridade das informações concedidas pelos sujeitos. Destarte, quando as informações concedidas pelos participantes começam a reincidir e o conhecimento construído pelo pesquisador permite a compreensão da lógica interna do objeto estudado, a autora diz que se contemplou o critério de saturação, não sendo necessária a continuidade da coleta de dados. No presente estudo, pela repetição de categorias e respostas encontradas tanto nas

entrevistas como no Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos, consideramos que o número de 18 sujeitos atendeu satisfatoriamente a este critério.

Cabe esclarecer que, ao longo desta dissertação, não relacionaremos as respostas dos residentes ao município onde estão alocados, uma vez que isto poderia conduzir à identificação do participante. Optamos por diferenciar somente entre os que atuam na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) – Fortaleza, Horizonte e Maracanaú – ou no Interior – Aracati, Brejo Santo, Canindé, Iguatu, Jaguaruana, Quixadá e Tauá. A caracterização dos participantes por ênfase, sexo, faixa etária, campo de práticas pode ser sintetizada pela tabela abaixo:

Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Ênfase	Nº de sujeitos	Idade	Sexo		Campo de práticas		IES		Tempo de formado	Tempo de experiência profissional
			M	F	RMF	Interior	Pública	Privada		
<b>Saúde da Família e Comunidade</b>	13	24 à 31 anos	2	11	3	10	7	6	1 a 4 anos	0 a 3 anos
<b>Saúde Mental Coletiva</b>	5	23 à 42 anos	2	3	2	3	4	1	1 a 2 anos	0 a 2 anos
<b>Total</b>	18	–	4	14	5	13	11	7	–	–

Fonte: Elaborado pela autora.

A aplicação do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos foi feita nos dias 24 e 25 de janeiro de 2014, na ESP, durante a realização de um dos Módulos de ensino-aprendizagem do Programa, quando todos os profissionais-residentes fazem-se presentes à instituição. Cada instrumento demandou cerca de 20 à 30 minutos para execução e, dado o pouco tempo, 7 foram aplicados individualmente e 11 em pequenos grupos, com o devido acompanhamento, para o esclarecimento de eventuais dúvidas. As entrevistas foram realizadas após a aplicação do instrumento supracitado, 15 delas nos dias 24 e 25 de janeiro de 2014, na ESP, e 3 nos dias 07 e 10 de fevereiro de 2014, por telefone, com duração mínima de 04:25' e máxima de 19:17'. Este arranjo justificou-se pelas possibilidades e impedimentos oferecidos pelo campo, seguindo, assim, o que se apresentava como o possível em cada situação.

Consideramos importante ressaltar que nosso desejo inicial era de que a realização da pesquisa ocorresse no lócus de atuação dos residentes, entretanto, fomos orientados pela coordenação da RIS-ESP/CE a efetivar a coleta de dados durante os encontros mensais dos Módulos, na capital, quando estavam todos os sujeitos reunidos. Outra questão relevante a ser justificada refere-se ao fato de um dos municípios do interior não ter sido contemplado na

pesquisa. Isto ocorreu pelo fato de nenhum representante da localidade ter-se disponibilizado à participar, durante o período de coleta de dados, o que pode ter ocorrido devido à coleta ter-se efetivado no período do Módulo, como anteriormente citado. Entretanto, consideramos que este acontecimento não acarretou grandes prejuízos à pesquisa.

#### **4.4 Instrumentos de coleta dos dados e procedimentos de análise**

Conforme Minayo (2010) e Tittoni e Jacques (2007), os instrumentos de coleta de dados, na pesquisa qualitativa, são estratégias que permitem a mediação entre a realidade empírica estudada e o arcabouço teórico-metodológico adotado. Dentro da perspectiva metodológica que adotamos, Tittoni e Jacques (2007) referem a possibilidade de se empregar uma diversidade de instrumentos e métodos para a coleta, a análise e a interpretação dos dados, cuja a escolha dependerá “[...] da conceitualização do objeto, do material pesquisado e do aporte teórico de fundamentação.” (p. 79). Neste sentido, Minayo (2010) considera importante, em alguns casos, a multiplicação das fontes de dados, no sentido da utilização de mais de um método de coleta, a fim de se abranger outras facetas do objeto. Com base nisto, de modo a contemplar os objetivos a que nos propomos, para a coleta de dados, optamos pela utilização do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (BOMFIM, 2010) e da Entrevista Semiestruturada (GÜNTHER, 2008), enquanto a análise do material coletado foi realizada por meio da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977), com o auxílio do software Atlas.ti 5.2.

É importante salientar que, como afirmam Quivy e Campenhoudt (1992), o método de trabalho em Ciências Sociais não deve ser tomado como um somatório de técnicas, mas sim como um processo global, em que estes métodos são sempre novos, uma vez que abordam uma realidade dinâmica, mutável e imprevisível. Passaremos, a seguir, à apresentação de cada um destes procedimentos, tencionando clarificar o percurso de produção dos resultados que apresentaremos posteriormente.

##### ***4.4.1 O Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos***

Segundo Bomfim (2010), os afetos caracterizam-se por certo grau de intangibilidade, não sendo facilmente identificados, expressados ou apreendidos pelas metodologias tradicionalmente utilizadas. Deste modo, o grande desafio metodológico na abordagem da afetividade consiste, segundo Bomfim (2008), no acesso a esta linguagem interior, uma vez que se corre o risco de focar apenas processos racionais pensando-se

contemplar os sentimentos e emoções. Objetivando um método que possibilitasse o acesso aos afetos sem a sobreposição e privilégio da cognição, a autora desenvolveu, em sua tese de doutorado, o Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (BOMFIM, 2010), tendo por base os trabalhos de Kelvin Lynch sobre os Mapas Cognitivos, sendo estes últimos definidos como

[...] um procedimento pelo qual as pessoas adquirem, codificam, armazenam, recordam e decodificam as informações sobre locais e atributos de fenômenos dentro do espaço urbano. [...] O método consiste em externalizar estes mapas para conseguir dos informantes suas experiências de forma observável. (BOMFIM, 2008, p. 256).

Lynch (2010) parte do pressuposto de que os sujeitos formam imagens do ambiente, resultantes de um processo bilateral, no qual o ambiente sugere uma estrutura física, distinções e relações ao sujeito, enquanto este último, por meio de todos os sentidos do seu corpo, seleciona, organiza e dota de sentido o que percebe do ambiente, orientado por seus objetivos próprios. Estas imagens, conforme o autor, são imbuídas de diversas significações e memórias tanto individuais quanto coletivas, o que garante a diversidade das imagens, a depender dos sujeitos e das coletividades que as elaboram, ao mesmo tempo em que se faz possível a conversão deste material em símbolos e novas memórias, compartilhadas por uma coletividade, fomentando a comunicação entre os sujeitos. Fundamentalmente, fazem parte desta imagem a identidade, que distingue um objeto dos demais; a estrutura, concernente à relação estrutural do objeto com o observador e com os outros objetos presentes no espaço; e o significado prático e, ou emocional do objeto para o sujeito (LYNCH, 2010). A partir disto, o autor postula que a cidade possui legibilidade para seus habitantes, ou seja, pode ser lida e decodificada por eles, o que fornece a base para a efetivação de uma construção simbólica da imagem da cidade, que se organiza por meio de um mapa mental, mesmo que fragmentado, o qual garante ao sujeito crescimento e orientação no espaço da cidade.

Segundo Lynch (2010), com base em seus mapas mentais, o sujeito é capaz de construir Mapas Cognitivos, configurados como expressão do seu mundo simbólico, referente à sua interação com o ambiente (BOMFIM, 2010). Este método proposto por Lynch (2010) consiste em um desenho da cidade, solicitado ao participante, juntamente à uma descrição detalhada de um número de percursos através da cidade e das partes da cidade que o sujeito traz mais vivas na memória. Deste modo, o sujeito deve responder qual lembrança que lhe simboliza a imagem da cidade; fazer uma descrição breve da cidade; desenhar a cidade com suas características principais; fornecer uma descrição física do percurso que realiza de um ponto a outro da cidade, incluindo os estímulos visuais, auditivos e olfativos que percebe ao longo do caminho; elencar os principais elementos que recorda de um lugar; e avaliar a

possibilidade de orientação e identificação da cidade (LYNCH, 2010). Admitindo a importância seminal deste método, Bomfim (2010) chama atenção, entretanto, para sua defasagem quanto aos aspectos afetivos relacionados à imagem do ambiente, pontua que os mapas cognitivos centram-se em um conhecimento racional da cidade, ao focar seus aspectos cognitivos. Destarte, partindo de uma perspectiva histórico-cultural, a metodologia proposta pela autora visa preencher esta lacuna, constituindo-se como um método orientado para a apreensão dos afetos, por meio da construção de Mapas Afetivos, nos quais os sujeitos são convidados a construir uma representação do espaço, relacionada ao seu território emocional, de modo a desvelar a afetividade e os indicadores da Estima associada ao lugar.

Bomfim (2008) aponta que os mapas traduzem uma tensão permanente entre representação e orientação no espaço. Isto fica patente na concepção de Acselrad e Coli (2008) de que o mapa se caracteriza como uma abstração do mundo e é direcionado por um ponto de vista dos sujeitos, neste sentido, por mais que se proponha a uma representação objetiva do espaço real, o mapa é um enunciado performático que fala do real e produz efeitos sobre ele à medida que o ordena e direciona os atores sociais na produção do território. Ressaltando que o território é plural e polissêmico, construído e definido a partir dos poderes que nele se instituem, marcado por disputas e modificações, Acselrad e Coli (2008) atestam que os mapas têm, então, uma implicação política dentro desta realidade, legitimando as demarcações territoriais e as relações de poder. Deste modo, podem expressar simultaneamente os dados objetivos do espaço físico, a produção social do território (ACSELRAD; COLI, 2008) e as formas de simbolizar o espaço (LYNCH, 2010).

Nesta dimensão, os Mapas Afetivos podem ser descritos, segundo Bomfim (2010) como um instrumento que facilita tornar tangível o intangível – os afetos –, a partir de imagens e palavras e por meio da “[...] formulação de sínteses ligadas aos sentimentos, ligadas de forma menos elaborada e de forma mais sensível.” (BOMFIM, 2010, p. 137). Compõe-se originalmente, segundo Bomfim (2010), pelos itens: Desenho; Significado do desenho; Sentimentos; Palavras-síntese; O que pensa da cidade; Categorias da Escala de tipo Likert; Comparação da cidade; Caminhos percorridos; Participação em associação; Participação eventual em movimentos sociais; Características sociodemográficas. Como se pode notar, o instrumento constitui-se, portanto, da elaboração de imagens – desenhos e metáforas – e de uma parte escrita, a qual permite uma síntese dos sentimentos (BOMFIM, 2008) e “[...] traduz a dimensão afetiva do desenho [...]” (BOMFIM, 2010, p. 137). Conforme a autora, estes itens definem-se como segue:

- a) Desenho: sendo a primeira solicitação do instrumento ao sujeito, refere-se à criação de uma situação de aquecimento, de modo a facilitar a expressão de suas emoções e sentimentos nos itens posteriores, atuando, portanto, como um deflagrador do processo de representação imagética. É importante salientar que a interpretação do desenho é feita pelo participante e não pelo pesquisador, passando pela interpretação deste último apenas o conteúdo relativo ao sentido da metáfora.
- b) Significado do desenho: consiste na explicação que o próprio respondente dá acerca do que desejou representar. Uma vez que se deseja diminuir ao máximo possível a interpretação do pesquisador sobre o desenho, é este significado que se considera na análise, em sua estrutura e significado.
- c) Sentimentos: solicita-se ao respondente que escreva seus sentimentos em relação ao desenho, sendo o próprio item do instrumento o estímulo inicial para a elaboração dos afetos.
- d) Palavras-sínteses: destinam-se à promover uma síntese dos sentimentos provocados pelo desenho e pelos itens anteriores. Devem seguir uma ordem de 1 a 6, podendo ser uma repetição do que já foi escrito anteriormente, além de ser possível que o sujeito as expresse na forma de sentimentos, qualidades, substantivos ou outras expressões que até fujam ao que foi solicitado. Nisto a autora situa a possibilidade de interferência do respondente na elaboração de sua própria resposta e na superação do instrumento. É também neste item que se espera uma saturação das respostas ou uma afirmação mais clara e precisa do sentimento.
- e) O que o sujeito pensa da cidade: visa captar resposta que até então não haviam sido emitidas, trazendo para a cena o que é primordial na significação de seus sentimentos, podendo remeter o respondente, assim como o desenho faz, a uma nova construção representacional e simbólica de seus afetos em relação à cidade, por meio da elaboração textual.
- f) Categorias da Escala Likert – referem-se às afirmações pautadas nas dimensões derivadas do pré-teste, às quais devem ser avaliadas pelo respondente em uma categoria de 0 a 10. Em sua pesquisa de doutorado, a autora elencou quatro categorias: o pertencimento, o qual abrange emoções, sentimentos e palavras que denotam identificação com o lugar; contrastes, no qual se expressa uma polarização positiva e negativa nas respostas dos sujeitos; agradabilidade,

relacionada aos sentimentos de vinculação e às qualidades positivas da cidade; e insegurança, onde estão os sentimento, as emoções e as palavras que envolvem o inesperado, o instável.

- g) Comparação da cidade: neste item é solicitado ao respondente que compare a cidade com algo, de modo que serão criadas as metáforas, caracterizadas como recursos linguísticos que propiciam a síntese dos significados, qualidades e sentimentos relativos ao desenho, revelando o afeto por meio de uma linguagem figurada, indo além da cognitividade. Esta elaboração de imagens efetiva-se por meio da capacidade do sujeito “[...] de fazer analogia e figurar o sentimento pela escrita.” (BOMFIM, 2010, p. 146).
- h) Caminhos percorridos: solicita-se ao respondente que descreva os caminhos que percorre com mais frequência na cidade, proporcionando a visualização das trajetórias realizadas nas atividades cotidianas pelo sujeito. Pede-se também que o respondente expresse o que faz nestes caminhos, permitindo que ele mesmo categorize o tipo de percurso que realiza.
- i) Participação em associação: considera-se a afiliação a alguma associação formal ou informal, destinada a diversos fins, tais como culturais, solidaria, reivindicatória, entre outras. Trata-se de uma resposta objetiva, mas que permite, caso o sujeito deseje, comentários e indicações quanto à instituição da qual faz parte.
- j) Participação eventual em movimentos sociais: diz respeito à participação temporária do respondente em ações sociais, sejam reivindicatórias ou solidárias. Também neste caso a resposta é objetiva, comportando a possibilidade de comentários do sujeito.
- k) Características sociodemográficas: encerra o instrumento, explorando as variáveis sociodemográficas que caracterizam o sujeito respondente, estando entre elas “[...] sexo, idade, origem, cidade e estado de residência habitual, tempo de residência na cidade, escolaridade, situação laboral e salário mensal.” (BOMFIM, 2010, p. 147).

Neste formato, os dados obtidos são analisados qualitativamente, por meio de análise de conteúdo categorial, enquanto a Escala de tipo Likert recebe um tratamento estatístico complementar (BOMFIM, 2010). Além disso, como anteriormente citado, a autora sugere a realização de um pré-teste do instrumento, que favoreça o levantamento das

categorias mais relevantes envolvidas na pesquisa e, principalmente, a melhor adequação do instrumento ao público pesquisado. É deste momento inicial que, na primeira proposta da autora, derivarão as categorias da Escala de tipo Likert, as quais não se aplicam em nosso estudo.

Com base nestas explanações, apontamos que a presente pesquisa, tendo suas especificidades quanto ao público focado e ao lócus de realização, exigiu algumas adaptações da proposta inicial da autora. Deste modo, por conta do reduzido número de sujeitos que constituíam o universo de nosso público-alvo – psicólogos-residentes da RIS-ESP/CE, inseridos nas ênfases Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva –, optamos pela utilização somente da parte qualitativa do instrumento, não sendo utilizada a parte “Categorias da Escala Likert”; também por esta opção, pela quantidade de sujeitos e pelas dificuldades iniciais que encontramos no contato com o público, não foi possível a realização do pré-teste nem de uma primeira aproximação exploratória (MINAYO, 2010). Além disso, uma vez que este instrumento destinou-se originalmente à apreensão dos afetos em relação à cidade, em nossa pesquisa fez-se necessária sua adaptação para o contexto sobre o qual nos debruçamos, sendo nossa intenção indagar acerca do território e do serviço onde o profissional está inserido. Assim sendo, utilizamos da proposta inicial o desenho, o significado do desenho, os sentimentos, as palavras-síntese, o que pensa do serviço onde está inserido, a comparação do serviço com algo e os caminhos percorridos; os outros itens foram adaptados para: o lugar que representa o serviço, o que gosta no serviço e o que poderia melhorar no serviço. Resultou destas modificações o instrumento que pode ser encontrado no Apêndice A desta dissertação. Cabe esclarecer que, após a aplicação, foi atribuído um número a cada instrumento, correspondente à numeração que aplicamos às entrevistas, de modo que posteriormente, para as análises, pudéssemos associar as respostas destas duas fontes. Portanto, ao logo deste estudo, identificaremos cada sujeito pela letra R (respondente), seguida da abreviatura da ênfase – SMC ou SFC – e o número atribuído ao instrumento.

Considerando-se esta conjuntura, interessa-nos aqui a indicação que Bomfim (2010) faz da análise qualitativa do instrumento, a qual deve articular os significados, as qualidades e os sentimentos que o sujeito atribui ao desenho, efetivando-se por meio da análise de conteúdo categorial, proposta por Vázquez-Sixto, e da análise do subtexto, do sentido e do motivo, baseada nos trabalhos de Vygotsky, “[...] que toma os afetos como elementos constituintes do subtexto da linguagem sobre um objeto estudado.” (BERTINI, 2006, p. 135). A proposição de Bomfim (2010) é de que o desenho, a projeção da imagem e a metáfora “[...] são recursos para a clarificação deste subtexto, nem sempre facilmente

captado.” (p. 138). A autora refere, portanto, que as três fases da análise de conteúdo categorial são: 1) pré-análise, que pressupõe a digitação dos dados brutos obtidos pelo instrumento e leitura exaustiva do texto por eles formado; 2) codificação, composta pela fragmentação deste texto e catalogação de suas unidades, buscando-se as presenças e ausência, e é então que os dados brutos tornam-se dados úteis; e 3) Categorização, onde as unidades são classificadas, elegendo-se o método de saturação – à medida que as informações se repetem – como base de formação das categorias, de modo a buscar uma diferenciação e condensação, permitindo a “[...] visualização dos dados em um quadro que apresenta as seguintes dimensões: identificação do respondente; estrutura do desenho; significado; qualidade; sentimento; metáfora e o sentido.” (BOMFIM, 2010, p. 151).

Desta maneira, a referida autora propõe o seguinte quadro para a síntese do processo de categorização e elaboração dos mapas afetivos:

Quadro 5 – Síntese do processo de categorização, voltado para a elaboração de mapas afetivos

<b>Identificação</b>	<b>Estrutura</b>	<b>Significado</b>	<b>Qualidade</b>	<b>Sentimento</b>	<b>Metáfora</b>	<b>Sentido</b>
Nº Sexo: Idade: Escolaridade: Cidade: Tempo de residência (quando não originário).	*Mapa cognitivo de Lynch: desenho de monumentos, caminhos, limites, confluência e bairros.  *Metafórico: desenho que expressa, por analogia, o sentimento ou o estado de ânimo do respondente.	Explicação do respondente sobre o desenho.	Atributos do desenho e da cidade, apontados pelo respondente.	Expressão afetiva do respondente ao desenho e à cidade.	Comparação da cidade com algo pelo respondente, que tem como função a elaboração de metáforas.	Interpretação dada pelo investigador à articulação de sentidos entre as metáforas da cidade e as outras dimensões atribuídas pelo respondente (qualidade e sentimentos).

Fonte: Bomfim (2010, p. 151).

Para a realização de nossa pesquisa, foram feitas as seguintes alterações no modelo original, a fim de contemplar as especificidades de nossa investigação:

Quadro 6 – Adaptação do modelo original de síntese do processo de categorização direcionado à elaboração dos mapas afetivos

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito n°:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Idade:</b>
	<b>Campo de Práticas:</b>	<b>Ênfase:</b>	
<b>Estrutura</b>	*Mapa cognitivo de Lynch: desenho de aspectos inerentes à estrutura física dos territórios dos CSF e CAPS, tais como monumentos, construções, caminhos, limites, etc.  *Metafórico: desenho que expressa, por analogia, o sentimento ou o estado de ânimo do participante.		
<b>Significado</b>	Explicação do participante sobre o desenho.		
<b>Qualidade</b>	Atributos do desenho e do serviço, apontados pelo participante.		
<b>Sentimento</b>	Expressão afetiva do participante ao desenho e ao serviço.		
<b>Metáfora</b>	Comparação do serviço com algo, pelo participante, que tem como função a elaboração de metáforas.		
<b>Sentido</b>	Interpretação dada pelo investigador à articulação de sentidos entre as metáforas do serviço e as outras dimensões atribuídas pelo participante (qualidade e sentimentos).		

Fonte: Adaptado de Bomfim (2010, p. 151)

Partindo da compreensão de que o sujeito relaciona-se com o ambiente de modo cognitivo, afetivo e simbólico (CORRALIZA, 1998), o que lhe permite transformar o espaço físico em um lugar dotado de valor e significado (TUAN 1983), resultam desta forma de análise sentidos e imagens respaldadas no arcabouço teórico da Psicologia Ambiental, nas categorias teóricas propostas por Bomfim (2010) em sua tese de doutorado: pertencimento, agradabilidade, atração, contrastes, insegurança e destruição. Estas categorias, segundo a autora, configuram a Estima de Lugar, a qual, no modelo inicial, era classificada como positiva quando vinculada ao pertencimento, atração e agradabilidade; ou negativa, quando constituída pelos contrastes, insegurança e destruição. Posteriormente, com a sistemática utilização do instrumento em outras pesquisas, constatou-se a atração como parte da agradabilidade e que a categoria contrastes era transversal às demais, podendo fazer parte tanto de uma Estima positiva quanto negativa (BOMFIM *et al.*, 2014).

Bomfim (2011) considera a Estima de Lugar como uma categoria ambiental, construída socialmente, que desvela a avaliação afetiva do sujeito em relação ao ambiente (BOMFIM, 2010; BOMFIM *et al.*, 2014), podendo ser descrita como:

[...] uma forma específica de conhecimento, relativa ao aspecto de significado ambiental na dimensão de emoções e sentimentos sobre o ambiente construído. Como categoria social, a estima pode ser compreendida como uma forma de pensamento social que caminha em paralelo a outros de simbolismo do espaço, derivado da categoria de identidade social urbana ou de uma afetividade do lugar. (BOMFIM, 2010, p. 218).

É, portanto, um dos indicadores de participação e implicação do sujeito com a cidade (BOMFIM, 2003). Assim, uma Estima positiva implica a vinculação ao ambiente, pautada na agradabilidade e no pertencimento, podendo gerar uma participação cidadã, por parte dos sujeitos, uma vez que tende a aumentar a potência de ação do indivíduo em seus encontros com o ambiente (BOMFIM, 2010). Por outro lado, a Estima negativa é despotencializadora, gera potência de padecimento, relacionando-se às imagens de destruição e insegurança (BOMFIM *et al.*, 2014), o que proporciona predisposições negativas do indivíduo com a cidade (BOMFIM, 2010). Estas considerações pautam-se, segundo Bomfim (2010), na teorização de Heller (1993) sobre os sentimentos orientativos, os quais, fundamentados na experiência do sujeito, orienta a atuação no mundo, sendo afirmativos ou negativos não por juízos de valor, mas pelas convicções do sujeito em relação ao mundo, a partir da interação social.

No quadro a seguir, buscamos clarificar as relações entre as categorias supracitadas:

Quadro 7 – Delineamento das categorias e imagens constituintes dos mapas afetivos.

<b>Estima de Lugar</b>	<b>Imagens</b>	<b>Definições</b>
Estima Positiva	Agradabilidade	Abrange palavras que denotam sentimentos de vinculação ao lugar e às suas qualidades positivas, sejam elas parte da estrutura urbana, dos espaços construídos ou da natureza.
	Pertencimento	Denota identificação com o lugar, por meio de emoções, sentimentos e palavras.
Estima Negativa	Destruição	Articula sentimentos e qualidades do ambiente despotencializadores, mais relacionados às características físicas do espaço.
	Insegurança	Refere-se a sentimentos e palavras que remetem à aspectos negativos do ambiente, no sentido da instabilidade, da falta de certezas e do inesperado.
	Contrastes	Expressam as polarizações positivas e negativas de sentimentos e qualidades do ambiente, evocando emoções, palavras e sentimentos contraditórios. Perpassando todas as categorias, a imagem de contrastes pode ser tanto potencializadora da ação do indivíduo quanto despotencializadora.

Fonte: Elaborado a partir de Bomfim (2010)

A parte final do Instrumento gerador dos Mapas Afetivos, relacionada aos caminhos percorridos, ao lugar que representa o serviço, ao que gosta no serviço e ao que poderia melhorar no serviço, foi analisada, ainda, com o auxílio do software Atlas.ti 5.2, o qual apresentaremos adiante.

#### **4.4.2 As Entrevistas Semiestruturadas**

Almejando complementar as informações obtidas por meio da aplicação do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos e explorar as percepções dos participantes da pesquisa acerca da formação profissional e da proposta da Residência, fizemos uso de Entrevistas Semiestruturadas, realizadas após a aplicação do instrumento supracitado. Como anteriormente explanado, 15 entrevistas foram realizadas presencialmente e 3 por telefone, de acordo com as possibilidades dos participantes.

Quivy e Campenhoudt (1992) propõem que os discursos são fontes de informação e elaborações, por parte dos sujeitos, de seus próprios pontos de vista. Por meio da entrevista é solicitado aos participantes que exponham suas percepções acerca da temática, o que resulta na formulação de um arranjo, por vezes, não muito organizado, com falhas, pausas, frases incompletas, contradições, entre outras características. É na fecundidade desta elaboração que se delinea a construção da realidade falada e sua (res)significação, gerando “[...] elementos de reflexão muito ricos e matizados.” (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1992, p. 193). Como produção de discursos, a entrevista é descrita por Günther (2008) como uma forma de comunicação, cujos produtos são partilhados no meio social por meio de símbolos verbais e não verbais. Conforme a autora, neste método, o entrevistador é um facilitador do processo, devendo estar atento às posturas e indicações do entrevistado quanto ao momento da entrevista e buscando estratégias no sentido de tornar esta etapa o mais confortável possível.

Para Günther (2008), na entrevista o foco recai sobre a dinâmica interpessoal, cabendo ao pesquisador estar atento, também, às necessidades de modificações de procedimentos, perguntas e materiais, viabilizando maior conforto e confiança ao entrevistado (BONI, 2005), para que possa expor suas opiniões e percepções. Destarte, Quivy e Campenhoudt (1992) avaliam como pontos positivos deste método a profundidade dos dados obtidos, a flexibilidade, o contato face-a-face entre entrevistador e entrevistado, a ampliação da observação do comportamento verbal e não-verbal do entrevistado (GÜNTHER, 2008) e a possibilidade de uma troca verdadeira entre ambos. Boni (2005) recomenda que, na

preparação da entrevista deve-se levar em consideração o objetivo da pesquisa, a escolha dos sujeitos a serem entrevistados, a disponibilidade do entrevistado para a entrevista, as condições que garantam o sigilo e a elaboração do roteiro norteador da entrevista, no qual devem constar perguntas pertinentes ao tema, que sigam uma sequência lógica de construção do pensamento e que não sejam manipulativas, no sentido de forçar as respostas do entrevistado para o que o entrevistador espera.

Desta forma, como um dos formatos que a Entrevista pode assumir, a Entrevista Semiestruturada consiste em um diálogo relativamente espontâneo, em que o entrevistado pode, até certo ponto, estruturar sua fala de acordo com sua vontade (BARDIN, 1977). Nesta modalidade, é utilizado um roteiro prévio de temas e, ou questões, que serve como orientador do diálogo, podendo haver a ampliação ou redução deste roteiro, de acordo com o curso do processo (GÜNTHER, 2008; SILVA; MENEZES, 2001). Como Günther (2008) afirma, o roteiro é formulado “[...] a partir de observações ou entrevistas informais, exploratórias.” (p. 61), de modo que se pautem em conceitos capazes de abranger diversas facetas do objeto investigado, operacionalizando o processo empírico (MINAYO, 2010). Em nosso caso, a elaboração de nosso roteiro de perguntas (APÊNDICE B) se deu com base em experiências no campo, nos estudos realizados ao longo da formação e para a elaboração do presente projeto e no contato inicial e informal com alguns colaboradores vinculados à RIS-ESP/CE.

As entrevistas orientaram-se para a caracterização dos sujeitos pesquisados, contemplando a formação acadêmica; a participação ou não em projetos de extensão, pesquisa ou estágios; as percepções acerca do trabalho, da RIS e do contexto onde estão inseridos; as práticas que desempenham e, ou vislumbram; e as dificuldades e potencialidades do trabalho no campo de práticas, o que se justifica por nosso intento de integrar os enfoques cognitivo e afetivo, de modo que a entrevista pudesse complementar as informações provenientes dos mapas afetivos. Considerando que os discursos são cognitivos e afetivos ao mesmo tempo, buscamos elaborar um roteiro que, embora não questionasse diretamente sobre a afetividade, permitisse que os sujeitos falassem da realidade onde estão inseridos, desvelando o que os potencializa e o que os despotencializa. Destarte, nossa opção pelo uso da entrevista justifica-se, ainda, por concordarmos com Günther (2008), quando esta afirma que

A utilização da entrevista nos estudos pessoa-ambiente é importante por ter o potencial de salientar a relevância da dimensão físico-espacial do ambiente, integrante de experiências e ações humanas nos níveis intrapessoal e interpessoal, grupal e intergrupal. (p. 64).

Com a permissão dos sujeitos pesquisados, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas, por meio da análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977) com o auxílio do software Atlas.ti 5.2. A análise de conteúdo constitui-se, de acordo com Bardin (1977), como

*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 42, grifo do autor).*

Oscilando entre o rigor da objetividade e a potência da subjetividade, visa desvelar os não-ditos do discurso, o que está latente nas mensagens omitidas pelos sujeitos. Pauta-se no cálculo de frequências, as quais produzem dados cifrados que se traduzem em modelos (BARDIN, 1977). Neste sentido, segundo a referida autora, a análise de conteúdo constitui-se em um exercício de questionamentos do que o sujeito está realmente querendo dizer, sabendo-se que seu discurso é polifônico, o que implica na necessidade de uma leitura flutuante, sintagmática, ou seja, seguindo o encadeamento do pensamento que se manifesta por meio das palavras estruturadas de uma determinada forma, e paradigmática, que significa levar em conta um universo de possíveis, ou seja, mesmo que o sujeito não tenha dito algo diretamente, poderia tê-lo feito ou até o disse em outra entrevista. Esta leitura permite a decifração estrutural do material em análise, a divisão do texto em temas principais e sua consequente categorização, a partir de segmentos semelhantes do texto.

Derivam da análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977) as categorias seminais de nosso estudo, que se agruparam em categorias mais abrangentes, permitindo contemplar nossos objetivos. A relação destas grandes categorias com nossos objetivos específicos e os instrumentos utilizados para a coleta de dados expressam-se no quadro abaixo:

Quadro 8 – Relação entre os objetivos da pesquisa, as categorias temáticas e os instrumentos de coleta de dados.

<b>Objetivos</b>	<b>Grandes categorias</b>	<b>Instrumentos</b>
a) Identificar como o território e a conjuntura atual dos serviços de saúde afetam a atuação do psicólogo-residente, potencializando-a ou despotencializando-a	Afetividade Dificuldades Potencialidades	Mapas afetivos Entrevista Semiestruturada
b) Discutir a formação dos psicólogos para o trabalho nas políticas públicas de saúde	Formação Acadêmica Residência Integrada em Saúde	Entrevista
c) Descrever a atuação profissional do psicólogo-residente nos serviços de saúde	Práticas desenvolvidas	Entrevistas Semiestruturadas

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Cidade (2012).

Como defende Minayo (2010), as categorias resultantes do processo de pesquisa, no campo das ciências sociais, devem ser compreendidas como conceitos historicamente construídos e imbuídos de significação, que classificam a realidade, de modo que se possa pensá-la de forma hierarquizada, com vistas a encontrar uma unidade na diversidade, sem que se anule essa diversidade. A autora refere que categorias analíticas, as quais são utilizadas em nosso estudo, resguardam as relações sociais “[...] servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de generalização e de aproximação.” (MINAYO, 2010, p. 178). Esta colocação atenta para o processo de construção social destes dados, que são atravessados, inclusive, pela própria atividade de pesquisa. Constituindo-se, portanto, como um procedimento complexo de construção de conhecimento e de um discurso sobre a realidade, nossas análises desvelaram um agrupamento de categorias e subcategorias, que ajudaram na compreensão das temáticas supracitadas, as quais serão apresentadas no próximo capítulo deste trabalho.

#### ***4.4.3 Análise dos dados***

A análise dos dados coletados por meio dos dois métodos acima apresentados foi realizada com o auxílio do software Atlas.ti 5.2, desenvolvido por Muhr, em um projeto de pesquisa da Technical University of Berlin (FLICK, 2009). Segundo Kelle (2008), em meados da década de 1980 começaram a ser desenvolvidos diversos softwares para auxiliar a análise qualitativa, os quais permitem um melhor manejo de grandes quantidades de dados, agrupando passagens do texto que tenham algo em comum, o que facilita a organização das informações, assim como ocorre com o Atlas.ti. Neste sentido, o uso do computador surge como um suporte para o trabalho do pesquisador, sem anular seu trabalho, uma vez que as análises dependem exclusivamente deste ator, a quem compete criar seus esquemas de análise (GILZ, 2007). Podem ser citados como benefícios da utilização do programa, para o trabalho investigativo, segundo Flick (2009) e Keller (2008), o melhor aproveitamento do tempo; o auxílio no tratamento de grandes quantidades de dados, tornando o processo de análise mais sistemático, rigoroso e explícito, ao abrir a possibilidade de se documentar exatamente como se deram as análises e a codificação teórica, na qual as categorias são vinculadas aos segmentos textuais; a possibilidade de novas formas de administração dos textos, dos códigos e da conexão estabelecida entre eles; e a contribuição para a associação de dados textuais e visuais, já que comporta arquivos de texto, imagem parada e vídeo.

O Atlas.ti, segundo Flick (2009), pode ser classificado como um construtor de redes conceituais ou construtor de teorias baseadas em códigos. Por meio de Unidades Hermenêuticas, nas quais todos os dados dos Documentos Primários (*P-Docs*) são agrupados e mais facilmente localizados (GILZ, 2007), o programa unifica o texto a ser analisado, as codificações e as interpretações a ele associadas, estas últimas por meio de comentários (*Comment*) e memorandos (*Memos*), permitindo organizar, tratar e arquivar os dados (KELLER, 2008). O software possibilita a recuperação de segmentos de textos (*Quotations*), ou seja, fragmentos do texto analisado, integrados a códigos (*Codes*), os quais viabilizam o agrupamento de unidades de sentido com elementos comuns, a que chamamos categorias. Estas, por sua vez, agrupam-se em Famílias (*Families*), ao que chamamos anteriormente de “grandes categorias”. O software gera, ainda, a apresentação gráfica (*Networks*) da relação entre *Families* e *Codes*, a partir da construção de vínculos entre as categorias (*link code to*), permitindo diferenciar se estas relações são de associação, pertença, causa, contradição, similaridade (CIDADE, 2012) ou, ainda, se uma categoria é propriedade da outra.

Em nossa pesquisa, o primeiro momento da análise consistiu na transcrição dos Mapas Afetivos e das entrevistas e sua inserção no software, criando-se duas Unidades Hermenêuticas, cada uma correspondendo a um dos métodos. Seguiu-se a esta etapa a categorização, na qual foram identificadas e agrupadas as unidades de sentido com características comuns, e, por fim, foi feita a análise das relações encontradas entre as categorias dos dois bancos de dados, inclusive com a criação de Famílias, que reúnem códigos a fins, com base na análise conceitual (GILZ, 2007). A partir disto, o software gerou, além dos *networks*, um documento com todas as *Codes* e as *Quotations* correspondentes, facilitando a consulta aos dados.

A construção das imagens dos Mapas Afetivos, referentes à primeira parte do instrumento, foi realizada pela análise do conjunto geral das questões de 1 à 4 e não pela frequência das categorias. Assim como requer o instrumento, também não houve interpretação do desenho, por parte da pesquisadora. Nesta etapa, classificamos como imagem de Contraste os mapas que apresentaram, nas qualidades e sentimentos, acentuada polaridade entre aspectos positivos e negativos do serviço, como por exemplo, suporte e falta de apoio; campo potencial e potencialidades não trabalhadas; satisfação e medo. A imagem de Destruição expressou-se na ênfase em aspectos despotencializadores do ambiente, mais relacionados à características físicas e organizativas dos serviços. Consideramos a imagem de Insegurança nos mapas em que foi elencada maior quantidade de aspectos negativos do ambiente, relacionadas à instabilidade. A imagem de Pertencimento foi definida nos mapas em que, de

modo geral, houve predomínio de elementos que denotaram identificação do sujeito com o lugar. Já a imagem de Agradabilidade não foi encontrada nos Mapas Afetivos, aparecendo somente nas entrevistas, constituída de segmentos dos textos que refletiram sentimentos de vinculação ao território, com ênfase em suas qualidades positivas.

Como anteriormente exposto, na adaptação e elaboração de nossos instrumentos, buscamos alinhá-los de modo que as perguntas utilizadas nas entrevistas fossem capazes de complementar os dados obtidos pelos Mapas Afetivos. Deste modo, a construção das categorias da entrevista associadas àquelas encontradas na segunda parte dos Mapas Afetivos – questões de 5 a 8 –, que serão apresentadas adiante, seguiu a análise de frequência, tendo por base, inclusive, os critérios utilizados para a definição das imagens dos Mapas, como apresentados acima. Consideramos na grande categoria “Dificuldades” os aspectos que os sujeitos identificaram como obstáculos à prática, o que permitiu associar a questão “Quais as principais dificuldades no cenário de práticas?”, da entrevista, com “O que poderia melhorar no serviço?”, componente do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos, ambas relacionadas a afetos mais negativos. Construímos a categoria “Potencialidades” a partir das falas dos sujeitos, as quais relacionaram o quê no território facilitava a atuação, contribuindo para um fazer mais satisfatório, segundo a avaliação dos participantes, já que em ambos os casos as respostas tendem a apontar para uma afetividade positiva em relação ao território.. Isto garantiu que pudéssemos associar a questão do que potencializa a atuação em campo (das entrevistas) com o que gosta no serviço (dos Mapas Afetivos).

A categoria Formação Acadêmica foi construída a partir das percepções e avaliações dos sujeitos acerca do processo formativo que haviam vivido durante a graduação, envolvendo atividades de ensino, pesquisa, extensão e estágios. A construção da categoria Residência Integrada em Saúde, de modo similar, orientou-se para a avaliação dos psicólogos-residentes acerca do programa, bem como do que os motivou a cursar a RIS. Por fim, a categoria Práticas desenvolvidas buscou agregar as atividades realizadas pelos residentes no campo de práticas.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

No que tange aos aspectos éticos, é legítimo afirmar que esta pesquisa tem sua gênese no campo de práticas, como assinalado anteriormente, sendo fruto das inquietações que se delinearam nestes territórios de vivências e, por conta disso, nasce já profundamente comprometida, ética e politicamente, com a realidade prática da formação e da atuação do

psicólogo no SUS, almejando prioritariamente construir um conhecimento crítico-reflexivo acerca deste preparo e inserção em campo, de profissionais que se propõem a trabalhar junto à população oprimida e explorada, atendida pelo setor público (GÓIS, 2008). Desejamos, portanto, um produto final capaz contribuir de alguma maneira com esta realidade, rompendo com dicotomias inférteis – como a separação entre razão e afetividade, fruto da tradição cartesiana e da ciência positivista (SAWAIA, 2011b) – e despontualizadoras dos sujeitos pesquisados, chamando atenção para a compreensão do ser humano integral, que sonha, planeja, luta, sente, se adequa, arrisca-se a institucionalizar-se, ama e odeia seu território de atuação, enfrenta aí dificuldades que precisam ser denunciadas e transformadas. Esta nossa implicação encontra voz na afirmativa de Botomé (2010, p. 190), para quem

O conhecimento produzido e a aprendizagem consolidada dos alunos deveriam ser efetivas contribuições para a superação dos problemas sociais e não apenas um exercício de conhecimento acadêmico. Não parece ser correto, justo, legítimo, ou mesmo legal, nos informarmos sobre como vivem as pessoas sem lhes devolver o conhecimento produzido por meio da produção dessas informações e que poderia melhorar essa vida que foi objeto de investigação, estudo ou exame. (BOTOMÉ, 2010, p. 190).

Destarte, assumimos uma postura de gratidão, respeito e cuidado para com os sujeitos que colaboraram com esta empreitada, comprometendo-nos a expor as informações concedidas, mediante expressa concordância por parte deles e por meio de análises isentas de interpretações enviesadas e tendenciosas. Do mesmo modo, garantimos o resguardo do sigilo quanto à identidade dos participantes, excluindo de nossas publicações qualquer informação que possa vir a identificá-los. Visamos, ainda, atender à Resolução 466/12, do CNS que atualmente rege os princípios que devem ser resguardados na realização de pesquisas com seres humanos.

A fim de garantir o acesso ao lócus de pesquisa e atender às questões burocráticas que se impõem a nós, o projeto desta dissertação foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFC e da ESP, por meio da Plataforma Brasil, tendo recebido aprovação do COMEPE/UFC em 14 de novembro de 2013, mediante o Parecer nº 488.782 – Anexo A –, e do Centro de Investigação Científica (CENIC-ESP/CE) em 12 de março de 2014, por meio do Parecer nº 554.260 – Anexo B, ambos os pareceres fruto de um único processo de submissão. Após a emissão do primeiro parecer, foi realizada a coleta de dados, com a devida permissão da ESP/CE, estando o procedimento de acordo com os parâmetros legais, tendo a devida concordância dos sujeitos pesquisados, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE – C.

## **5 A FORMAÇÃO E A AÇÃO DA AFETIVIDADE NO TERRITÓRIO – EXPONDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS OBTIDOS**

Transcorridas nossas análises, chegamos às imagens do serviço, geradas pelos mapas afetivos, aos afetos relacionados ao território de atuação e às questões concernentes ao processo formativo do psicólogo, tanto no âmbito da graduação quanto da pós-graduação em serviço, estas últimas por meio das entrevistas. Derivam disto nossas inferências e reflexões acerca de como o psicólogo implica-se com seu lócus de atuação, já que, como mencionamos anteriormente, afetar-se é estar implicado com algo (HELLER, 1993) que aumenta ou diminui a potência de ação (SPINOZA, 2005), e, ainda, como é qualificada a formação do profissional, de modo a instrumentá-lo ou não para o serviço no setor público de saúde.

### **5.1 A afetividade em relação ao serviço desvelada pelos Mapas afetivos**

Quanto ao desenho, primeira solicitação do instrumento, vale lembrar que é o próprio respondente quem lhe atribui um significado. Por conseguinte, estes dois primeiros elementos, desenho e significado, de acordo com Bomfim (2010), permitem classificar a estrutura do mapa como cognitiva (isomórfica), quando se equipara aos mapas cognitivos, restringindo-se à apresentação de aspectos estruturais do lugar, tais como monumentos, vias, limites, bairros, cruzamentos/confluências e pontos marcantes (BOMFIM, 2010; LYNCH, 2010), ou metafórica, quando expressam mais conteúdos afetivos. A análise dos 18 mapas, quanto a esta questão, revelou maior quantidade de mapas com estruturas metafóricas, somando 4 na ênfase Saúde Mental Coletiva e 10 na Saúde da Família e Comunidade, enquanto os mapas de estrutura cognitiva totalizaram 1 na primeira ênfase citada e 3 na segunda. Com base no acima exposto, percebemos que a maior parte dos respondentes, de ambos os campos de práticas e ênfases, executou desenhos mais expressivos, com predominância de elementos afetivos em relação ao local onde atuam. Isto não significa dizer que os aspectos cognitivos foram excluídos destas respostas, mas sim que se deu ênfase nos afetos relacionados ao serviço, principalmente, no que tange às dificuldades e potencialidades encontradas no cotidiano, pois diversos significados dos mapas de estrutura metafórica elencaram questões como o distanciamento entre os profissionais, o assistencialismo, as potencialidades e acolhimento das comunidades, o aprendizado, entre outros.

As imagens elaboradas a partir das análises dos mapas, em relação ao serviço de saúde foram: Contrastes, Destruição, Insegurança e Pertencimento, não foi expressa a imagem Agradabilidade e as imagens Insegurança e Pertencimento estiveram presentes somente nos

mapas relativos à Ênfase Saúde da Família e Comunidade. A relação entre estas imagens, as qualidades e os sentimentos dos quais se constituem pode ser expressa pelo quadro abaixo:

Quadro 9 – Relação das imagens dos serviços, de acordo com as qualidades e sentimentos elencados pelos respondentes.

<b>Imagem</b>	<b>Qualidades atribuídas ao serviço pelos psicólogos-residentes</b>	<b>Sentimentos atribuídos ao serviço pelos psicólogos-residentes</b>
<b>Ênfase Saúde Mental Coletiva</b>		
<b>Contrastes</b>	Está longe de ser o que deveria/consegue fazer uma mudança na vida das pessoas; doação/introversão; zelo/incongruência; potente/desacreditado; ordem/caos; complementaridade na união das categorias/centralidade no modelo biomédico.	Alegria/angústia; dedicação/sofrimento; expectativa/frustração; determinação/impotência.
<b>Destruição</b>	Atua como ambulatório; grande ênfase na medicação; não valoriza o lúdico e o brincar.	Preocupação; inquietação; tristeza; desencantamento; decepção; ansiedade; desmotivação; medo.
<b>Ênfase Saúde da Família e Comunidade</b>		
<b>Contrastes</b>	Boa convivência/dificuldades; compromisso social/necessidade de estar mais próximo; falta de apoio/suporte; campo de prática potencial/não é sempre que se trabalham as potencialidades; inviabilização do trabalho/cuidado com a população; bom serviço/assistencialismo; acolhimento/contradição; frutos que podem surgir/encobertos; bom serviço/precisa se integrar mais.	Satisfação/medo; esperança/inquietação; esperança/ansiedade; desejo de mudança e comprometimento/união; angústia/espera; indecisão/disposição; tristeza/alegria; angústia/satisfação; empatia/angústia; expectativa/preocupação; descoberta/cansaço; estresse/alegria; motivação/desgaste; esperança/cansaço.
<b>Pertencimento</b>	Disponibilidade para ajudar.	Mudança; perseverança; determinação.
<b>Destruição</b>	Precarização; falta de abertura; cenário desnorteador; há muito o que ser feito; profissionais desmotivados e desacreditados; questões financeiras e de financiamento.	Angústia; tristeza; revolta; desamparo.
<b>Insegurança</b>	Egoísta; imaturo; pessoas que não conseguem trabalhar como equipe; falta de reconhecimento do trabalho; falta de afetação com a experiência do outro; movimento; diversidade; pressa; pouca compreensão; acomodação.	Solidão; individualidade; insegurança; falta; amplitude; divisão; impotência; insatisfação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se, nas análises, como será apresentado nas seções seguintes, uma predominância da categoria contrastes, em ambas as ênfases, mais relacionada a uma Estima Negativa, entretanto demarcando uma implicação positiva, no sentido em que Heller (1993) considera, do residente-psicólogo com o território, mais especificamente a comunidade, e com a luta política de estruturação dos serviços de saúde de modo condizente com a proposta do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro. A distribuição das categorias pode ser visibilizada, em uma primeira aproximação, por meio do quadro a seguir:

Quadro 10 – Relação das Ênfases da RIS e as imagens dos mapas afetivos

<b>Ênfase</b>	<b>Contraste</b>	<b>Pertencimento</b>	<b>Destruição</b>	<b>Insegurança</b>
<b>Saúde Mental Coletiva</b>	04	–	01	–
<b>Saúde da Família e Comunidade</b>	09	01	01	02
<b>Total</b>	13	01	02	02

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao Campo de práticas, a distribuição das imagens não destoou significativamente desta primeira relação, como se pode perceber no quadro:

Quadro 11 – Relação dos Campos de Práticas e as imagens dos mapas afetivos

<b>Campo de Práticas</b>	<b>Contraste</b>	<b>Pertencimento</b>	<b>Destruição</b>	<b>Insegurança</b>
<b>RMF</b>	4	–	1	–
<b>Interior</b>	9	1	1	2
<b>Total</b>	13	1	2	2

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme expomos anteriormente, com base em Bomfim (2010), a análise da Estima de Lugar, a partir das categorias dos mapas afetivos, revela uma Estima negativa quando se expressam as imagens de destruição e insegurança e, por outro lado, a Estima é positiva quando estão presentes as imagens de pertencimento e agradabilidade. Neste arranjo, o contraste pode definir tanto uma Estima positiva quanto negativa, a depender da maneira como aparece e dos afetos que evoca. A partir destas definições, os resultados de nossa pesquisa apontam que em ambas as ênfases a Estima em relação ao serviço se mostra negativa, uma vez que aparecem imagens de destruição, insegurança, está ausente a imagem

de agradabilidade e o contraste refere, principalmente, as dificuldades encontradas cotidianamente no serviço. Por outro lado, estes contrastes também afirmam o que o território tem de importante para o residente, o que nele é potencializador da ação, permitindo-nos inferir a tendência a uma implicação positiva (HELLER, 1993) do psicólogo-residente com a comunidade, os usuários que dela fazem parte e a ideia de como o serviço deveria ser. . Verificamos que estes contrastes denotam, em sua maioria, não uma total despoteencialização dos sujeitos, mas antes o desejo de contribuir e modificar o que no serviço gera potência de padecimento (SAWAIA, 2011b). Vale lembra que na pesquisa de Félix (2011), quanto à Estima de Lugar de psicólogos inseridos em CAPS de Fortaleza, a autora também encontrou uma Estima mais negativa, expressa pelas imagens de contrastes e destruição, ainda que não necessariamente se observasse somente despoteencialização da ação nestes casos. Comparando-se estes achados aos nossos, percebemos a maior expressão dos contrastes em nossa pesquisa e a possibilidade de maior implicação positiva. Acreditamos que isto possa estar relacionado, entre outros aspectos, à forma de vinculação ao serviço e ao que ela acarreta, posto que, enquanto o profissional contratado está submetido às “ordens” da gestão, às relações de trabalho precárias, à insegurança da demissão, inclusive decorrente da mudança de gestão municipal, o profissional-residente insere-se no serviço com maior estabilidade, sem a mesma cobrança por parte da gestão, acompanhado por preceptores e tutores, com o suporte de uma instituição formadora, ainda que também identifique as dificuldades de sua própria prática, como veremos adiante.

Os dados de nosso estudo revelam, assim, que os serviços, tanto CSF quanto CAPS, foram representados, principalmente, pela polarização entre as potencialidades do serviço, como um novo modelo de atenção integral à saúde, que permite a interprofissionalidade e a participação popular, e as condições precárias de trabalho, no que tange ao funcionamento do serviço, sua ideologia e estrutura física, o que foi confirmado pela análise das entrevistas. Contudo, mesmo diante das dificuldades, os participantes identificam potencialidades do território – este compreendido para além do serviço, como a associação dos diversos lugares, que se desenham historicamente pelas relações de poder e pela apropriação, sendo onde os sujeitos comunitários enraízam-se, reconhecem-se e formam a identidade –, as quais os fazem reafirmar o desejo de contribuir para que o serviço atue mais próximo à comunidade, e possa gerar mudanças e melhorias desta realidade e da própria estrutura do serviço, de modo comprometido com o outro, com a coletividade, o que denota uma implicação mais positiva, por parte dos respondentes. Isto encontra respaldo na colocação de Bomfim (2010) de que na implicação positiva com o lugar, derivada dos bons

encontros aí gerados, os quais foram elencados pelos participantes da pesquisa, a potência de ação do indivíduo é aumentada, de modo que ele aproprie-se deste lugar, deixe sua marca (POL, 1996) e o defenda (TUAN, 1983) como seu próprio território de trabalho.

Por outro lado, a Estima negativa que prevalece em relação ao serviço, derivada e associada às dificuldades e desestruturação presentes em seu funcionamento, atua como algo que despotencializa a ação e paralisa o profissional em campo, acarretando uma conformação e adequação a esta estrutura em algumas situações, como será visto ao longo desta apresentação. Para Bomfim (2010), a Estima expressa a afetividade e é um indicador da participação cidadã na cidade, neste sentido, uma Estima negativa propicia, do mesmo modo, uma implicação negativa, que gera angústias e incertezas (HELLER, 1993), além de afastar o sujeito da situação. Estas colocações podem estar relacionadas à reprodução, por parte dos residentes, de modelos de atuação já cristalizados e instituídos, coerentes com as exigências do serviço e da gestão e não com as necessidades da comunidade, como uma forma de encontrar mínima segurança em seu fazer.

### 5.1.1 As imagens de Contrastes

No quadro, apresentamos as imagens de contrastes com suas respectivas metáforas, decorrentes das respostas dos sujeitos, de acordo com a Ênfase e o Campo de práticas onde se inserem na RIS-EPS/CE.

Quadro 12 – Imagens de contrastes dos serviços, de acordo com as respostas dos psicólogos-residentes.

	<b>RMF</b>	<b>INTERIOR</b>
<b>Saúde Mental Coletiva</b>	Caps escola Caps ambulatório apertado e sem vida	Caps escola Caps rio Caps ambulatório
<b>Saúde da Família e Comunidade</b>	UBS tarefa bem difícil a ser realizada UBS navio em alto mar passando por uma tempestade NASF criança que recebe muita coisa da mão da mãe	CSF ilha UBS residência familiar UBS construção de uma casa UBS grande casa UBS família contraditória UBS rede de furos UBS família

Fonte: Elaborado pela autora.

Os serviços de saúde, referidos pelos respondentes de acordo com a denominação da modalidade em que se inserem (CSF, UBS, NASF e CAPS), têm como primeira e mais forte imagem os contrastes, que indicam este lugar de aprendizado, de formação em serviço, de acolhimento às demandas, de potencialidades de atuação, mas também de dificuldade em se estar ali, dos conflitos com a gestão municipal, da falta de acolhimento tanto para com o usuário como para a própria equipe e suas propostas, entre outros obstáculos. Isto se revela, por exemplo, na fala do RSMC 04, o qual compara o serviço com: “Campo de batalha, no qual tento sobreviver e alcançar a bonança.” e cujas respostas organizam-se no seguinte mapa:

Figura 4 – Desenho do Mapa afetivo RSMC 04.



Fonte: Elaborado pelo respondente

Quadro 13 – Mapa afetivo RSMC 04

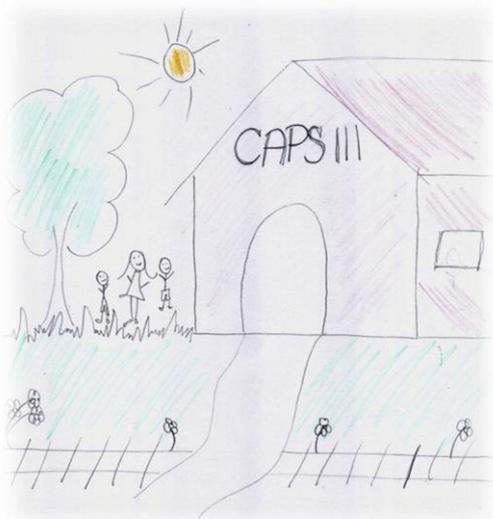
<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 04</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: M</b> <b>Ênfase: Saúde Mental Coletiva</b>	<b>Idade: 28</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“O desenho indica um regular exercício que venho fazendo no meu saber-fazer como residente: o diálogo entre a introversão e a extroversão, necessários para o trabalho clínico e para o convívio em equipe.”		
<b>Qualidade</b>	Ordem/caos; zelo, incongruência; ambiguidade; doação; introversão; potente; a Gestão de Saúde do Município não acredita em seu real valor;		
<b>Sentimento</b>	Esforço; apreensão; cautela; dedicação; amizade; paciência; tolerância; sofrimento; conscientização.		
<b>Metáfora</b>	“Um rio cujos fins podem ser dois: uma cachoeira ou um mar.”		
<b>Sentido</b>	O CAPS rio é aquele em que seus contrastes se expressam na ordem/caos, potente e desacreditado, incongruência e conscientização, dedicação e sofrimento.		

Fonte: Elaborado pela autora.

Sua metáfora expressa também, como podemos perceber, um movimento associado à imagem de insegurança em relação ao destino do serviço e da própria atuação, que podem seguir tanto para algo que despenca (a figura da cachoeira) como para uma certa estabilidade (o mar) que, ainda assim, é um tanto desconhecida e pode oferecer perigos em outros momentos. Esta relação do serviço com o desconhecido e a insegurança remete-nos, inicialmente, às peculiaridades de onde o residente está inserido, pois o trabalho nos CAPS segue os pressupostos de uma Reforma Psiquiátrica que rompe com o instituído, pondo em questão a instituição “doença mental” (TENÓRIO, 2001), exigindo reconhecer o sofrimento mental como outra possibilidade de ser no mundo. Nesta dimensão, emerge a constatação da imperícia dos diversos saberes para lidarem com esta outra lógica de gerir estratégias promotoras de autonomia e participação, contrariando o discurso social de que o “louco” precisa ser “domesticado”. Assim sendo, se pensamos nos modos de fazer dentro deste serviço, estamos falando da imprevisibilidade – que pode ser potencializadora ou despotencializadora da ação –, evocada pela metáfora do respondente, e do descaso por parte da gestão, que não garante ao profissional, por exemplo, as condições necessárias para o desempenho de suas funções (FEITOSA, 2011), uma vez que parece não acreditar na efetividade do equipamento, como refletiu o respondente. Por outro lado, neste Mapa Afetivo, fica patente a tendência a uma implicação positiva (HELLER, 1993) com o serviço, enfatizando que, apesar das condições inseguras e da falta de apoio no trabalho, o sujeito evoca qualidades de zelo e doação ao serviço, elencando sentimentos de dedicação, amizade, paciência e conscientização, capazes de aumentar a potência de agir do corpo.

É importante chamar atenção para esta possibilidade do contraste, que atravessa as demais categorias, aparecer associado a uma delas (BOMFIM *et al.*, 2014), o que lhe confere a qualificação de uma implicação mais positiva ou negativa. Encontramos este fato no mapa afetivo RSMC 02, que expressa o contraste associado ao pertencimento:

Figura 5 – Desenho do Mapa afetivo RSMC 02



Fonte: Elaborado pela respondente

Quadro 14 – Mapa afetivo RSMC 02

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 02</b>	<b>Sexo: F</b>	<b>Idade: 25</b>
	<b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Ênfase: Saúde Mental Coletiva</b>	
<b>Estrutura</b>	Cognitivo		
<b>Significado</b>	“O CAPS III é um lugar do qual eu sinto ser parte, onde sinto que contribuo a partir do meu trabalho, um lugar onde encontrei muitas pessoas que considero amigos e que, embora existam infinitas coisas por fazer, é um lugar importante para o tratamento de muitos que nele acreditam.”		
<b>Qualidade</b>	Mudança; constante luta; está longe de ser o que deveria; consegue fazer uma mudança na vida de muitos.		
<b>Sentimento</b>	Alegria; esperança; vontade de aprender; vontade de contribuir; vitória; pertença.		
<b>Metáfora</b>	“Com uma escola, onde estamos sempre aprendendo, uns dias com angústia, outros dias com alegria, mas que nunca se sabe completamente.”		
<b>Sentido</b>	O <i>Caps escola</i> é aquele em que os contrastes expressam-se na alegria e angústia, em uma luta constante em relação à estrutura manicomial, uma vez que está longe de ser o que deveria, mas que também consegue fazer uma mudança na vida das pessoas. Entretanto, se expressa também o pertencimento, demonstrado na alegria, esperança, vontade de aprender, de contribuir, vitória e pertença.		

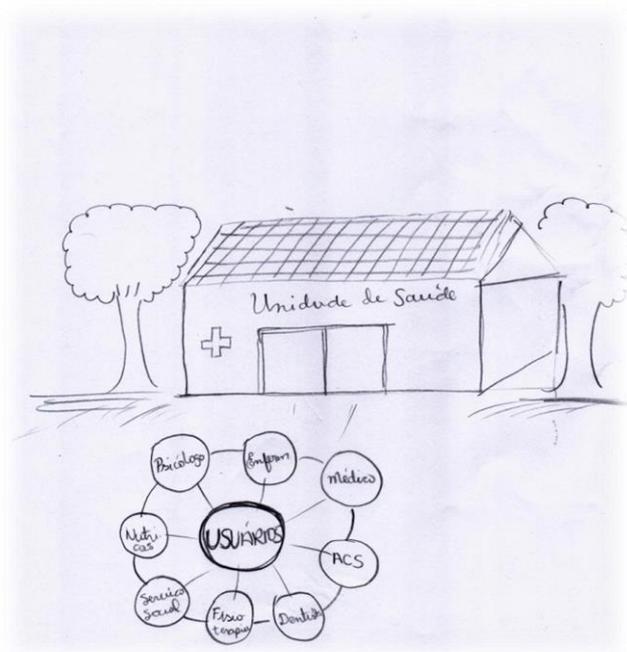
Fonte: Elaborado pela autora

Assim como no mapa afetivo do respondente 04, aqui também há o reconhecimento de que o serviço não está funcionando como deveria, reproduzindo características inerentes ao modelo manicomial. Neste momento, o sujeito depara-se com o fato de que o desmantelamento do modelo manicomial não significa somente o fechamento dos manicômios, pois mesmo dentro de um serviço que se propõe substitutivo corre-se o risco

de reproduzir a lógica manicomial, relegando o sujeito à condição de tutela e institucionalização (AMARANTE, 2008). Como exposto no mapa acima, o encontro com um serviço que vai na contramão da proposta que deveria regê-lo gera angústias e insegurança, derivadas deste movimento constante de mudanças que nunca rompe com o instituído. Entretanto, mesmo diante das dificuldades, a respondente expressa sentimentos positivos, inclusive de pertencimento, encontrando no território e nos resultados de suas práticas potencialidades que lhe despertam alegria, esperança, pertença e o desejo de lutar constantemente para a melhoria da qualidade do serviço, como refere no segmento: “[...] as pessoas elas acreditam muito no trabalho do psicólogo, né? E eu acho que é isso que me motiva mais. [...] lá no CAPS eu vejo muito isso, que as pessoas acreditam muito no trabalho do psicólogo.” (RSMC 02). Esta fala denota a coexistência de afetos positivos e negativos no território, de modo que o sujeito pode, apesar da afetação negativa que experimenta, atribuir um valor ao espaço, transformando-o em lugar (TUAN, 1983), e apropriando-se dele (POL, 1996) a partir da afetação positiva que ele proporciona, o que viabiliza o sentimento de apego (GIULIANI, 2004), de sentir-se parte dele, como referiu a respondente.

Entre as imagens de contrastes, a associação mais expressiva que encontramos foi com o pertencimento, que também ocorreu na Ênfase Saúde da Família e Comunidade, o que podemos ilustrar com o mapa do RSFC 18:

Figura 6 – Desenho do Mapa do RSFC 18



Fonte: Elaborado pelo respondente

Quadro 15 – Mapa afetivo RSFC 18

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 18</b>	<b>Sexo: F</b>	<b>Idade: 31</b>
	<b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	
<b>Estrutura</b>	Cognitivo.		
<b>Significado</b>	“Procurei representar o espaço físico da Unidade de Saúde, como o local onde acontece a maior parte das atividades, e também coloquei as profissões e os usuários representando a interação.”		
<b>Qualidade</b>	Boa convivência e integração; cuidado; atenção; dificuldades; profissionais são esforçados.		
<b>Sentimento</b>	Satisfação; respeito; realização profissional; felicidade; medo		
<b>Metáfora</b>	“Com a família, pois vivenciamos momentos bons e ruins, quando conseguimos realizar uma atividade com os usuários que satisfação e os ruins que se refere as dificuldades do serviço e muitas vezes nas relações de trabalho.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS família</i> é aquela em que o contraste se expressa na boa convivência, integração e as dificuldades; satisfação e medo.		

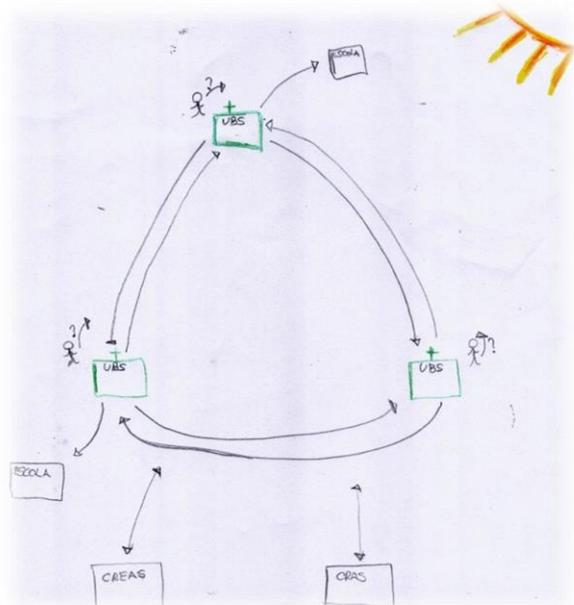
Fonte: Elaborado pela autora

O serviço de saúde foi representado pela RSFC 18 como a própria unidade de saúde e a comunidade, como o que potencializa a ação, proporcionando uma implicação positiva, pois o pertencimento fica evidente na afirmação da realização profissional e na comparação com a família. Some-se a isso que, na entrevista, a respondente também elencou a vinculação com a comunidade e a equipe como relação que aumenta sua potência de ação no serviço. Desta forma, ao mesmo tempo em que há vontade de acertar, boa convivência e felicidade, as relações estão revestidas também de angústia e medo.

Cabe salientar, no entanto, que ainda que estas imagens em relação ao serviço apareçam tanto no CAPS quanto na ESF, os modos de atuação em cada um destes serviços resguardam peculiaridades que diferem substancialmente os modos de atuação em cada um deles. Destarte, outros desafios se impõem no contexto da ESF, já que a esta é atribuída a estruturação do modelo de atenção à saúde, de acordo com o trabalho na Atenção Primária à Saúde, devendo, portanto, ser a porta de entrada do SUS para o usuário (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Outro exemplo interessante de contrastes foi identificado na Ênfase Saúde da Família e Comunidade, onde se reconhece o que o serviço tem de bom, de potente, mas as condições precárias de trabalho, a falta de recursos e apoio da equipe sobrepõem-se e o sujeito percebe-se despotencializado, ressaltando muito mais uma implicação negativa, como ocorre, por exemplo, no mapa do RSFC 14:

Figura 7 – Desenho do Mapa afetivo RSFC 14



Fonte: Elaborado pelo respondente

Quadro 16 – Mapa afetivo RSFC 14

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito:</b> 14	<b>Sexo:</b> F	<b>Idade:</b> 28
	<b>Campo de Práticas:</b> Região Metropolitana de Fortaleza		
	<b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade		
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“O desenho significa o que o NASF (psi, ass. social, nutri e fisio) passam todos os dias e nos angustia. A necessidade de locomoção entre as 3 unidades de saúde que o nosso território abrange e dentro do próprio território da UBS e não sabemos se iremos ou não por falta de carro, que está levando e trazendo a população para atendimentos em saúde.”		
<b>Qualidade</b>	Indisponibilidade de recursos; inviabilização do trabalho; cuidado com a população; bom serviço; dificuldades; assistencialismo.		
<b>Sentimento</b>	Angústia; espera; indecisão; disposição.		
<b>Metáfora</b>	“A uma criança (população) que recebe muita coisa na mão da mãe (prefeitura).”		
<b>Sentido</b>	O NASF criança que recebe muita coisa da mão da mãe é aquele em que seus contrastes se expressam na forma de um bom serviço que é, também, assistencialista, em angústia e disposição.		

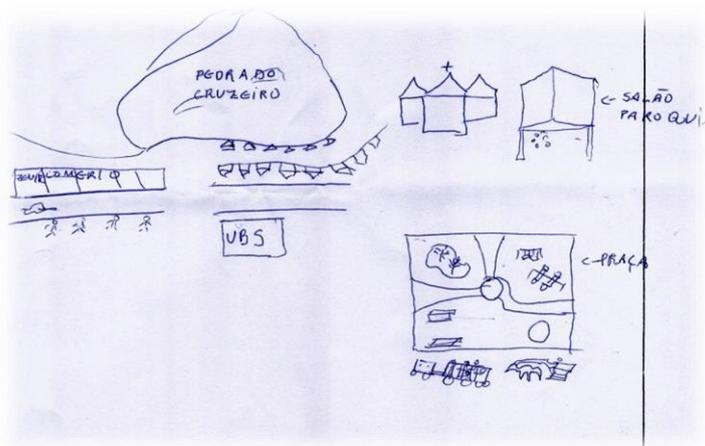
Fonte: Elaborado pela autora.

Neste mapa afetivo, a ênfase nas dificuldades, inviabilização do trabalho e assistencialismo conferem-lhe uma implicação negativa, despotencializadora da ação no território, o que também se expressou na entrevista, quando a participante ressaltou a falta de carro para a realização de visitas domiciliares, justificando que

[...] onde a gente tá que é violenta, que é perigosa e a gente não pode ir de qualquer forma, né, a gente tem que ir com cuidado. Uma das áreas que a gente atua, lá tem drogas em quase todas as áreas, mas tem uma das áreas que a gente atua que [...] a droga, a violência é bem maior que das outras... de todo município. (Entrevista RSFC 14).

No mapa afetivo da RSFC 16 o contraste revelou também uma implicação negativa, mas neste caso houve a associação com a categoria destruição, como podemos perceber:

Figura 8 – Desenho do Mapa afetivo da RSFC 16



Fonte: Elaborado pela respondente.

Quadro 17 – Mapa afetivo RSFC 16

Identificação	Sujeito: 16	Sexo: F	Idade: 24
	Campo de Práticas: Interior	Ênfase: Saúde da Família e Comunidade	
<b>Estrutura</b>	Cognitivo		
<b>Significado</b>	“Este desenho representa o próprio território com muitos comércios, a pedra que fica no meio da cidade, sendo um ponto de referência e a Igreja, onde elaboramos muitas ações.”		
<b>Qualidade</b>	Cidade desorganizada; falta de apoio; desorganização; necessidade; suporte; campo de prática potencial; não é sempre, que é trabalhado com as potencialidades existentes.		
<b>Sentimento</b>	Desejo de mudança e comprometimento; união.		
<b>Metáfora</b>	“No serviço onde estou, comparo com uma família onde os pais exigem bom comportamento, e organização dos filhos, enquanto os próprios pais só vivem com brigas, sem organização e não passa nada para os filhos de como devem agir.’ Representando gestão e profissionais dos serviços.”		
<b>Sentido</b>	A UBS <i>família contraditória</i> é aquela em que seus contrastes se expressam no campo potencial e potencialidades não trabalhadas, suporte e falta de apoio.		

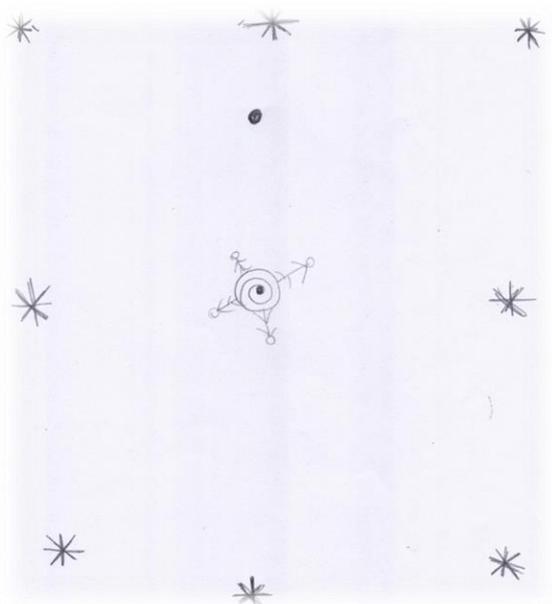
Fonte: Elaborado pela autora.

A imagem de destruição encontra espaço ao se enfatizar as contradições, ao se exigir um certo comportamento dos usuários que não é correspondido pelo dos profissionais e pela desorganização, qualificação que se estende para além do serviço, contemplando o território de atuação e o município como um todo. Isto foi reforçado na entrevista desta respondente quando elenca como uma das principais dificuldades que encontra “[...] o próprio município que eu tô atuando, que lá tá passando por muitas dificuldades, mudança de gestão e [...] a gente não tem apoio do município pra desenvolver as ações. Então, é muito complicado.” (ENTREVISTA RSFC 16). Por outro lado, existe o desejo de mudança e a identificação de um campo de atuação potencial, que pode ser um fator de aumento da potência de agir do sujeito.

### 5.1.2 As imagens de Destruição

Contemplando cada uma das ênfases e dos campos de práticas, dois dos mapas analisados expressaram imagens de destruição, relacionadas ao assistencialismo percebido nas práticas do serviço, afastamento da equipe profissional, desarticulação, condições de trabalho precárias, desmotivação e falta de financiamento. O mapa afetivo da RSMC 03 reflete o descompasso entre o que se preconiza na Política de Saúde Mental e o atendimento que tem sido ofertado as usuários:

Figura 9 – Desenho do Mapa afetivo da RSMC 03



Fonte: Elaborado pela respondente.

Quadro 18 – Mapa afetivo RSMC 03

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 03</b> <b>Campo de Práticas:</b> Região Metropolitana de Fortaleza	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase:</b> Coletiva	<b>Idade: 26</b> Saúde Mental
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Eu quis mostrar que mesmo teoricamente o fato das crianças e família ser o centro e objetivo do serviço não tem ocorrido aproximação com os profissionais, que geralmente se posicionam de modo a prestar apenas assistência voltado para os remédios, a coordenação fica isolada e atua de modo vertical.”		
<b>Qualidade</b>	Tem atuado como um ambulatório; grande ênfase na medicação; não valoriza o lúdico e o brincar.		
<b>Sentimento</b>	Preocupada; inquieta; desejosa por mudança; tristeza; descontentamento; decepção; ansiedade; desmotivação; medo.		
<b>Metáfora</b>	“A um ambulatório, apertado e sem vida.”		
<b>Sentido</b>	O <i>CAPS ambulatório apertado e sem vida</i> é aquele em que a destruição é sentida por meio da ênfase no modelo manicomial, sem a valorização de práticas alternativas, como o brincar. Isto gera preocupação, inquietação, tristeza, medo, mas também o desejo por mudança.		

Fonte: Elaborado pela autora.

Podemos identificar, neste mapa, o descontentamento e a desmotivação diante da constatação de que o serviço ainda está pautado no modelo manicomial, atuando como um ambulatório em saúde mental, reproduzindo o modelo biomédico. Entretanto, quando indagada sobre a que compararia o serviço, a respondente afirmou que o concebe como um “Lugar de cuidado e articulação da rede, principalmente de desmistificação da infância como produto a-histórico.” (RSMC 03), o que denota uma avaliação positiva do que o serviço pode tornar-se. Contudo, esta concepção refere-se a um possível futuro do serviço e não a seu momento atual.

Na segunda imagem de destruição a grande demanda do serviço e a falta de integração na equipe profissional são aspectos apontados como principais geradores de sofrimento e despotencialização:

Figura 10 – Desenho do Mapa afetivo do RSFC 15



Fonte: Elaborado pelo respondente.

Quadro 19 – Mapa afetivo RSFC 15

Identificação	Sujeito: 15	Sexo: M	Idade: 25
	<b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“O desenho representa a atual situação dos serviços de saúde em meu cenário de prática. Percebo profissionais e serviços desarticulados e pouco efetivos em suas relações com os sujeitos comunitários.”		
<b>Qualidade</b>	Precarização; falta abertura dos profissionais; cenário desnorteador; há muito o que ser feito; profissionais desmotivados e desacreditados; questões financeiras e de financiamento.		
<b>Sentimento</b>	Angústia; tristeza; esperança; revolta; desamparo; superação.		
<b>Metáfora</b>	“Comparo com uma grande casa que recebe cada vez mais pessoas, mas não se preocupa em subsidiar melhorias que propiciam qualidade de vida para todos.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS grande casa</i> é aquela em que a destruição é sentida na precarização, no cenário desnorteador, e em profissionais desmotivados e desacreditados, o que gera angústia e desamparo. Apesar da esperança e do desejo de superação, a ênfase é dada na falta de atenção ao serviço e em sua pouca efetividade.		

Fonte: Elaborado pela autora.

A comparação do serviço com algo, nesse caso, evocou “Os becos das comunidades. Esses lugares representam todos os desafios e possibilidades de atuação no

serviço.” (RSFC 15). A partir desta fala, é interessante notar que o que pode ser considerado como algo potencializador, capaz de propiciar algum afeto positivo, está posto fora do serviço, na comunidade. Com base na entrevista, podemos inferir que esta despoticização é fruto, também, da sobrecarga de trabalho, da tentativa de atender às expectativas dos outros e da percepção que o serviço não tem atuado como deveria, o que fica patente quando o participante ressalta:

[...] uma grande dificuldade que eu tive nesse primeiro momento foi uma cobrança muito grande, é... da instituição e da própria população, que tinham uma carência de atendimento, atendimentos ambulatoriais e clínicos, e aí a gente acabou se preocupando muito em responder a essa demanda e ficou meio nisso a atuação. (ENTREVISTA RSFC 15).

Percebe-se nesta fala uma conformação do sujeito ao que se espera tradicionalmente do psicólogo, ainda que contrária à proposta do serviço. Esta passividade, própria da afetação negativa, denota uma implicação mais negativa.

### 5.1.3 As imagens de Insegurança

Assim como a destruição, também foram encontradas duas imagens de insegurança entre os mapas, ambas na Ênfase Saúde da Família e Comunidade, no campo do Interior. Esta imagem correspondeu, principalmente, ao ver-se sozinho no campo de práticas, por conta do sentimento de que a equipe está desagregada e distanciada, proporcionando a metáfora da *UBS ilha*, como se pode perceber no mapa afetivo da RSFC 06:

Figura 11 – Desenho do Mapa afetivo RSFC 06



Fonte: Elaborado pela respondente

Quadro 20 – Mapa afetivo RSFC 06

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 06</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	<b>Idade: 27</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“As unidades de saúde onde estou inserida se configuram como ilhas dentro de um mesmo território e até mesmo dentro desta ilha existem distâncias entre pessoas, práticas e fazeres.”		
<b>Qualidade</b>	Egoísmo; imaturidade; adequação; pessoas que não conseguem trabalhar como equipe; falta de reconhecimento do trabalho do outro; pessoas que não se afetam com a experiência do outro.		
<b>Sentimento</b>	Solidão; individualidade; insegurança; falta; esforço; tolerância.		
<b>Metáfora</b>	“Com a ilha que representei no desenho”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS ilha</i> é aquela em que a insegurança é sentida no distanciamento entre os profissionais, impedindo o trabalho em equipe, o que gera solidão, insegurança e falta, bem como a necessidade de tolerância diante do que se considera egoísmo e imaturidade.		

Fonte: Elaborado pela autora.

Estas dificuldades do trabalho em equipe apareceram também na entrevista da respondente, denotando uma organização cristalizada no serviço, por parte dos residentes, que torna possível a seguinte declaração: “[...] a minha equipe de NASF só tem seis pessoas e dentro do nosso NASF é como se existissem dois NASFs, né, que sou eu e mais três pessoas, que é o meu grupo, e as outras duas pessoas, que são pessoas away, né.” (ENTREVISTA RSFC 06).

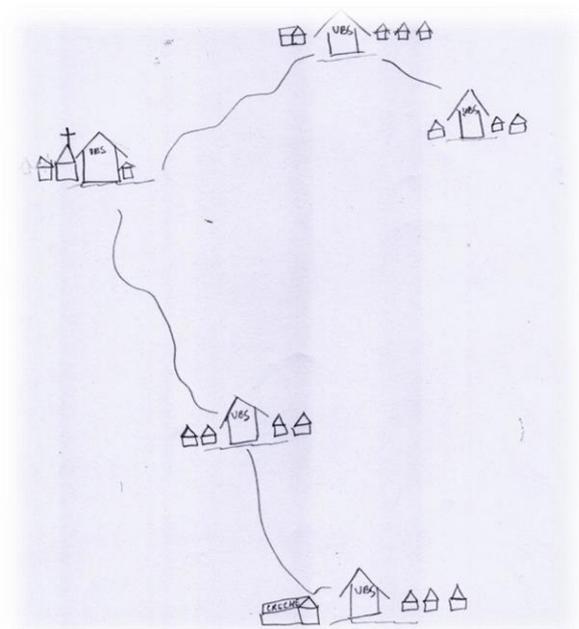
Indagada acerca do que representa o serviço para ela, a participante afirmou que é “Um lugar onde não me sinto acolhida para estar por muito tempo.” (MAPA AFETIVO RSFC 06), o que expressa o desejo de afastar-se daquilo que a afeta negativamente, ou seja, diminui a potência de agir do corpo e de pensar da alma. Isto se relaciona ao que Spinoza (2005) reflete sobre a ação da alma que, diante de ideias que ameaçam o conatus, diminuindo a potência de ação por serem contrárias à natureza do corpo e da alma, esforça-se por afastá-las, por eliminá-las, reestabelecendo a alegria e elevando a potência de ação do corpo. Encontramos neste mapa afetivo, ainda, a responsabilização dos colegas de residência pela falta de proximidade e coesão dentro da equipe, o que emerge pela evocação de qualidades do serviço, como egoísmo, imaturidade e individualidade, bem como pelo segmento:

[...] as pessoas elas... elas são muito centradas nelas mesmas, naquilo que elas podem fazer. Ainda existe uma dificuldade de se planejar uma atividade em conjunto. Quando se consegue planejar, existe a dificuldade de se executar a atividade que foi planejada em conjunto. [...] geralmente as pessoas só pensam no... tipo, eu tenho que fazer isso, vou fazer e pronto. (ENTREVISTA RSFC 06).

Assim sendo, há uma despotencialização da ação, decorrente de uma organização dividida da equipe, a qual permanece segregada no campo de práticas, concorrendo para a falta de apoio e integração das atuações profissionais.

Este mesmo sentimento de divisão dentro da equipe foi encontrado no mapa afetivo da RSFC 07, entretanto, neste caso, os distanciamentos foram atribuídos muito mais à dinâmica do serviço, caracterizada pelo intenso movimento e grande demanda de atendimentos, que não proporciona espaços de encontro e partilha entre os profissionais, como expõe o mapa afetivo da participante:

Figura 12 – Desenho da Mapa afetivo RSFC 07



Fonte: Elaborado pela respondente

Quadro 21 – Mapa afetivo RSFC 07

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 07</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	<b>Idade: 28</b>
<b>Estrutura</b>	Cognitivo		
<b>Significado</b>	“Representa as 5 unidades de Saúde que nossa equipe de NASF residente dá cobertura no município de X.”		
<b>Qualidade</b>	Movimento; diversidade; pressa; pouca compreensão; acomodação.		
<b>Sentimento</b>	Amplitude; divisão; impotência; insatisfação.		
<b>Metáfora</b>	“Ambulatório hospitalar.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS ambulatório hospitalar</i> é aquela em que a insegurança é sentida por uma dinâmica do serviço marcada pelo intenso movimento, que exige pressa, gerando pouca compreensão e proporcionando sentimentos de impotência, insatisfação e divisão.		

Fonte: Elaborado pela autora.

A representação do serviço para esta participante foi de “Centralização, pouca comunicação, hierarquia entre profissões da saúde.” (MAPA AFETIVO RSFC 07), da mesma forma que considera que precisam melhorar no serviço os espaços de encontro entre profissionais. A referência a esta hierarquia entre as profissões desvela as relações de poder que também despotencializam a ação e as práticas.

#### **5.1.4 A imagem de Pertencimento**

A imagem de Pertencimento apareceu em um dos mapas, relacionada ao desejo de ajudar, de contribuir para a melhoria da condição de saúde dos usuários. O serviço foi comparado como uma árvore que, apesar de apresentar dificuldades, pode florescer, tendo muitos frutos a ofertar à população a que atende. Neste sentido, observou-se uma Estima positiva que fomenta o sentir-se implicado com este lugar, o fazer parte dele, a ponto de desejar ser um dos elementos que contribuirão para o seu desabrochar, como se percebe na formulação do mapa afetivo:

Figura 13 – Desenho do Mapa afetivo da RSFC 10



Fonte: Elaborado pela respondente

Quadro 22 – Mapa afetivo RSFC 10

<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 10</b>	<b>Sexo: F</b>	<b>Idade: 31</b>
	<b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Dentro do contexto em que o município se encontra politicamente, passamos por algumas dificuldades no processo de trabalho e mudança de gestão. O desenho representa uma árvore que quer e precisa brotar. Para isso também necessita da água que são os recursos no trabalho.”		
<b>Qualidade</b>	Está passando por algumas dificuldades de funcionamento, entretanto estou disponível para ajudar no que estiver a meu alcance.		
<b>Sentimento</b>	Mudança; perseverança; determinação.		
<b>Metáfora</b>	“Com o “caminhar”, um passo por vez para conseguirmos avançar.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS caminhar</i> é aquela onde o pertencimento se expressa pelo desejo de ajudar, mesmo em meio às dificuldades do funcionamento, despertando sentimentos de perseverança e determinação.		

Fonte: Elaborado pela autora.

Fica patente que o reconhecimento das dificuldades, ao contrário do que ocorreu em outros mapas, serviu, neste caso, para impulsionar a ação e o envolvimento com o território. Este desejo de contribuir aliado à percepção das necessidades da comunidade ressignifica a atuação no sentido do compromisso social da profissão, compreendido, segundo Yamamoto (2007), como a abrangência da ação profissional, no sentido de atender às demandas da classe pobre e de responder às inquietações dos psicólogos diante da questão

social. Esta temática expressou-se também na entrevista da participante, o que pode ser constatado no fragmento abaixo:

[...] o que mais me potencializa dentro do território onde eu trabalho é ver que o povo precisa, que as pessoas precisam da saúde, né, é ver que realmente a gente precisa estar ali, [...] e a vontade que as coisas melhorem também, mesmo na situação que nós nos encontramos hoje, a gente tem essa vontade, a gente tem esse desejo, né. Ninguém quer... a gente não quer modificar o mundo, né, mas eu acho que o pouco que a gente faz contribui sim, pra melhorar, sim, né, mesmo que seja numa cidade pequena, mínima, mas é a nossa contribuição. Eu acho que a gente tem... tem que ter esse comprometimento.” (ENTREVISTA RSFC 10).

### 5.1.5 Caminhos significativos do território

No item 5 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos foi pedido aos participantes que descrevessem os principais caminhos percorridos no território e a finalidade com que o faziam. Em nossas análises, as respostas a este item agruparam-se nas seguintes categorias, de acordo com a frequência e o que entendemos por cada uma delas:

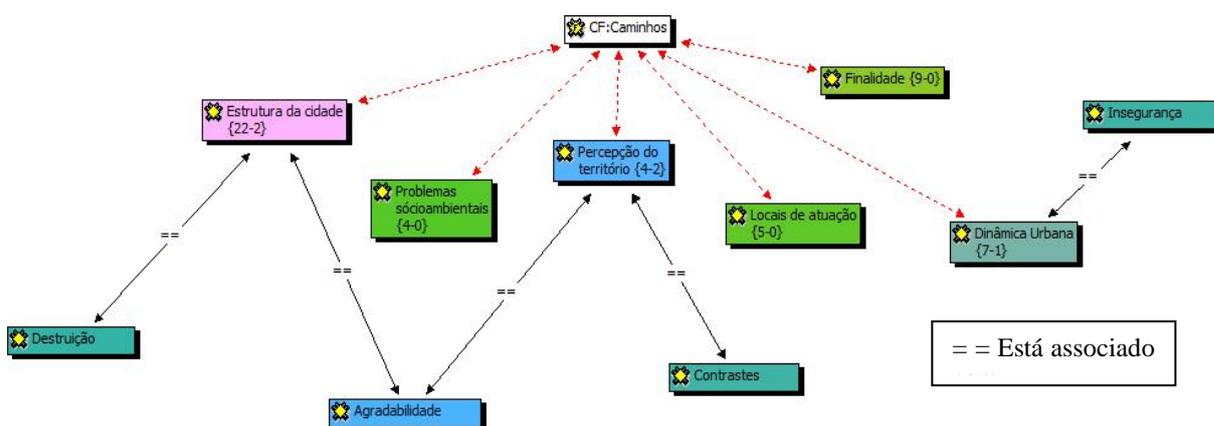
Tabela 1 – Categorias e frequência da Família “Caminhos Percorridos”, do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.

<b>Caminhos percorridos</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Descrição</b>
Estrutura da Cidade	22	Respostas em que apareceram elementos da estrutura física da cidade onde o residente está inserido.
Finalidade	09	Principais motivos pelos quais os caminhos são percorridos.
Dinâmica Urbana	07	Respostas que evocam eventos cotidianos da cidade, que fazem parte da dinâmica da vida de seus habitantes.
Locais de Atuação	05	Respostas que referiram somente o serviço de atuação, no que tange à sua estrutura física.
Percepção do Território	04	Agrupa os sentidos e qualificações atribuídas à cidade, pelo sujeito.
Problemas Socioambientais	04	Refere-se aos problemas sociais e ambientais que o sujeito encontra no território de atuação.

Fonte: Elaborada pela autora.

Posteriormente, verificou-se a associação destas categorias com as imagens de destruição, insegurança, contrastes e agradabilidade, ainda que esta última não tenha sido expressa na construção dos mapas afetivos dos participantes. A análise realizada com o auxílio do software Atlas.ti permitiu a construção do esquema gráfico apresentado abaixo, que possibilita uma melhor visualização das relações encontradas entre as categorias:

Figura 14 – Esquema da relação entre categorias encontradas no item 5 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos



Fonte: Elaborado pela autora, por meio do Atlas.ti

Os dados apontam para a imagem de agradabilidade relacionada à cidade, por parte dos residentes inseridos no campo do Interior, o que fica claro na fala da RSMC 05, que descreve os caminhos por onde passa nos seguintes termos: “CAPS para as comunidades. As belas paisagens como as praias, o povo trabalhador pelo caminho e a criatividade dos pobres que mais frequenta o serviço.”, ou, ainda, na exposição da RSFC 07, que descreve a estrutura da cidade a partir de seu trajeto: “Minha casa à UBS R., que chego percorrendo uma avenida larga, passo por terrenos abertos e avisto uma montanha ao fundo. Lembro de como é bom viver no interior”. Os contrastes também apareceram em relação à cidade, desvelando, principalmente, as desigualdades socioeconômicas e a segregação espacial. Este último fenômeno, segundo Negri (2008), é multifacetado, reflete e reproduz as distâncias sociais entre os sujeitos ricos e pobres, determinadas pelos aspectos políticos, socioeconômicos e culturais. Isto pode ser percebido, por exemplo, no que a RSFC 06 aponta na questão: “As diferenças entre as distintas partes da cidade que por um lado é tão bonita, limpa e organizada e de outro em suas “entranhas” é tão opressora e desigual.”.

Por sua vez, a insegurança foi manifesta em relação à dinâmica da cidade, tanto no campo do Interior como na RMF, expressando a falta de proximidade entre as pessoas,

assim como encontramos nos mapas em relação ao serviço. Isto pode ser percebido na fala de RSMC 03, inserida na RMF: “Tudo parece muito novo e desconhecido porque é uma cidade grande e muito diferente de onde eu vim. Nas ruas reparo nas crianças sozinhas, pedindo esmolas [...]”. A imagem de destruição expressou-se, também, tanto associada ao município como ao próprio serviço, o que se pode perceber na fala da RSFC 17, inserida no interior: “De casa, passo por várias casas, esgotos a céu aberto, construções, lixos na rua, PSF em condições precárias.”.

Como afirma Rua (2006), atualmente, o contexto rural constitui parte da espacialidade do capitalismo, resguardando relações de poder e tornando-se mercadoria comercializável. Frente a isto, segundo o autor, o sistema econômico recria o rural, no que tange à interação cidade-campo, a que o autor denomina “urbanidades no rural” produzindo novas territorialidades. Deste modo, é comum que o profissional acabe deparando-se, no contexto rural, com problemas próprios do urbano, como ficou patente, principalmente, nas imagens de destruição e insegurança, acima apresentadas. Por outro lado, ainda assim, permanecem especificidades do campo rural que o diferenciam substancialmente da dinâmica da metrópole, impossibilitando tomar estas duas realidades como similares. O trânsito mais fluido, um cotidiano menos acelerado e o predomínio de uma paisagem mais natural são aspectos que caracterizam o rural e podem contribuir para a percepção de uma maior agradabilidade.

Quanto à finalidade com que percorrem os caminhos, o principal trajeto citado foi o deslocamento de casa para o serviço, onde se deparam com os contrastes da cidade, a dinâmica urbana e os problemas socioambientais citados, os quais dizem respeito à seca, à pobreza e à condição de vulnerabilidade a que as comunidades usuárias dos serviços estão submetidas.

## **5.2 Novos contrastes no território: dificuldades e potencialidades caminhando juntas**

Abordaremos, a seguir, questões que visaram contemplar o primeiro objetivo específico de nosso estudo. As duas últimas questões do Instrumento Gerador dos Mapas afetivos requereram dos participantes a reflexão acerca do que gostam no serviço e do que poderia melhorar nele. Em nossas entrevistas, retornamos a estas questões de modo mais aprofundado, expandindo a reflexão para o território de atuação e permitindo que os sujeitos acrescentassem novos elementos às suas respostas, de modo a visibilizar as dificuldades e potencialidades com que se deparam no cotidiano.

### 5.2.1 O que precisa melhorar

No que tange à questão do que poderia melhorar no serviço, as respostas dos psicólogos-residentes agruparam-se nas seguintes categorias, de acordo com a frequência e o que compreendemos por cada uma delas:

Tabela 2 – Categorias e frequências da grande categoria “O que poderia melhorar no serviço”, do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.

<b>O que poderia melhorar</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Descrição</b>
Funcionamento do Serviço	12	Relacionada à lógica organizativa do cotidiano do serviço. envolve respostas que evocam a necessidade de reestruturação e redefinição do modo como o equipamento se põe à serviço da comunidade, no que tange aos aspectos institucionais, burocráticos e do cotidiano.
Estrutura Física	06	Considerações de que a estrutura física do serviço precisa ser reformada e, mesmo, repensada.
Gestão	05	Referente à necessidade de uma postura mais coerente, por parte da gestão, e à crítica acerca de aspectos, relações e comportamentos de alguns gestores.
Trabalho em Equipe	05	Refere-se à avaliação de que o trabalho interprofissional – seja intersetorial ou não, entre profissionais da mesma categoria ou de categorias diversas – não se efetiva, carecendo
Compromisso	04	Identificação da necessidade de um maior envolvimento e compromisso social para com o serviço.
Ideologia do Serviço	04	Relaciona-se aos pressupostos básicos adotados no modelo de funcionamento cotidiano do serviço, impactando nas relações e práticas possíveis de se efetivarem aí. Não significa somente o que é preconizado pelas políticas de saúde, mas muito mais às dinâmicas e visões que se naturalizam na cultura do serviço, de modo informal.

Fonte: Elaborada pela autora.

Já nas entrevistas, as repostas acerca das dificuldades no território, que entendemos como questão correspondente à supracitada, convergiram tanto em categorias comuns como em novas categorias, como:

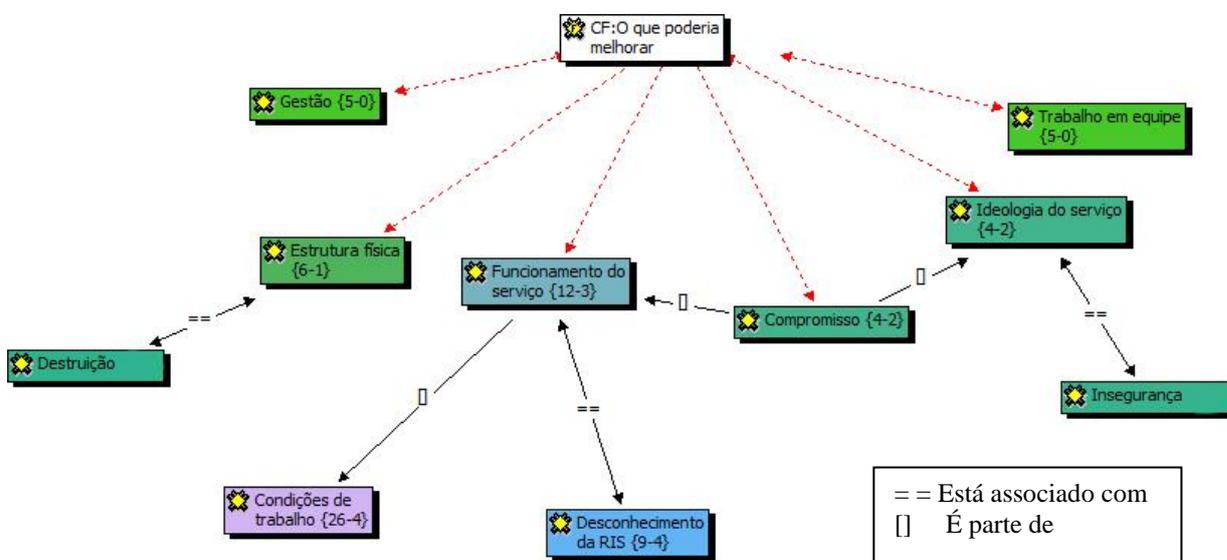
Tabela 3 – Categorias e frequências da grande categoria “Dificuldades”, das Entrevistas.

<b>Dificuldades</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Descrição</b>
Condições de trabalho	26	Envolve tanto as solicitações feitas pelos diversos atores do serviço (usuários, profissionais e gestores), como as condições estruturais do espaço físico do serviço e materiais disponíveis para o trabalho.
Gestão	20	Idem à tabela anterior.
Trabalho em equipe	18	Idem à tabela anterior.
Relações de poder	13	Refere-se ao relacionamento entre profissionais, que envolve como que a tentativa de estabelecer uma “hierarquia” entre as categorias, definindo tencionamentos e demarcação de espaços profissionais, no campo de práticas.
Funcionamento do serviço	09	Idem à tabela anterior.
Desconhecimento da RIS	09	Percepção de que a gestão, os outros profissionais e, mesmo, atores inseridos no programa não compreendem a proposta desta formação em serviço.
Ideologia do serviço	05	Idem à tabela anterior.

Fonte: Elaborada pela autora.

Nos esquemas a seguir, podem ser visualizadas as relações encontradas entre as categorias dos dois instrumentos e suas correlações:

Figura 15 – Esquema das relações entre as categorias encontradas no item 8 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos associadas às Entrevistas

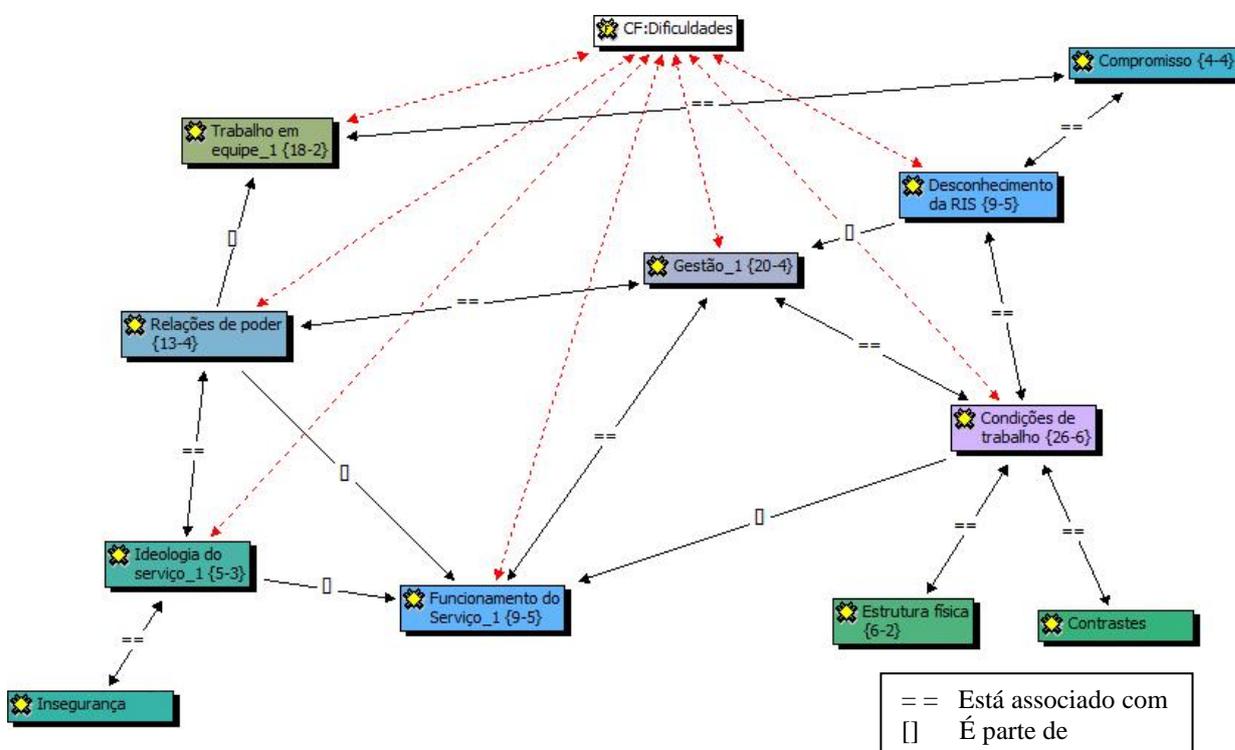


Fonte: Elaborado pela autora, por meio do Atlas.ti

A principal categoria encontrada, nesta parte da análise, foi o Funcionamento do serviço, que faz parte das Condições de trabalho em que o residente está inserido, é integrado pela necessidade de Compromisso e está relacionado ao Desconhecimento da RIS. Dentro desta categoria, os sujeitos refletiram a necessidade de melhorias de “[...] condições de trabalho, disponibilidade de transporte para realizar visitas domiciliares, material adequado para atendimento psicológico com crianças.” (RSFC 10) e reconheceram a “burocratização” (RSFC 08) existente no serviço, a qual, consonante ao que foi identificado na pesquisa de Feitosa (2011), dificulta e, mesmo, impede a realização de ações no território e o acesso do usuário ao setor saúde.

Outra categoria que se mostrou expressiva foi a Estrutura física do serviço, que evoca a concepção do “[...] serviço marcado pelo desconforto da instituição” (RSMC 03), o que aponta para a imagem de destruição e o desejo de “Espaços de encontro e descanso. Música e cores.” (RSFC 07). Da mesma forma, diante da Ideologia do serviço, caracterizada como “[...] completamente manicomial.” (RSMC 02), onde impera a “[...] Centralização, pouca comunicação, hierarquia entre profissões da saúde.” (RSFC 07), expressou-se a imagem de insegurança, desvelando, também as Relações de poder que apareceram de modo expressivo nas entrevistas, como pode ser observado no esquema abaixo:

Figura 16 – Esquema das relações entre as categorias encontradas nas Entrevistas, referentes às dificuldades, relacionadas à do item 8 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos



Fonte: Elaborado pela autora, por meio do Atlas.ti

Na grande categoria Dificuldades, as Relações de poder expressaram-se associadas tanto à Gestão (Municipal e do serviço) quanto às relações mais micro, interprofissionais, o que pode ser constatado na afirmativa de que “[...] quando você chega no espaço, no ambiente, no cenário de práticas, já existe um status quo, já existe uma... relações de poder de modo geral que se estabeleceram lá durante longo tempo, né?” (RSMC 01), com isto, o residente parece sentir-se confrontado com “[...] a resistência de muitos profissionais, né, porque é meio que a gente chegou no território deles, então, mandam muitos residentes e, de certa forma, é o território deles e eles ficam ameaçados.” (RSFC 12). Esta fala coloca um ponto importante para nossas reflexões que é a demarcação de territórios, por parte dos profissionais, tanto de maneira simbólica, metafórica, como física. O território constitui-se de poder, como afirma Santos (1999), e a ameaça a este poder estabelecido, pelo novo sujeito – residente – que o adentra e o modifica com sua chegada, gera angústia e tensionamento pelo novo jogo de forças que se estabelece, já que também o residente iniciará seu processo de demarcação de território, de lugar para enraizar-se no campo de práticas.

Ajunte-se a estas considerações a persistência e primazia da prática médica que foi identificada por meio da constatação da centralidade do serviço nos atendimentos médicos e, inclusive, no fato de que “[...] não tem carro, um dia tem no outro dia não tem. [...] tem pros médicos, mas não tem carro pro pessoal, pras outras categorias.” (RSFC 12). Uma outra postura inerente a esta questão, que nos chamou atenção, foi a Relação de poder apontada dentro da própria Psicologia, no sentido da defesa do que se acredita ser “propriedade” da profissão, impedindo as trocas de saber, as atuações partilhadas, inviabilizando o Trabalho em equipe e entravando a integração interprofissional, como refletiu o RSFC 06:

Até parece que o conhecimento psicológico é uma coisa que tem que defender, tem que guardar, né? Falamos muito do Ato Médico e na prática nós nos comportamos muito semelhante a eles, de uma forma defensiva. Por que não compartilhar formas de agir e algumas instrumentalizações psicológicas com outras categorias e aprender com elas também, né? Tem muito medo de perder o que é nosso. A gente não vai perder o que é nosso, a gente vai, inclusive, enriquecer, compartilhando com outras categorias, mas esse sentimento não é o predominante na academia e aqui se reflete também, né, as pessoas chegam muito travadas e... e tem uma dificuldade de compartilhar não só conhecimento da sua área profissional, mas também compartilhar decisões, compartilhar angústias, inclusive.

Este encastelamento do saber reproduz ideologias de dominação que reforçam uma atuação fragmentada, individual, descontextualizada e afastada da realidade da comunidade, uma vez que o profissional acaba fechando-se ao encontro com os outros ao adotar uma postura, até mesmo dentro da equipe, de quem manda mais porque sabe mais que os outros, atribuindo a si o poder de gerir a vida dos usuários por diversos meios, desconsiderando as outras formas de saber, inclusive o saber popular.

Merece destaque, ainda, a categoria Condições de trabalho, que apareceu com maior frequência dentre as dificuldades encontradas no serviço, relacionando-se à imagem de contrastes, na reflexão, por exemplo, de que

apesar da estrutura do CAPS ser, de certa forma, agradável, apesar da cidade ser quente lá tem ar-condicionado, mas existem pequenos detalhes, como esse da pia, que envolvem muita coisa, por exemplo, a senhora que é copeira já tem uma certa idade, tá perto de se aposentar, ela tem hérnia de disco, a pia tá em cima de uma cadeira de plástico, daquelas cadeiras branca, a altura na qual ela tá... ela por mais que seja baixinha, tem que se curvar. Eu, quando eu vou limpar alguma coisa, eu sinto dor, e é que eu faço academia, ela que tem hérnia de disco todo dia tá sentindo dor e frequentemente tá indo ao médico, tá fazendo fisioterapia, mas mesmo assim... (RSMC 04).

Este relato reflete as condições precárias em que o serviço encontra-se em termos de estrutura física, a qual é caracterizada por outra residente como “[...] fragmentada e que você se vê numa estrutura física que, às vezes, não dá condições pra você tá fazendo grupo, pra você tá atendendo como deveria.” (RSMC 05).

A principal queixa dos profissionais entrevistados, quanto às Condições de trabalho, diz respeito, ainda, ao problema da falta de carro para a realização de visitas domiciliares, fazendo com que os profissionais as realizem utilizando o próprio carro, como relata a RSFC 10: “Eu faço no meu carro, de vez em quando, mas não gosto de contar porque não é legal, porque senão... aí vai dizer ‘ah, ela vai no carro dela’, né.”. Este discurso apresenta, igualmente, o receio de que conseguir um meio alternativo para realizar a atividade gere acomodação por parte da gestão e das Secretarias de Saúde dos Municípios. Neste sentido, consideramos que outros meios podem ser utilizados para a realização de visitas, sendo até mais promotores de vínculos com os usuários, como por exemplo, a caminhada comunitária, que viabiliza melhor conhecimento do território e das pessoas que o habitam e a experiência ambiental do contexto de atuação, entretanto, é óbvio que não podemos, também, deixar de lado a necessidade de se operacionalizar ações no serviço que necessitam de um meio de transporte veloz, além do fato de algumas visitas, devido à distância, serem inviáveis sem um carro. Importa ressaltar, do mesmo modo, a necessidade de se lutar por um serviço de qualidade, que disponibilize todos os recursos necessários ao profissional para o melhor atendimento da população, de forma que a Gestão não seja desresponsabilizada de suas atribuições, como receia a participante.

Como nos apresentou outra respondente, esta precariedade põe o profissional, residente ou não, diante das situações mais inusitadas, como por exemplo, a que ela relata:

Teve um dia da gente chegar de ônibus lá, o setor do transporte nos mandou de ônibus [...], três pessoas dentro do ônibus pra ir pra unidade de saúde, né, que é a falta de viabilização. E essa é uma coisa que estressa muito e desmotiva muito a gente, por conta da gente tá disposto. (RSFC 14).

Como fica explícito, esta questão relaciona-se à segunda categoria com maior frequência, que é a Gestão, principalmente municipal, que impacta diretamente no Funcionamento do serviço e nas Condições de trabalho oferecidas ao profissional. Como anteriormente refletimos, as mudanças nas gestões municipais reconfiguram os serviços de saúde e, por vezes, acabam inviabilizando o atendimento aos usuários, ainda que temporariamente, pois engendra processos como o descrito pelo RSMC 04: “[...] teve uma demissão em massa e nós hoje estamos é... abrindo o serviço, estamos mantendo o serviço. Então, isso é complicado... inclusive ilegal.”. Contudo, esta responsabilidade inapropriada atribuída ao residente pela Gestão relacionou-se também, em nossas análises, ao Desconhecimento da proposta da RIS. Obviamente, não falamos de um desconhecimento acidental ou por falta de acesso à informação, já que tanto a ESP quanto os residentes referem

os espaços de divulgação da proposta da RIS, antes, o que parece ocorrer é o que encontramos na fala do RSMC 04: “[...] eles [a gestão municipal] veem a gente como mão-de-obra barata, uma vez que a... o financiamento não parte dos fundos municipais, mas federal.”. Desvelam-se aí as Relações de poder relacionadas a estes arranjos, expresso pela RSFC 13:

[...] como interiorizou e a nossa instituição executora fica a cargo do município, né, das Secretarias de Saúde dos municípios, a gente sente diretamente na pele, né, no processo de trabalho, é... o que todos os profissionais que estão no interior sentem, a precarização, [...] questões de politicagem e isso acaba... Embora a gente tenha a segurança de estar na Residência, que acaba sendo um lugar que dá uma abertura pra discutir as questões... algumas questões, de ter mais liberdade, né, de questionar, mas, infelizmente, as questões que o município vivencia, principalmente, do coronelismo isso ainda é muito evidente e acaba atrapalhando muito a nossa prática.

Este desconhecimento, no entanto, não é exclusivo da gestão municipal, segundo o que os participantes percebem, também os outros profissionais do serviço compartilham dele, além de algumas preceptorias, o que pode ser percebido na fala da RSFC 13:

[...] a preceptoria ainda sem compreender muito bem o que é... o que é a Residência, né, até porque a maioria dos nossos preceptores eles entraram nesse processo por indicação política, pra se manter nos seus empregos [...], foi uma... uma estratégia de manter algumas pessoas ainda nos seus cargos.

### ***5.2.2 O que gosto no serviço***

No penúltimo item do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos, indagamos aos usuários o que eles gostam no serviço e, na última pergunta da Entrevista pedimos que refletissem sobre o que potencializa a atuação no território. Consideramos que estes questionamentos são correlatos e apontam para os aspectos presentes no território de atuação que aumentam a potência de ação dos profissionais. A análise da primeira questão supracitada revelou a frequência das categorias como segue:

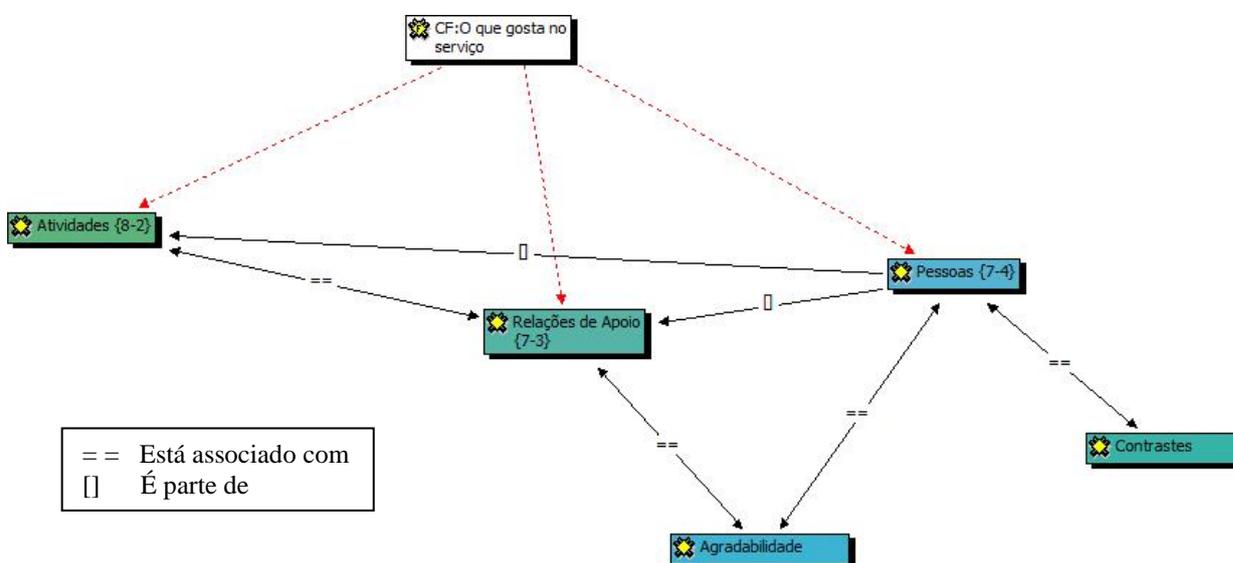
Tabela 4 – Categorias e frequências da grande categoria “O que gosta no serviço”, dos Mapas Afetivos.

O que gosta no serviço		
Categoria	Frequência	Descrição
Atividades	8	Relaciona-se às práticas desenvolvidas em campo.
Pessoas	7	Referente aos atores que compõem o serviço, como usuários, outros profissionais e gestores.
Relações de apoio	7	Percepção de que as relações com outros sujeitos do território (usuários, profissionais dos equipamentos comunitários e da RIS, gestores) oferecem suporte para enfrentar as dificuldades.

Fonte: Elaborada pela autora.

Estas categorias podem ser visualizadas no esquema abaixo, juntamente com as relações que se estabeleceram referentes à questão das potencialidades:

Figura 17 – Esquema das relações entre as categorias encontradas no item 7 do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.



Fonte: Elaborado pela autora, por meio do Atlasi.ti

Neste caso, a frequência mais alta foi da categoria Atividades, que se refere às atuações realizadas junto aos usuários. Concentram, portanto, as práticas de acolhimento, grupos, atividades interprofissionais, entre outras, expressando que a atividade laboral por si está carregada de um afeto positivo, que aumenta a potência de ação. Deste modo, está

relacionada à categoria Pessoas, compreendida como abrangendo usuários, profissionais e funcionários, uma vez que afirmam gostar “De entender as pessoas, de acolhê-las e levar um pouco de esperança através do alívio do sofrimento.” (RSMC 05).

Relações de apoio também se expressaram como categoria relevante, evocando a concepção “Da responsabilidade da equipe, da receptividade dos usuários e das vinculações que fazemos.” (RSMC 01), o que se relaciona à imagem de agradabilidade e potencializa as práticas, já que permite ao sujeito saber que não está sozinho para realizá-las.

Quanto às respostas obtidas por meio das Entrevistas, que se relacionam com as supracitadas, estas se agruparam como segue:

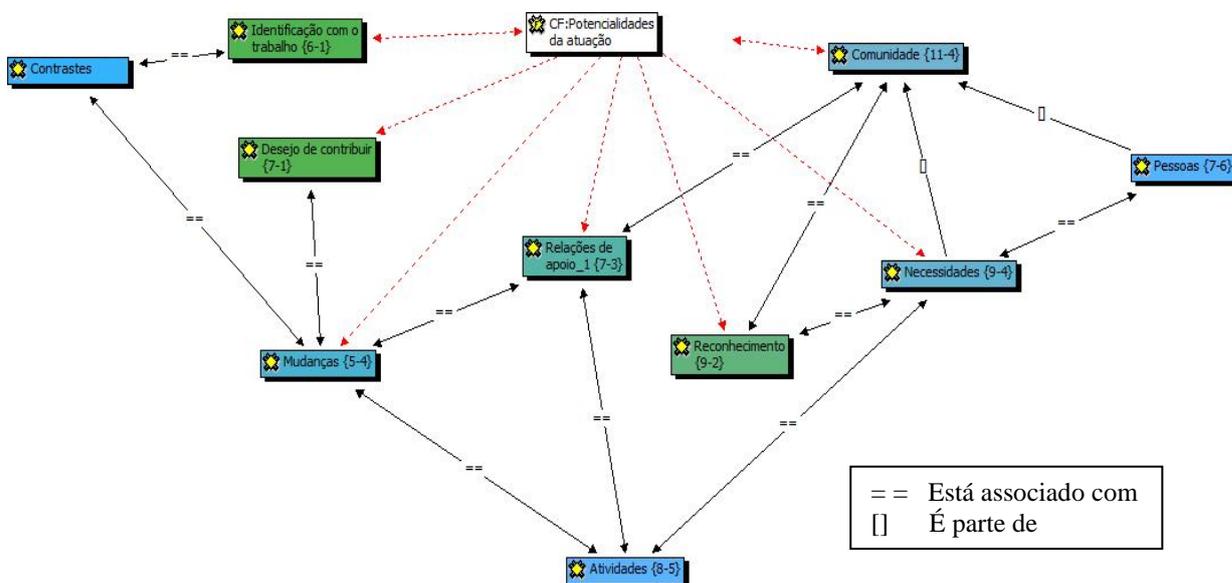
Tabela 5 – Categorias e frequências da grande categoria “Potencialidades da atuação”, das Entrevistas.

<b>Potencialidades da Atuação</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Descrição</b>
Comunidade	11	Referente à percepção da comunidade onde o serviço situa-se, com seus lugares e dinâmica, como potencializadora, constituída de bons encontros que aumentam a potência de ação.
Necessidades	09	Referente às demandas dos usuários, as quais dotam de a ação profissional de um sentido de utilidade.
Reconhecimento	09	Quando a comunidade e outros profissionais reconhecem o trabalho do residente, avaliando-o de modo positivo.
Desejo de contribuir	07	Diante das necessidades dos usuários, da proposta política do serviço e das condições de exclusão e exploração a que os sujeitos estão expostos, o profissional acredita e deseja contribuir para realidades mais equânimes e é isto que move sua ação.
Pessoas	07	Idem à tabela anterior.
Relações de apoio	07	Idem à tabela anterior.
Identificação com o trabalho	06	Consideração de que está fazendo o que gosta. Refere-se a sentir-se identificado com a proposta do serviço e com o trabalho em si.
Mudanças	05	Identificação de modificações positivas no território, decorrentes do trabalho dos residentes e dos profissionais do serviço de modo geral.

Fonte: Elaborada pela autora.

As relações entre estas categorias são representadas pelo esquema:

Figura 18 – Esquema das relações entre as categorias encontradas na Entrevista, sobre o que potencializa a atuação do psicólogo.



Fonte: Elaborado pela autora, por meio do Atlas.ti

A categoria Comunidade, de acordo com nossas análises, apresentou maior frequência na identificação do que potencializa a atuação do psicólogo-residente em seu território de práticas, figurada na

[...] sinceridade da comunidade diante das coisas que a gente tenta fazer com elas. É... a comunidade é muito sincera, às vezes sai até sem dizer nada e a gente vê que, na maioria das vezes, a gente tá se passando, né? (RISOS) A gente tá fazendo errado. Então, essa sinceridade é o que alivia as tensões, né, e também que dá um certo gás pra gente continuar atuando. (RSFC 09).

Sendo geográfica e territorialmente delimitada, a comunidade possui, entre outras características, a partilha de laços históricos e culturais, de demandas e potencialidades, de atividades sociais e econômicas, de uma determinada representação social, apropriação do espaço físico e social, bem como um sentimento de comunidade partilhado entre seus membros, que fomenta uma dinâmica própria e singular (GÓIS, 2008). Neste sentido, resgatamos resposta de uma das residentes:

O que eu mais gosto de trabalhar no território com a comunidade, é compreender como as pessoas vivem, né, e... e eu acho que é uma compreensão muito sutil, muito delicada, que a gente ainda tem que trabalhar muito pra ter, é entender como é que as pessoas se cuidam no seu dia-a-dia. As pessoas vêm se cuidando há muitos séculos e não estão morrendo, elas adoecem, mas elas encontram alguma forma de se cuidar, de se organizar. E eu acho que a gente tem... e eu, como psicóloga, vejo que a gente precisa se aproximar mais destas formas de vida, como... compreender isso melhor e tentar se aproximar disso, invés de ficar criando sempre estratégias que estão longe da realidade das pessoas. (RSFC 07).

Segundo as análises, a Comunidade possui Necessidades, as quais, assim como expusemos do mapa afetivo RSFC 10, viabilizam a ressignificação do trabalho do residente, dentro da perspectiva de poder contribuir para amenizar as demandas dos usuários, como pode ser ilustrado pela falada SFC 12: “Quando eu penso que a população realmente quer e necessita. Acho que isso potencializa muito o meu trabalho, o reconhecimento e a necessidade tão... com o meu trabalho.” (SFC 06). O sentir que o usuário precisa de seu trabalho, bem como o Desejo de contribuir, foram elencados como um dos fatores que potencializa o trabalho, uma vez que permite “[...] sentir e saber que eu posso tá proporcionando uma melhor qualidade de vida pras pessoas de alguma forma, né.” (SFC 06). Por outro lado, os residentes também apontaram, junto a isto, a abertura dos profissionais do território, pela via das Necessidades, como algo potencializador, uma vez que gera acolhimento das propostas e ações:

existe uma receptividade muito grande de outros setores, sabe? Uma necessidade e, por conseguinte, uma receptividade muito grande deles... tanto o pessoal da atenção básica, quanto também de Ongs, de toda a comunidade em geral, né? Eles são receptivos pra isso, pra você tá fazendo uma proposta, tá chamando, tá engajando eles todos, né? [...] isso foi uma coisa que me auxiliou bastante lá no território, né? (RSMC 01).

Este Reconhecimento do trabalho do psicólogo, por parte dos outros profissionais e das comunidades, foi ressaltado como uma conquista profissional e implicação do próprio usuário com o serviço, fazendo com que o psicólogo sinta-se valorizado, apoiado e, em contrapartida, comprometa-se socialmente com a comunidade pobre. Estas reflexões ganharam forma a partir da fala do RSMC 04, que refere um fato acontecido em seu campo de práticas:

Quando houve a demissão da psicóloga do CAPS, os pacientes que eram atendidos por ela resolveram ir à Secretaria e à prefeita pra lidar com eles, saber da situação. Eles deram um desculpa qualquer, óbvio, tanto o Secretário como a prefeita... mas esse tipo de engajamento da população é... no meu ponto de vista, é bastante importante, porque eles... isso é um tipo de valor que é dado ao serviço que a gente faz, apesar da gente não receber financeiramente, a gente percebe um investimento afetivo por parte dos pacientes. (RSMC 04).

A recorrência da categoria Identificação com o trabalho emergiu associada à imagem de contrastes, significando um modo de enfrentar as dificuldades experimentadas no território. Desta forma, mesmo percebendo o que despotencializa sua ação, o psicólogo-residente busca em sua opção profissional uma forma de afirmar-se e tentar minimizar suas angústias. Ainda que isto nem sempre se mostre efetivo de todo, alia-se a outras potencialidades, permitindo este enfrentamento. Podemos perceber esta identificação na fala

da RMC 04: “eu estou no canto que eu gosto. Então, isso me motiva a o quê? A procurar outras formas, né, de tá... formas criativas pra poder tá, de uma certa forma.”

### **5.3 Formando profissionais para o trabalho em saúde**

Neste momento, passamos à discussão do segundo objetivo, a formação profissional para o trabalho em saúde, que de modo algum está dissociada do que vínhamos trabalhando, até porque abordamos uma modalidade de formação em serviço, que se efetiva em um território específico, engendrando afetações diversas, como exposto acima. Esta formação, bem como os afetos gerados no encontro com o campo de práticas, impactam nas ações realizadas no território, uma vez que aumentam a potência de ação do residente, impulsionando-o a modos criativos de atuar, ou a diminuem implicando-o de modo negativo e conduzindo-o a passividade da reprodução de práticas instituídas, incoerente com a proposta atual do setor saúde. Deste modo, ao final desta seção nos debruçaremos sobre nosso último objetivo, o de visibilizar as práticas que têm sido direcionadas a estes territórios, por parte dos residentes.

#### ***5.3.1 A formação acadêmica***

Por meio das Entrevistas semiestruturadas, buscamos explorar a formação acadêmica dos residentes e sua avaliação quanto a este processo, no que tange à instrumentalização para o trabalho no SUS. Dos participantes deste estudo, 11 procediam de Universidades Públicas e 7 de Instituições de Ensino Superior (IES) Privadas, como expomos na Tabela 1 (conferir na p. 143). Destes, quatro participantes ressaltaram experiências de monitoria ao longo da graduação, 13 relataram ter participado de Projetos e Núcleos de Extensão e 10 afirmaram a participação em projetos de pesquisa, quer ligados à área da saúde ou não.

Nas análises, emergiram as seguintes categorias, de acordo com a frequência:

Tabela 6 – Categorias e frequências da grande categoria “Formação Acadêmica”, das Entrevistas.

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Descrição</b>
Extensão	21	Referência às experiências de Extensão universitária.
Experiências profissionais	18	Atuações profissionais anteriores à RIS.
Estágio	14	Atuações profissionais, na condição de aprendiz, durante a graduação, como parte obrigatória do curso ou não.
Ensino	12	Experiências em monitoria ou outras atividades de ensino-aprendizagem durante a graduação.
Outros espaços de formação	12	Participações em entidades estudantis, movimentos sociais/comunitários, entre outras experiências.
Pesquisa	12	Participação em atividades de pesquisa.
Defasagens	11	Avaliação do que não foi satisfatoriamente contemplado pela na graduação, em termos da formação.
Contribuições	10	Avaliação de aspectos positivos da graduação.
Currículo	08	Percepções acerca da grade curricular do curso de graduação e da proposta de formação como um todo.
Teórica	07	Consideração de uma graduação mais voltada para aspectos teóricos, sem que se contemplasse satisfatoriamente a prática.
Abordagens	06	Abordagens teóricas consideradas importantes para a prática atualmente desenvolvida.
Professores	05	Avaliação positiva da condução de algumas disciplinas da graduação, por parte de professores específicos.

Fonte: Elaborada pela autora.

As relações entre estas categorias pode ser ilustrada pelo seguinte esquema:



[...] a gente aprende na prática, né?” (RSFC 10). Deste modo, a mesma respondente considera que “[...] a Faculdade contribui pra gente fazer a parte teórica e pra aplicar no campo da prática, mas as realidades do campo, é completamente diferente do que prega a academia”.

Quanto à formação acadêmica, os residentes consideraram que a academia “[...] deu suporte, sim, muito suporte. Na verdade, [...] isso eu fui conseguir compreender depois que eu estava dentro do serviço de saúde” (RSFC 07). Deste modo, as Contribuições da formação permitiram que fosse qualificada satisfatoriamente, como se percebe no segmento:

[...] foi uma formação muito tranquila, muito fluida, me identifiquei muito, os professores muito comprometidos. E, eu acho que, como eu tive a oportunidade de vivenciar muito Saúde Pública e Coletiva, né, eu acho que fui muito feliz, eu realmente gostava e eu tive acesso a isso, né. (RSFC 12).

A consideração destas Contribuições relacionou-se ao Currículo acadêmico, o qual desde a aprovação das novas Diretrizes Curriculares, tem sido reformulado, nas diversas IES, com vistas a contemplar uma formação mais abrangente, contextualizada, comprometida e coerente com as demandas sociais. Isto se expressou, por exemplo, na fala do RSMC 01, quando este afirmou que:

[...] facilitou bastante isso, porque esse currículo novo ele abrangia várias questões pertinentes à saúde, né, particularmente, e também abrangia muito questões práticas, né? Tinham umas cadeiras chamadas Práticas Integrativas, PITs, né? Que eram práticas que você ia no território, no espaço vivenciado, né, como se fossem pequenos estágios. E, sim, a graduação me auxiliou bastante, várias cadeiras focadas na saúde [...].

Por outro lado, em contraste a estas afirmativas, as Defasagens identificadas referem-se à insuficiente discussão do SUS e ao pouco amadurecimento da Psicologia da Saúde nas disciplinas ofertadas, como se expressa nas falas a seguir: “[...] discutir SUS, é, na faculdade de Psicologia, ainda é uma coisa um pouco distante, né?” (RSFC 07); “[...] a Psicologia da Saúde é muito nova, né, então a gente viu coisas muito por cima [...]” (RSMC 05) ou “[...] Saúde Pública, de Atenção Básica, nós não temos disciplinas, pelo menos, não tinha no meu currículo obrigatório.” (RSFC 11). Também foi identificada a predominância do modelo clínico tradicional:

[...] a gente recebe uma formação muito voltada pra parte clínica e a gente se depara, quando a gente se forma, com uma realidade onde a gente vai ter que desempenhar um papel na te... na prática que, às vezes, a graduação não nos dá condições, a nível de conteúdo teórico, a nível de experiência mesmo prática [...] (RSMC 05).

Por fim, os sujeitos identificaram, como principais abordagens, que subsidiaram a formação o Humanismo, a Psicologia da Libertação, a Pedagogia da Libertação, a Psicologia

Analítica e a Psicologia Comunitária. Também foram elencados como Outros espaços de formação os grupos de estudo, cursos de curta duração, Especializações, movimento estudantil e movimentos sociais.

### **5.3.2 Residência em Saúde: “a onda do momento”**

Em um segundo momento das entrevistas, solicitamos que os participantes expusessem o que motivou a escolha por cursar a RIS e como a avaliavam após um ano de práticas. Em relação à opção pela formação em serviço, as respostas expressaram a Afinidade (18) com a proposta da RIS, como ocorreu, por exemplo, com a RSFC 12: “[...] conheci o que era a Residência, aí, eu falei ‘eu quero isso pra mim’, desde a graduação.”, e com a RSFC 09: “[...] por acreditar que essa proposta de cuidado em saúde é a que deve orientar o Sistema Único de Saúde, por isso que eu não quis outra Residência”. Outra categoria que orientou a escolha foi a visão do curso como uma boa Oportunidade (12), isto em termos de perspectiva de futuro: “O que me trouxe à Residência foi perspectiva de futuro, né, é... formação profissional (RSMC 04).”; e de aprofundamento de conhecimentos não abordados na graduação:

[...] com o passar de um ano de trabalho, eu fui percebendo como eu não conhecia os serviços de saúde, como eu não conhecia a rede de saúde de Fortaleza, é... ficou muito clara a fragilidade que eu tinha realmente de conhecimento, por não usar o serviço, também, por ter sempre utilizado plano de saúde. Enfim, uma série de contradições que foram vindo à tona. E, aí, eu vi na Residência a possibilidade de superar isso, me aproximar, assim, de conhecer muito melhor o serviço de saúde da minha cidade, compreender muito melhor que saúde era essa que eu tava discutindo e aí foi com esse intuito que eu fiz a Residência, né, de me aprofundar no tema da saúde mesmo. (RSFC 07)

A Recomendação (6), principalmente por parte de professores da graduação, foi outro aspecto que contribuiu para a inserção no programa: “[...] a Residência eu tive muita vontade de fazer por conta de uma professora que eu tinha, né? Que ela falava que era a onda do momento, agora, era a Residência, era uma oportunidade única de vivenciar a prática e ter a teoria, né.” (RSFC 12).

A avaliação da RIS, por parte dos psicólogos-residentes, fez emergir as categorias:

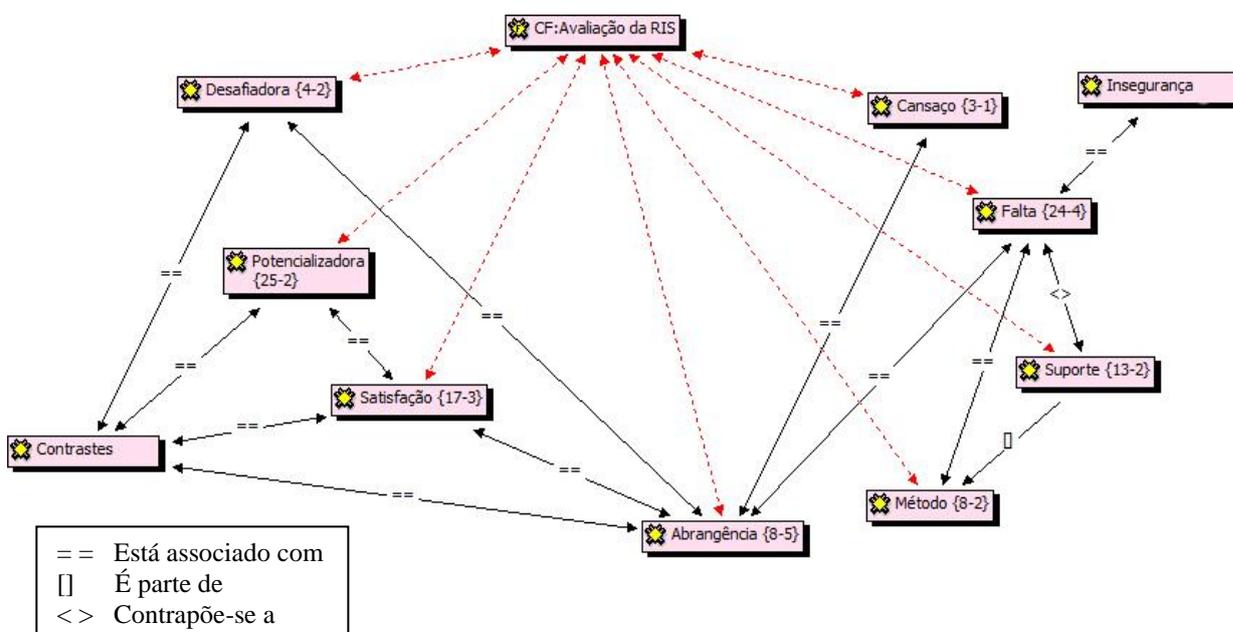
Tabela 7 – Categorias e frequências da grande categoria “Avaliação da RIS”, das Entrevistas.

Avaliação da RIS		
Categoria	Frequência	Descrição
Potencializadora	25	Avaliação RIS, como espaço que impõe desafios e potencializa as atuações.
Falta	24	Considerações sobre o que falta ao programa, em tanto em termos de recursos materiais quando do acompanhamento.
Satisfação	17	Afirmativas que denotam estar satisfeito em relação à proposta e experiência vivida na RIS.
Suporte	13	Avaliação da existência de um acompanhamento satisfatório por parte do programa da RIS.
Abrangência	08	Percepção da RIS como muito abrangente, devido ao grande número de residentes e à intensa carga horária, dificultando que os objetivos do programa sejam alcançados satisfatoriamente.
Método	08	Avaliação da proposta do programa e dos métodos utilizados.
Desafiadora	04	Referência à RIS como desafiante, dadas as dificuldades encontradas no território, como residentes.
Cansaço	03	Avaliação das exigências do programa.

Fonte: Elaborada pela autora.

A relação entre as categorias supracitadas podem ser esquematizadas como segue:

Figura 20 – Categorias referentes à avaliação da RIS



Fonte – Elaborado pela autora, por meio do Atlas.ti.

A RIS foi qualificada pelos psicólogos-residentes como uma experiência, acima de tudo, Potencializadora, como afirma o RSMC 01: “[...] a Residência ela é uma atuação potencializadora e tensionadora também, por natureza, né?”, que permite novas formas de implicação com o território do serviço, gerando mudanças na postura do profissional: “[...] eu vejo que a minha visão se ampliou, né, se modificou e se modifica a cada dia, pela questão do estudo, na prática, né.” (RSMC 05). Entretanto, esta categoria também expressou relação com a imagem de contrastes, exposta, por exemplo, na fala da RSFC 12: “Tem algumas falhas, mas também tem as potencialidades, então, a gente tá construindo junto.”, como se distingue nesta fala, os profissionais também reconhecem e referem os aspectos despotencializadores, contemplados pela categoria Falta, figurados, principalmente, na ausência de uma preceptoria mais atuante, uma tutoria mais próxima – “[...] a gente tá sem tutor e tal, e tem esses problemas.” (RSFC 12) – e os escassos financiamentos para o programa, como se reflete nesta fala: “[...] a falha da Residência seria assim, os preceptores, porque [...] convidam os preceptores, mas eles não têm nenhum ganho, [...] eles não têm incentivo financeiro, que já incentivam e os motiva.” (RSFC 12), o que, para a RSFC 16, é agravado pelo fato de que

[...] é uma Residência nova e quem escolhe os preceptores não é a Escola... porque eu acho que se fosse, né, seriam pessoas com maior perfil pra isso. Não, é o município. Então, como é o município, eles indicam qualquer pessoa e, aí, são pessoas que não têm o perfil profissional exigido e que o movimento prega.

À imagem de insegurança gerada por esta conjuntura, junte-se a falta de proximidade com a ESP, que aparece na fala: “[...] como essa Residência em base de saúde acontece nos municípios do interior, vários municípios espalhados, a gente fica muito distante da Escola de Saúde Pública.” (RSFC 18). Esta colocação insere-se na categoria Abrangência, na qual os profissionais expuseram que “O projeto da ESP é um projeto muito bom... mas muito audaz também, pelo fato de serem mais de 220 residentes [...]” (RSMC 04) e, ainda, na fala:

[...] hoje eu tô um pouco decepcionada, porque, assim... mas eu reconheço que o processo, quando é o primeiro, é muito... tudo muito difícil, né, porque tá tendo os ajustes, mas eu acho que essa Residência nesse formato tão grande atrapalha vários processos, assim, de acompanhamento do processo de aprendizagem, que é uma coisa mais aproximativa, né. Como ela é muito grande, muito espalhada por dez municípios (RSMC 03)

Também por esta Abrangência, emerge a categoria Cansaço, que se constitui das distâncias que precisam ser percorridas entre os campos de práticas e a ESP, bem como a intensa carga horária de 60 horas semanais: “[...] a questão da carga horária, né, é uma carga horária muito

puxada.” (RSMC 05). Nesta mesma direção, ao Método adotado são atribuídas algumas dificuldades, como a quantidade de conteúdos ministrados em cada módulo, além de “[...] muitas vezes a Escola não coloca os conteúdos voltados pra área da psicologia.” (RSMC 05).

Apesar destes entraves, sobrepõem-se as potencialidades da RIS, que geram a Satisfação, também aliada aos contrastes, expressa em falas como: “[...] tentei, passei, tô super satisfeito aqui, né? Me a... me apaixonei pelo... tem as dificuldades, mas me apaixonei pela... pela proposta também, pelo dia-a-dia.” (RSMC 01). Do mesmo modo, o Suporte oferecido pelo programa é considerado algo potencializador: “E aqui, não, a gente tem toda uma supervisão, todo um acompanhamento, toda uma reflexão sobre as atividades que você tá desenvolvendo, né?” (RSMC 02). Em contraposição à Falta de preceptoria, aqui encontramos o suporte advindo deste âmbito:

[...] eu sou muito feliz no que diz respeito ao acompanhamento do meu núcleo de Psicologia, que tem conseguido realmente fazer as coisas muito junto, os psicólogos, a preceptora ela é muito competente. Então, ela ajuda muito a gente e valoriza, assim, [...] dá muito respaldo e também a preceptora de campo é muito boa [...]. (RSMC 03).

Por fim, no que tange a nosso último objetivo específico, de descrição das práticas realizadas no território, encontramos um agrupamento de respostas nas seguintes categorias:

Tabela 8 – Categorias e frequências da grande categoria “Práticas”, das Entrevistas.

<b>Práticas</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Descrição</b>
Grupos	39	Atividades com grupos na comunidade.
Atendimentos Individuais	32	Práticas pautadas no modelo clínico.
Visitas Domiciliares	26	Visitas aos usuários, em suas casas, junto com outros profissionais da equipe.
Atividade Interprofissional	18	Atuações realizadas em parceria com outros residentes e profissionais do serviço.
Fortalecimento da Rede	11	Atividades de apoio e orientação à profissionais do serviço e de outros equipamentos.
Atividade Intersetorial	04	Atuações realizadas em parceria com profissionais de outros equipamentos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Como se percebe, houve maior frequência das afirmativas relacionadas às práticas grupais, configuradas como Terapia Comunitária, de idosos, de mulheres, interprofissionais, etc., contemplando, inclusive, espaços da comunidade já disponíveis, como a RSC 09 expoe: “[...] participar dos grupos que já existem, grupos religiosos, né, percursos que a comunidade já desenvolve, festas, né. Tudo isso parece não ter nada a ver com saúde, no final das contas tem muito a ver com saúde.” (RFC 09).

Entretanto, os Atendimentos individuais também alcançaram uma expressiva frequência, apontados como atendimentos ambulatoriais em alguns casos e, em outros não, pois “[...] não é a mesma clínica que a gente tá acostumada na graduação, que nos é passado na graduação. Então, de repente a gente chega pra clínica que nos é pedida uma clínica totalmente diferente.” (RSFC 14). Estes atendimentos ocorrem a cada quinze dias, mas, ao que nos pareceu, não tem muita adesão, por parte da comunidade, o que nos informou a RSFC 14: “[...] a maioria vem uma, duas vezes e não retorna mais e aí as outras pessoas... alguns outros poucos vem mais algumas vezes e... e continuam esse acompanhamento, né, e aí tem uns que são coisas mais pontuais mesmo, outros são encaminhados pra grupos.” As visitas domiciliares foram elencadas como atividades potentes, assim como as Atividades Interprofissionais e intersetoriais, que auxiliam no Fortalecimento da Rede de saúde, com base em supervisões, discussões de caso, matriciamento, entre outras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.

Todo ponto de vista é a vista de um ponto.”

(Leonardo Boff)

Onocko Campos e Campos (2006) defendem que o profissional da saúde deve questionar-se quanto aos usos que faz de seu poder e de seu fazer, atento para seu papel de agenciador e potencializador de processos de transformação da ordem instituída e de novas leituras possíveis, por parte dos sujeitos comunitários, sobre o mundo e sobre si mesmos. O presente trabalho nasceu, assim, de práticas e de afetos – potencializadores e despotencializadores. Desenvolveu-se no desejo de contribuir para a reflexão acerca do trabalho do psicólogo – de minha própria atuação –, no âmbito da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, campos intrinsecamente irmanados e singelos. Orientou-se pelas bases teóricas que nos permitem, agora, posicionarmos em um ponto específico para olhar a realidade sobre a qual nos debruçamos. Enfocar o trabalho do psicólogo no contexto da RIS-ESP/CE, em que se propõe uma nova “forma” de “ação”, revelou-se como uma experiência ímpar, desafiante, gratificante e empolgante.

Santos (2003) afirma que os profissionais da saúde são quem de forma mais clara pautam seu fazer na busca da utopia, ancestral e fundamental ao ser humano, ao dedicarem-se ao cuidado para com a dignidade dos homens e seu bem-estar. Neste sentido, a formação para o trabalho nesta área assume um papel fundamental, ao mesmo tempo em que está perpassada por intensos jogos de forças políticas que se embatem tanto no campo acadêmico como social. Dentro deste contexto, a proposta das Residências Multiprofissionais como um novo e potente lugar de formação para todas as categorias profissionais, buscando romper com a lógica de segregação entre teorias e práticas, revela-se como algo inovador e de suma importância. Ainda que assim o seja, tal experiência continua enfrentando diversos desafios, ao longo dos anos, a fim de consolidar-se como formação em serviço legitimada do ponto de vista institucional, social e político, o que implica seu reconhecimento como Residência e não como especialização somente.

Esta proposta, possibilita que o profissional adentre o serviço de saúde com o acompanhamento de uma instituição formadora, o que lhe garante um outro olhar sobre a realidade, capaz de vislumbrar com maior clareza as potencialidades e percalços tanto do

território de atuação como do próprio programa. No entanto, diante desta proposta que se destina a ser uma inovação no campo da formação profissional, o questionamento a respeito da estruturação atual dos cursos de graduação se impõe imprescindível. É preciso, inicialmente, questionarmo-nos a respeito da tradição formativa, que separa teoria e prática, ainda que as pressuponha indissociáveis, e cria o cenário e a necessidade de uma formação “inovadora”, efetivada após a conclusão do curso de graduação. Cabe o questionamento se os cursos de graduação não seriam muito mais efetivos e coerentes com suas propostas formativas ao possibilitarem, já neste momento, a formação em serviço, com todas as discussões e (re)formulações inerentes a esta prática.

Na presente pesquisa, propomo-nos, inicialmente, a abordar a afetividade dos psicólogos-residentes em relação ao território e à conjuntura atual dos serviços de saúde, discutindo a formação dos psicólogos para o trabalho nas políticas públicas de saúde, tornando-se possível, a partir disto, descrever as práticas realizadas nos serviços. Ao término desta empreitada, que buscou responder à pergunta de partida “Como se constitui a afetividade – entendida como emoções e sentimentos, como o poder do corpo de afetar e de ser afetado por outros corpos, aumentando ou diminuindo sua potência de ação – em relação ao território, na atuação dos psicólogos-residentes, inseridos nas políticas públicas de saúde por meio da RIS-ESP/CE?”, alcançamos como principais resultados a existência de uma Estima de Lugar mais negativa do psicólogo-residente em relação ao serviço onde está inserido e, ao mesmo tempo, identificamos uma tendência à implicação positiva com o território. No que tange à formação acadêmica, esta também foi associada aos contrastes, enquanto a RIS-ESP/CE, lócus de nosso estudo, evocou imagens de contrastes e agradabilidade. Estas imagens, no que tange à Residência em si, remetem-nos a outros questionamentos que fervilham e tencionam. Entre eles estão, de um lado a reflexão acerca da estrutura do programa, das intensas exigências de uma carga horária exaustiva, das constantes viagens que o psicólogo-residente inserido no campo do Interior precisa realizar para o comparecimento aos módulos, entre outros aspectos; de outro a avaliação da importância desta proposta, de sua contribuição para a formação acadêmica que apresenta defasagens, das experiências gratificantes no território, do suporte oferecido, entre outros. De toda esta problemática, acrescida das peculiaridades dos serviços e das comunidades onde os residentes atuam, emerge a percepção de diversos contrastes, que possibilitam a coexistência de uma implicação positiva e negativa ao mesmo tempo, por parte do profissional-residente, em relação ao lugar onde atua, como ficou patente em nossa investigação.

Encontramos, na análise dos desenhos e dos significados dos mapas afetivos, uma maior incidência de estruturas metafóricas, enfatizando mais os elementos afetivos do que os cognitivos, o que absolutamente não significa a exclusão ou a dicotomia entre eles. A nosso ver, este fato pode estar relacionado com uma particularidade do público pesquisado, o qual historicamente voltou-se com maior ênfase para a dimensão simbólica dos fenômenos psicossociais sem, obviamente desconsiderar outras dimensões. Acreditamos que isto possa ter conduzido os respondentes a um maior empenho em construir respostas que fossem capazes de abranger outros sentidos do tema, enfatizando os afetos do encontro com o campo de atuação.

Resguardando-se as diferenças entre os contextos – rural e urbano – e as ênfases – Saúde Mental Coletiva e Saúde da Família e Comunidade –, as quais implicam diferentes modos de trabalho e afetação, a principal ênfase do material analisado recaiu sobre os contrastes presentes no encontro com o serviço, evocando, inclusive, a avaliação de um serviço real – aquele com que o psicólogo depara-se em seu fazer – e um serviço ideal – que reflete o que o serviço deveria ser, tendo por base os princípios e indicativos dos Movimentos Sanitário e de Reforma Psiquiátrica, bem como o desenho e legislações que definem o funcionamento do SUS. Com base nisto, percebemos que a Estima negativa, expressa pelas imagens de destruição, insegurança e contrastes e pela ausência da agradabilidade nos mapas afetivos, relaciona-se a este serviço real, que impõe diversos entraves e dificuldades. Por outro lado, estes contrastes não se revelam de todo despotencializadores, mas apontam para a possibilidade de uma implicação positiva com a comunidade, os usuários, a equipe e a luta política em prol de um serviço ideal. Queremos dizer com isto que os sujeitos afirmam, nos mapas e nas entrevistas, o desejo de contribuir para modificar as realidades opressoras às quais a população pobre está subjugada, que sua angústia e implicação negativa em relação ao serviço está muito mais relacionada ao não poder modificar sua ideologia e estrutura que tem servido a perpetuar relações injustas e práticas descontextualizadas. As imagens mais negativas do serviço estiveram associadas, entre outras, à dificuldades como a relação com a gestão tanto municipal como do equipamento de saúde, a falta de condições mínimas de trabalho, o assistencialismo e a ideologia do serviço.

Podemos inferir que, mesmo em meio à insegurança e destruição, as quais definem esta Estima mais negativa, e em contradição a elas existem elementos do território que viabilizam esta tendência a uma implicação mais positiva, por parte do profissional em campo. Podemos citar que estes elementos são, principalmente, a própria comunidade, o acolhimento dos usuários, as práticas desenvolvidas, o desejo de contribuir e o trabalho em

equipe, quando este é identificado como uma forma de apoio, transparecendo ao residente que ele não está sozinho no serviço.

No que tange a esta implicação positiva, o que se constatou das entrevistas foi que os psicólogos se colocam em uma postura política de comprometimento com os excluídos, em um movimento de perceber seu próprio papel como facilitador dos processos de conscientização. Deste modo podemos dizer que seus discursos traduzem uma modificação na inserção e na postura em campo, como refere Yamamoto (2012), havendo uma maior aproximação deste profissional com os contextos de pobreza, o que difere substancialmente do modelo tradicional, pautado em uma cultura profissional (DIMENSTEIN, 2000) específica, transplantado para o âmbito da saúde. Não significa dizer, contudo, que esta cultura tenha-se desfeito, ao contrário, ela parece estar ainda mais diluída e atuante na micropolítica, garantindo que os profissionais não consigam, muitas vezes, romper com o modelo de atuação instituído, reproduzindo práticas cristalizadas e adequando-se às exigências e às fôrmas pressupostas socialmente para o seu trabalho. Isto ficou explícito na alta pontuação dos atendimentos individuais como uma das principais práticas no serviço, a qual, segundo o relato de alguns residentes, ainda seguem o modelo de atendimento individual, que é incoerente com a proposta do serviço, mas é o que se espera do psicólogo, tanto por parte da gestão como da maior parte da comunidade. É necessário ressaltar, também, que uma das causas para o intenso número de atendimentos individuais nestes serviços é a falta de uma rede de atenção à saúde mais articulada, que possibilite o acolhimento da demanda de saúde e seu encaminhamento para os serviços que melhor podem responder a ela.

Para Botomé (2010), é da responsabilidade dos psicólogos mostrar o que a Psicologia tem a oferecer e no que pode contribuir para a melhoria de vida da população em geral. Entretanto, perguntamo-nos se os psicólogos realmente estão cientes do que a Psicologia pode ofertar à sociedade, no quê seu trabalho, em especial na área da saúde, pode contribuir para a melhoria de vida da população. A reprodução de práticas consagradas como próprias da Psicologia, mesmo que incoerentes com a proposta do serviço, servem, entre outras coisas, à manutenção de um status quo que, inclusive, perpetua as relações de poder e hierarquias entre as profissões da saúde e, mesmo, dentro da própria Psicologia, como se percebeu em nossos resultados. Isto se expressa no “encastelamento” do saber psicológico, que contribui para a percepção do psicólogo como o profissional com maiores dificuldades para o trabalho em equipe, como ficou patente na pesquisa de Silva (2012). É neste sentido também que Martín-Baró (2011b) ressalta a necessidade de libertação da própria Psicologia, a qual, por meio destas cristalizações apresenta-se alienada e alienante. Consideramos que a proposta da

Residência possa contribuir substancialmente para esta libertação, uma vez que está pautada no trabalho interprofissional, permitindo ao psicólogo-residente vislumbrar suas possibilidades dentro da equipe e do território.

No que tange à formação acadêmica, existe a necessidade de uma análise crítica sobre os interesses a que esta universidade está servindo, para que público está formando profissionais e que tipo de práticas pretende agenciar. Em nossa pesquisa, em relação a esta questão, também encontramos diversas imagens de contrastes, nas quais os psicólogos afirmavam que a formação acadêmica contribuiu para a atuação no serviço público de saúde, mas refletiam a pouca discussão acerca do SUS e a escassa abordagem da Psicologia da Saúde na formação. Refletimos, a partir deste dado, que a formação elencada como satisfatória está vinculada, principalmente, às modificações curriculares decorrentes da aprovação das novas Diretrizes Curriculares, por volta do ano de 2004. Da mesma forma, percebemos que os participantes consideraram, em suas respostas, que as contribuições provenientes da graduação advinham de experiências pontuais em algumas disciplinas, do encontro com professores específicos e, acima de tudo, do envolvimento com projetos de extensão voltados para a Saúde Coletiva e a Psicologia Comunitária, principalmente. Estes espaços garantiram aos respondentes um contato com as realidades onde iriam trabalhar posteriormente, permitindo conhecer práticas, desenvolver habilidades e capacidades para a atuação ainda na graduação. Neste sentido, podemos inferir que a formação “extra-sala de aula”, que permite o exercício da pesquisa e da extensão, tem contribuído muito mais para a formação profissional do que em si as disciplinas teóricas. Acreditamos, contudo, que isto não aponte para o total rompimento com esta forma de ensino, mas sim para a necessidade premente de aproximar cada vez mais o ensino, a pesquisa e a extensão, de modo que assegurem o contato com as comunidades e não permaneçam apartados, ocorrendo em espaços diferentes e, por vezes, inconciliáveis.

Quanto à RIS-ESP/CE, encontramos que a maior motivação dos psicólogos em cursar o programa deve-se, principalmente, à afinidade com a proposta de formação em serviço e à consideração de que seria uma boa oportunidade em termos de conhecimento, de qualificação de currículo e financeiros. Transcorrido um ano de curso, os participantes da pesquisa qualificam-na, igualmente, por meio de contrastes, considerando-a como uma experiência potencializadora, satisfatória, mas também muito abrangente, que carece de melhor organização. Estas dificuldades, segundo os residentes, emergem do fato da RIS-ESP/CE estar em sua primeira turma e, portanto, precisar de ajustes que virão com as

experiências ao longo do tempo, além do grande número de alunos e de sua proposta de estar presente em dez cidades cearenses.

Ao fim deste estudo, podemos avaliar que as principais dificuldades encontradas para sua realização foram relativas ao acesso à informação acerca da rede de saúde de Fortaleza, por parte dos processos burocráticos da Prefeitura Municipal; ao processo de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa que, devido a falta de informações quanto à documentação exigida, estendeu-se por período maior do que planejávamos; à impossibilidade de conhecer os campos de inserção dos residentes. Dentre as facilidades encontradas, apontamos a disponibilidade da ESP/CE; a colaboração e auxílio dos residentes; os bons encontros com colegas e professores ao longo do mestrado; a participação em outros espaços de discussão e aprendizados, como o NUCOM e o LOCUS; entre outras.

Concordamos, ainda, com Quivy e Campenhoudt (1992) que uma boa pesquisa é aquela que se propõe a buscar verdades sobre a realidade, mas não verdades estáticas, dogmáticas e naturalizantes, antes aquelas que se põem constantemente em questão e se aprofundam, instigando-nos com novas perguntas, que seguindo a dinamicidade do real, entram em cena para dizê-lo e em outro instante se percebem defasadas, abrindo espaço e exigindo complementação. Assim, esta pesquisa procurou seguir um caminho de abertura para que a realidade se mostrasse, ao mesmo tempo em que se revelasse carente de novos questionamentos e novas respostas. Deste modo, apontamos que deriva de nosso estudo a necessidade de posteriores aprofundamentos acerca da temática, sugerimos a investigação da inserção do psicólogo-residente no mercado de trabalho após a conclusão do curso, bem como sua atuação em serviços de saúde como profissionais contratados.

Esperamos que a conclusão desta empreitada promova novas reflexões e questionamentos em relação ao tema, bem como a produção de outras investigações que possam complementá-la ou, mesmo, pô-la em questão, a fim de que não seja tomada como um discurso de “verdade absoluta”. Estamos de acordo com Sawaia (2002) que “toda teoria é sempre uma síntese inacabada” (p. 40). Firmamos, ainda, o compromisso de, após a defesa e realização dos devidos ajustes na dissertação, apresentá-la e disponibilizá-la na íntegra à RIS-ESP/CE e à Biblioteca do Centro de Humanidades da UFC; apresentá-la em formato reduzido aos participantes da pesquisa, de acordo com o desejo e disponibilidade dos mesmos, mantendo-nos disponíveis à quaisquer esclarecimentos relacionados ao trabalho; e garantir sua divulgação em formato reduzido, mediante a publicação de artigos científicos ou outras produções e apresentação em espaços de discussão, sejam acadêmicos ou não.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In GIOVENELLA, L. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008. p. 735-759.
- \_\_\_\_\_. (Coord.) **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: Três anos construindo a Tenda Invertida e a Educação Permanente no SUS. **SANARE**, Ano V, n. 1, p. 33-39, jan./fev./mar. 2004.
- ANTUNES, M. A. M. A Psicologia no Brasil: Um Ensaio Sobre suas Contradições. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, num. esp., p. 44-65, 2012.
- ACSELRAD, Henri; COLI, Luis Régis. Disputas territoriais e disputas cartográficas. In: Henri Acselrad (org.). **Cartografias Sociais e Território**. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ/IPPUR, 2008. p. 13-43.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa – Portugal: Edições 70, 1977.
- BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, 17 (2): 21-25, mai/ago. 2005.
- BERNARDES, Jefferson de Souza. Pressupostos. In: JACQUES, M. da G. C.; STREY, M. N.; BERNARDES, M.G.; GUARESCHI, P. A.; CARLOS, S. A.; FONSECA, T. M. G. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 10 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 19-35.
- BERTINI, F. M. A. **Centro de Fortaleza, lugar de transformações: o idoso e os afetos implicados**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.
- BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BIRMAN, Joel. A Physis da Saúde Coletiva. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 11-16, 2005.
- BOMFIM, Z.A.C. A mediação emocional no desvelar da Identidade na Psicologia Comunitária. In: BRANDÃO, I.R.; BOMFIM, Z.A.C.(Orgs). **Os Jardins da Psicologia Comunitária**. Fortaleza: Editora UFC, 1999. p. 99-110.
- \_\_\_\_\_. Protagonismo Social da Psicologia no Campo da Circulação Humana. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **II Seminário Nacional de psicologia e políticas públicas: Políticas públicas, psicologia e protagonismo social**. João Pessoa. 2003. p. 86-114.

\_\_\_\_\_. Afetividade e Ambiente Urbano: uma proposta metodológica pelos Mapas Afetivos. In: PINHEIRO, J. Q.; GÜNTHER, H. (Orgs.). **Métodos de Pesquisa nos Estudos Pessoa-Ambiente**. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 253-280.

\_\_\_\_\_. **Cidade e Afetividade**: Estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

\_\_\_\_\_. Mapas Afetivos: uma perspectiva de leitura psicossocial do território. [São Paulo], 2011. Slides.

BOMFIM, Z. A. C. *et al.* Affective maps: validating a dialogue between qualitative and quantitative methods. In: MIRA, R. G.; DUMITRU, A. (Editors). **Urban Sustainability: Innovative spaces, vulnerabilities and opportunities**. 1. ed. Espanha: Deputación Provincial de A Coruña; Institute of Psychosocial Studies and Research “Xoan Vicente Viqueira”, 2014. p. 131-148.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80, janeiro-julho/2005.

BONIN, L. F. R. Indivíduo, cultura e sociedade. In: JACQUES, M. da G. C.; STREY, M. N.; BERNARDES, M.G.; GUARESCHI, P. A.; CARLOS, S. A.; FONSECA, T. M. G. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. 10 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 58-72.

BOTOMÉ, S. P. A quem nós, psicólogos, servimos de fato? In: YAMAMOTO, O. H.; COSTA, A. L. F. (Orgs.). **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. Natal, RN: EDUFRN, 2010. p. 171-203.

BRANDÃO, I. R. **Afetividade e transformação social**: sentido e potência dos afetos na construção do processo emancipatório. Sobral, CE: Edições Universitárias, 2012. 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: MANUAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**. 1.ª edição atualizada. 4.ª reimpressão. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004. 86p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.118 de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de novembro de 2005. nº 212, Seção 1, Página 112. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/B%202118%20INSTITUIR%20PARCERIA%20ENTRE%20O%20MEC%20e%20o%20MS%20REF.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. Introdução: A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. *In:* \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 11-15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 480p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BUSS, P. M. PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, 17 (2): 26-32, mai/ago.2005.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. *In:* CAMPOS, G. W. S. *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006. p. 837-868.

CECCIM, Ricardo Burg. “Ligar gente, lançar sentido: onda branca da guerra” – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Debate. Interface Comunicação, saúde e educação*, v. 13, n. 28, p. 213-37, 2009.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):373-383, 2002.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Espinosa: uma filosofia de liberdade**. São Paulo: Moderna, 1995. 112 p. (Coleção Logos).

CIDADE, Elívia Camurça. **Juventude em Condições de Pobreza: modos de vida e fatalismo**. 2012. 163f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, 2012.

CIDADE, E. C.; MOURA JR., J. F.; XIMENES, V. M. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latino-americano. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 68, p.87-98, jan./mar. 2012.

CLEMENTE, A. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.176-184, 2008.

COHN, A. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. *In:* CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 219-246.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>. Acesso em: 29 de julho de 2013.

CORRALIZA, J.A. Emoción y ambiente. In: ARAGONÉS, J.I.; AMÉRIGO, M. **Psicología ambiental**. Madrid: Ediciones Pirâmide, 1998.

COSTA, A. J. A.; PASCUAL, J. G. Análise sobre as emoções no livro Teoría de las emociones (Vigotski). **Psicologia & Sociedade**, 24 (3): 628-637, 2012.

COSTA, D. F. C.; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1385-1394, 2009.

CYRINO, A. P.; PARADA, C. M. G. L. A construção da Residência Multiprofissional em Saúde de Família na Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p. 141-152.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolomo: Institute for Future Studies, 1991.

DALLEGRAVE, Daniela. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. Tradução de Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 330p.

DANTAS, C. M. B.; OLIVEIRA, I. F.; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e Pobreza no Brasil: Produção de conhecimento e atuação do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, 22 (1): 104-111, 2010.

DELEUZE, Gilles. **Cursos sobre Spinoza: (Vincennes, 1978-1981)**. 2.ed. Fortaleza, CE: UECE, 2012. 294 p. (Argentum nostrum).

DEL RÍO, Fernando Pérez. Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. **Norte de salud mental**, v. XI, n. 45, p. 66-74, 2013.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

\_\_\_\_\_. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

\_\_\_\_\_. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: Requisitos para a atuação na Atenção Primária e Psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, número especial, p. 232-245, 2012.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Psiquiátrica e do SUS. In: LIMA, N. T. (orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (ESP/CE). **Projeto Político Pedagógico**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2012.

\_\_\_\_\_. **Edital nº 03/2013**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2013a. Disponível em:  
<[http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=106&Itemid=269](http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&id=106&Itemid=269)>. Acesso em: 23 de abril de 2013.

\_\_\_\_\_. **Regimento**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2013b.

FEITOSA, Maria Zelfa de Souza. **Afetos e Reflexões da Vivência em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Um Relato de Experiência**. 2011. 92f.: Monografia (graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Curso de Psicologia, Fortaleza, 2011.

FÉLIX, Fabíola Maria Ferreira. **Afetividade e Ambiência do Trabalhador da Área de Saúde Mental: Uma Leitura dos CAPSs Gerais de Fortaleza Mediada pelos Mapas Afetivos**. 2011. 164f.: Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Fortaleza-CE, 2011.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência Integrada em Saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 1, p. 106-112, 2009.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Políticas de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 1-42.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 405p.

FONSECA, T. M. G. **Epistemologia**. In: JACQUES, M. da G. C.; STREY, M. N.; BERNARDES, M.G.; GUARESCHI, P. A.; CARLOS, S. A.; FONSECA, T. M. G. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 10 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 19-35.

FRANCISCO, A. L.; BASTOS, A. V. B. Conhecimento, formação e prática. O necessário caminho da integração. In: CFP. **Psicólogo Brasileiro**, São Paulo: Alínea, 2005, p. 71-88.

FURTADO, O. 50 Anos de Psicologia no Brasil: A construção social de uma profissão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, número especial, p. 66-85, 2012.

GILZ, C. Os desafios e facilidades do uso do programa de software Atlas/ti na análise de dados da pesquisa: a Coleção “Redescobrimo o universo religioso” na formação do professor. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, VII., 2007, Curitiba. **Mesa Redonda: A análise de dados qualitativos em diferentes fontes de dados: Imagem, livros e mensagens eletrônicas.** p. 4106-4116. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/PA-507-02.pdf>>. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

GIULIANI, M. V. O lugar do apego nas relações pessoas-ambiente. *In*: Tassara, E. T., Rabinovich, E. P., & Guedes, M.C. **Psicologia e ambiente**. São Paulo: Educ, 2004. p. 89-106.

GLEIZER, M. A. **Espinosa & a afetividade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 70p. (Coleção Passo-a-Passo, 53).

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. **Psicologia Comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005. 240 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Hucitec, 2008. 260 p.

GONÇALVES, Thiago Giliberti Bersot. **Periferias segregadas, segregação nas periferias: Por uma análise das desigualdades intraurbanas no município de São Gonçalo, RJ.** 2012. Dissertação (Mestrado em Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

GUARESCHI, P. Pressupostos epistemológicos implícitos no conceito de libertação. *In*: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR., F. (Orgs.). **Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação**. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011a. p. 49-63.

\_\_\_\_\_. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. *In*: SAWAIA, B.B. (Org.). **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011b. p. 143- 157.

GÜNTHER, Isolda de Araújo. O uso da entrevista na interação pessoa-ambiente. *In*: PINHEIRO, J. Q.; GÜNTHER, H. (Orgs.). **Métodos de Pesquisa nos Estudos Pessoa-Ambiente**. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 53-74..

GÜNTHER, H.; ROZESTRATEN, R. J. A. Psicologia Ambiental: Algumas considerações sobre sua Área de Pesquisa e Ensino. **Série: Textos de Psicologia Ambiental**, nº 10. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, p. 1-7, 2005.

GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR., F. Fortalecimento em tempo de sofrimento: Reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 41, n. 2, p. 231-240, 2007.

HALL, Edward T. **A dimensão oculta**. Tradução de Sônia Coutinho. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1966.

HELLER, A. **Teoria de los sentimientos**. Tradução: Francisco Cuso. 3. ed. México: Distribuciones Fontamara. 1993. 313 p.

HOLANDA, A. Os Conselhos de Psicologia, a formação e o exercício profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, 17 (1), p. 3-13, 1997.

ITTELSON, W. H.; PROSHANSKY, H. M.; RIVLIN, L. G.; WINKEL, G. H. Homem Ambiental. **Série: Textos de Psicologia Ambiental**, n. 14, Tradução de J. Q. Pinheiro, Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, p. 1-9, 2005.

JODELET, D. Las representaciones sociales del medio ambiente. Colección Monografías Psico/Socio/Ambientales, 9, p. 29-44, 1996.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KELLE, Udo. Análise com o auxílio de computador: codificação e indexação. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 393-415.

LANE, Silvia T. Maurer. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. *In*: LANE, Silvia T. Maurer; CODO, Wanderley. **Psicologia social: o homem em movimento**. 13.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 10-19.

\_\_\_\_\_. **O que é Psicologia Social**. 22ª ed. 6ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção Primeiros Passos, 39).

\_\_\_\_\_. Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. *In*: CAMPOS, R. H. de F. (Org.). **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2007, pp. 17-34.

LEITE, Gisele. A eternidade de Platão. **Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania**, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2012.

LIMA, D. M. A.; BOMFIM, Z. A. C. Vinculação afetiva pessoa-ambiente: diálogos na psicologia comunitária e psicologia ambiental. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 4, pp. 491-497, out./dez. 2009.

LIMA, D. M. A., BOMFIM, Z. Á. C., PASCUAL, J. G. Emoção nas Veredas da Psicologia Social: Reminiscências na filosofia e psicologia histórico-cultural. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 231-240, jul./set. 2009.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

LYNCH, K. **A imagem da cidade**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. (Coleção Mundo da Arte).

MARADOLA JR., E.; HOGAN, D. J. Vulnerabilidade do lugar vs. Vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 161-181, jul./dez. 2009.

MARCONDES, Danilo. **Iniciação à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, vol. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

\_\_\_\_\_. Desafios e perspectivas da Psicologia Latino-americana. *In*: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR., F. (Orgs.). **Psicologia Social para a América Latina**: o resgate da Psicologia da Libertação. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011a. p. 199-219.

\_\_\_\_\_. Para uma Psicologia da Libertação. *In*: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR., F. (Orgs.). **Psicologia Social para a América Latina**: o resgate da Psicologia da Libertação. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011b. p.181-197.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto Contexto Enferm**, 13(4):577-584, out.-dez. 2004.

MENDES, R.; DONATO, A. F. Território: Espaço social de construção de identidades e de políticas. **Sanare**, ano IV, n. 1, p. 39-42, 2003.

MINAYO, A. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRA, R. G. La Aportación de la Psicología Ambiental. *In*: MIRA, R. G. **La ciudad percibida**. Una Psicología Ambiental de los Barrios de A Coruña. Universidad da Coruña, Servicio de Publicacións, 1997. p. 23-36.

MOSER, Gabriel. Psicologia Ambiental. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 121-130, 1998.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; DANTAS, Candida M. Bezerra; COSTA, Ana Ludmila F.; GADELHA, Tatiane Medeiros Silva; RIBEIRO, Elisa Maria Parahyba Campos; YAMAMOTO, Oswaldo H. A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. **Interação em Psicologia**, 9(2), p. 273-283, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006. p. 669-688.

PAGANI, R.; LIMA, F. **Oficina – Residência em Área Profissional da Saúde: Multiprofissional, Uniprofissional e Integrada – Avanços e Desafios**. [Fortaleza], 2014. Slides.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

POL, E. La apropiación del espacio. In: IÑIGUES, L. & POL, E. **Cognición, representación y apropiación del espacio**. Barcelona: Monografies Sòcio/ambientais, 1996. p. 45-62.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. tradução de João Minhoto Marques e Maria Amália Mendes. Lisboa: Gradiva, 1992.

REALE, G; ANTISERI, D. **História da filosofia**: Antiguidade e Idade Média. Vol. 1. 3.ed. São Paulo: Paulus, 1990. (Coleção Filosofia).

RIVLIN, Leanne G. Olhando o passado e o futuro: revendo pressupostos sobre as interrelações pessoa-ambiente. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 215-220, 2003.

RUA, J. Urbanidades no rural: o devir de novas territorialidades. **Campo-Território: Revista de Geografia Agrária**, Uberlândia, v. 1, n.1, p. 82-106, fev. 2006.

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. **GEOgraphia**, Ano. 1, n. 1, p. 7-13, 1999.

\_\_\_\_\_. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

SAWAIA, Bader Burihan. O calor do lugar, segregação urbana e identidade. **São Paulo em perspectiva**. v. 9, n. 2, pp. 20-24, 1995.

\_\_\_\_\_. A Psicologia Social Laneana, conhecida fora do país como "Escola de São Paulo". In: \_\_\_\_\_. **Sílvia Lane**. Rio de Janeiro: Imago, 2002. 102p. (Pioneiros da Psicologia Brasileira). 8v., p. 37-81.

\_\_\_\_\_. Fome de felicidade e liberdade. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO COMUNITÁRIA – CENPEC. **Muitos lugares para aprender**. São Paulo: CENPEC, 2003. p. 53-63.

\_\_\_\_\_. Psicologia e desigualdade social: Uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia & Sociedade**, v. 21 n. 3, p. 364-372, 2009.

\_\_\_\_\_. Da consciência à potência de ação: um movimento possível do sujeito revolucionário na psicologia social laneana. In: MEDRADO, B.; GALINDO, W. (Orgs.). **Psicologia Social e seus movimentos**: 30 anos de ABRAPSO. 1ª ed. Recife: ABRAPSO/Editora Universitária da UFPE, 2011a. p. 35-51.

\_\_\_\_\_. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B.B. (Org.). **As Artimanhas da Exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 11ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011b. p. 99-119.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. Companhia das Letras: São Paulo, 2010.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. **As representações sociais da reabilitação psicossocial: Um estudo sobre os CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010. 152 p.

SILVA A.M.R. *et al.* A unidade básica de saúde e seu território. *In:* ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDONI JÚNIOR L. (Orgs). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL; 2001. p.145-60.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Eстера Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SILVA, Emylio César Santos da. **A Psicologia e as Políticas Públicas de Saúde: um estudo sobre a atuação da (o) psicóloga (o) na Atenção Primária à Saúde no Município de Fortaleza**. 2012. 88f.: Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia. Fortaleza-CE, 2012.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética: demonstrada à maneira dos geômetras**. São Paulo, SP: Martin Claret, 2005. (Coleção A obra-prima de cada autor).

TENÓRIO, F. Da Reforma Psiquiátrica à Clínica do Sujeito. *In:* QUINET, A. **Psicanálise e Psiquiatria: Controvérsias e Convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 121-131.

TITTONI, Jaqueline; JACQUES, Maria das Graça Corrêa. Pesquisa. *In:* JACQUES, M. da G. C.; STREY, M. N.; BERNARDES, M.G.; GUARESCHI, P. A.; CARLOS, S. A.; FONSECA, T. M. G. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea: livro texto**. 10 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 73-85.

TORRES, O. M. **Residência em Área Profissional da Saúde: Multiprofissional, Uniprofissional e Integrada**. [Fortaleza], 2014. Slides.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar: A Perspectiva da Experiência**. Tradução de Livia de Oliveira. São Paulo: DIFEL, 1983.

VEER, René van der; VALSINER, Jaan. **Vygotsky: uma síntese**. Tradução: Cecília C. Bartalotti. São Paulo: Loyola, 1996. 478p.

VIGOTSKI, L. S. As emoções e seu desenvolvimento na infância. *In:* VIGOTSKI, L. S. **O desenvolvimento psicológico na infância**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 79-106.

\_\_\_\_\_. A arte como cartase. *In:* VIGOTSKI, L. S. **Psicologia da Arte**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 249-272.

VILELA, A. M. J. História da Psicologia no Brasil: Uma narrativa por meio de seu ensino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, número especial, p. 28-43, 2012.

WIESENFELD, E. A Psicologia Ambiental e as diversas realidades humanas. **Psicologia USP**, 16(1/2), p. 53-69, 2005.

WITTER, G. P.; FERREIRA, A. A. Formação do Psicólogo Hoje. *In*: CFP. **Psicólogo Brasileiro**. São Paulo: Alínea, 2005. p. 15-39.

WOLFF, B. A. Uma Psicologia para a América Latina. *In*: GUZZO, R. S. L.; LACERDA JR., F. (Orgs.). **Psicologia Social para a América Latina**: o resgate da Psicologia da Libertação. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. p. 101-120.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, “terceiro setor”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, vol. 19, n. 1, p. 30-37, 2007.

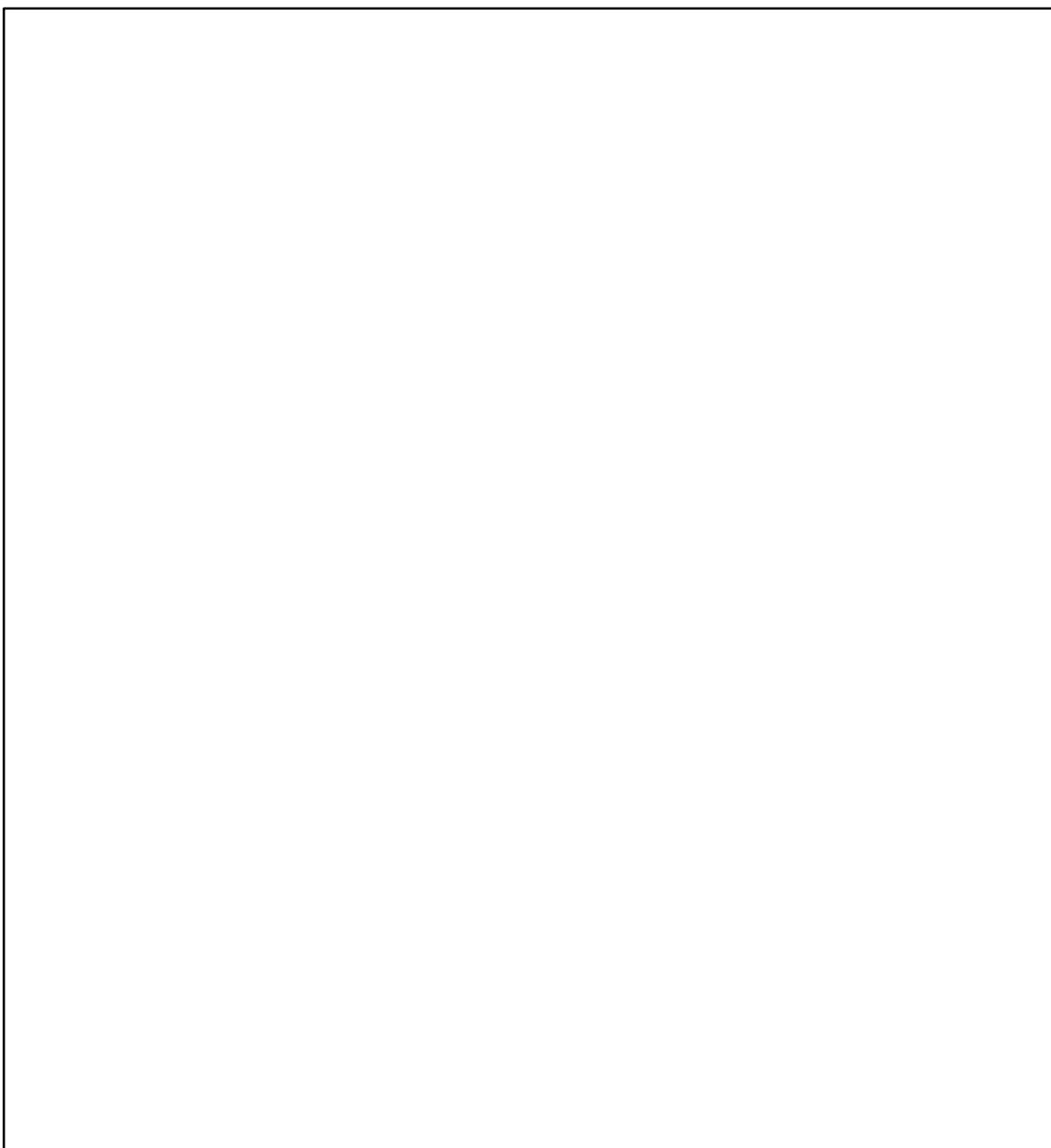
\_\_\_\_\_. 50 Anos de Profissão: Responsabilidade social ou projeto ético-político? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, num. esp., p. 6-17, 2012.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO GERADOR DOS MAPAS AFETIVO****(Adaptado a partir de Bomfim, 2010).****SUJEITO Nº \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ SEXO ( ) M ( ) F****CIDADE \_\_\_\_\_****ÊNFASE (RIS-ESP/CE)**

Saúde da Família e Comunidade	Saúde Mental Coletiva	Saúde Coletiva
1	2	3

**1. Primeiramente, obrigada pela sua colaboração. Abaixo você deverá fazer um desenho que represente sua forma de ver, sua forma de representar ou sua forma de sentir o Centro de Saúde ou CAPS (dependendo de onde você trabalha).**



**2. As seguintes perguntas fazem referência ao desenho feito por você. Não existem respostas certas ou erradas, boas ou ruins, mas sim, suas opiniões e impressões.**

2.1 Explique brevemente que significado o desenho tem para você:

---

---

---

---

2.2 Descreva que sentimentos o desenho lhe desperta:

---

---

---

---

2.3 Escreva seis palavras que resumam seus sentimentos em relação ao desenho:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

**Abaixo você encontrará algumas perguntas sobre o serviço de saúde em que você trabalha. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião.**

**3. Caso alguém lhe perguntasse o que pensa deste serviço, o que você diria?**

---

---

---

---

**4. Se você tivesse que fazer uma comparação do serviço com algo, com o que você o compararia?**

---

---

---

---

**5. Descreva o(s) caminho(s) que você percorre com frequência (utilize nomes de lugares de origem e destino e detalhes que chamem a sua atenção durante o trajeto) na comunidade onde está inserido e a finalidade com que o faz.**

**Caminho 1**

---

---

---

---

---

**Caminho 2**

---

---

---

---

---

**6. Indique o lugar que, para você, representa o serviço.**

---

---

---

---

---

**7. Do que você gosta no serviço?**

---

---

---

---

---

**8. O que poderia melhorar no serviço?**

---

---

---

---

---

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. O que fez você procurar a Residências?
2. Onde e como foi sua formação acadêmica?
3. Como você avalia a RIS hoje?
4. Quais as principais dificuldades no cenário de práticas?
5. Quais as principais práticas desenvolvidas no território?
6. O que você considera que potencializa sua atuação no território?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada Afetividade na Residência Integrada em Saúde: o psicólogo no território de form“ação”, que tem por objetivo analisar o impacto da afetividade (emoções e sentimentos) na atuação de psicólogos residentes em políticas públicas de saúde, de nível primário e secundário, a partir de seu contato com o território dos serviços. Os dados obtidos nesta investigação servirão à construção da dissertação de mestrado da pesquisadora, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a orientação da professora Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

Caso aceite colaborar com este estudo, sua participação consistirá no preenchimento do instrumento gerador dos Mapas Afetivos – o qual se constitui de um desenho elaborado por você e algumas perguntas relativas ao seu desenho e ao seu ambiente – e em uma entrevista orientada por um roteiro previamente elaborado, que será gravada com sua permissão. Garantimos que não haverá identificação de seu nome nem em gravações, instrumento ou entrevista. Não serão fornecidas a terceiros quaisquer informações que conduzam à sua identificação. Igualmente, seu nome não será citado na dissertação, artigos, relatórios ou qualquer outro meio de divulgação da pesquisa.

A recusa ou aceitação em participar desta pesquisa não acarretará qualquer contratempo, desconforto ou prejuízo físico, mental ou material a você. A pesquisa também não lhe proporcionará qualquer retorno financeiro. Oferecemos como principal benefício desta pesquisa os resultados que, esperamos, contribuirão para o conhecimento e as discussões acerca do tema pesquisado. Sua colaboração na pesquisa deve ser livre e espontânea e você poderá desistir de participar dela a qualquer momento, sem que isto implique qualquer tipo de prejuízo para você. Da mesma maneira, a qualquer momento você poderá ter acesso às informações referentes aos procedimentos da pesquisa.

Após ler este termo e ter esclarecidas todas as suas dúvidas, caso concorde em participar da pesquisa, pedimos que assine este documento, que será expedido em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora. Caso surjam dúvidas em qualquer outro momento ou deseje retirar sua participação, você poderá comunicar-se com a pesquisadora Maria Zelfa de Souza Feitosa por meio do correio eletrônico: maria.zelfa@hotmail.com, pelo telefone (85) 3479-0676 ou pela Coordenação do Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal do Ceará – UFC, situada à Avenida da Universidade, 2762 – Benfica, CEP: 60.020-180, telefones: (85) 3366-7661 ou (85) 3366-7651. Neste último, também a orientadora do projeto, Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim, poderá ser contatada. Você poderá, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – COMEPE/UFC, pelo telefone (85) 3366.8344.

Eu, \_\_\_\_\_, após ser informado pelo pesquisador acerca dos objetivos da pesquisa e a importância de minha colaboração, declaro que compreendi tudo o que me foi informado e concordo em participar do projeto proposto, estando de acordo com o que está registrado acima.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Maria Zelfa de Souza Feitosa  
Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE D – MAPAS AFETIVOS DOS PSICÓLOGOS-RESIDENTES

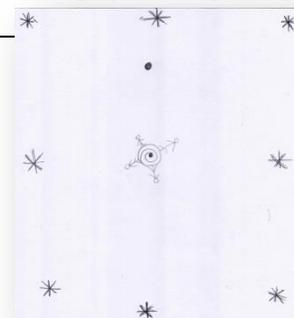
<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 01</b> <b>Campo de Práticas:</b> Região Metropolitana de Fortaleza	<b>Sexo: M</b> <b>Ênfase:</b> Saúde Mental Coletiva	<b>Idade: 23</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“O desenho representa minha forma de ver e sentir o aumento de trabalho onde estou inserido e minhas relações com a equipe.”		
<b>Qualidade</b>	Tencionamentos; flexibilidade; foco; ambiente complexo; equilíbrio.		
<b>Sentimento</b>	União; força da equipe; solidariedade; cooperação		
<b>Metáfora</b>	“Uma escola, com desafios, conflitos e dificuldades, mas também com possibilidades, união e cooperação.”		
<b>Sentido</b>	O <i>CAPS escola</i> é aquele em que seus contrastes se expressam no tencionamento e união, equilíbrio e dificuldades, conflito e cooperação, havendo ênfase na possibilidade de união e cooperação.		



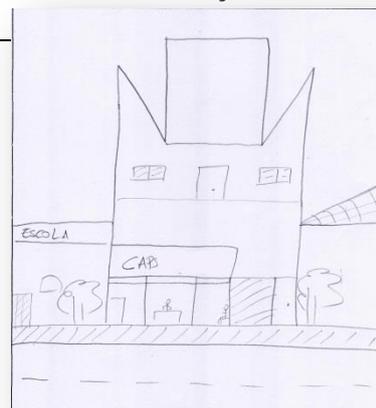
<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 02</b> <b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase:</b> Saúde Mental Coletiva	<b>Idade: 25</b>
<b>Estrutura</b>	Cognitivo		
<b>Significado</b>	“O CAPS III é um lugar do qual eu sinto ser parte, onde sinto que contribuo a partir do meu trabalho, um lugar onde encontrei muitas pessoas que considero amigos e que, embora existam infinitas coisas por fazer, é um lugar importante para o tratamento de muitos que nele acreditam.”		
<b>Qualidade</b>	Mudança; constante luta; está longe de ser o que deveria; consegue fazer uma mudança na vida de muitos.		
<b>Sentimento</b>	Alegria; esperança; vontade de aprender; vontade de contribuir; vitória; pertença.		
<b>Metáfora</b>	“Com uma escola, onde estamos sempre aprendendo, uns dias com angústia, outros dias com alegria, mas que nunca se sabe completamente.”		
<b>Sentido</b>	O <i>Caps escola</i> é aquele em que os contrastes expressam-se na alegria e angústia, em uma luta constante em relação à estrutura manicomial, uma vez que está longe de ser o que deveria, mas que também consegue fazer uma mudança na vida das pessoas. Entretanto, se expressa também o pertencimento, demonstrado na alegria, esperança, vontade de aprender, de contribuir, vitória e pertença.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 03</b> <b>Campo de Práticas:</b> Região Metropolitana de Fortaleza	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase:</b> Saúde Mental Coletiva	<b>Idade: 26</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Eu quis mostrar que mesmo teoricamente o fato das crianças e família ser o centro e objetivo do serviço não tem ocorrido aproximação com os profissionais, que geralmente se posicionam de modo a prestar apenas assistência voltado para os remédios, a coordenação fica isolada e atua de modo vertical.”		
<b>Qualidade</b>	Tem atuado como um ambulatório; grande ênfase na medicação; não valoriza o lúdico e o brincar.		
<b>Sentimento</b>	Preocupada; inquieta; desejosa por mudança; tristeza; descontentamento; decepção; ansiedade; desmotivação; medo.		
<b>Metáfora</b>	“A um ambulatório, apertado e sem vida.”		
<b>Sentido</b>	O <i>CAPS ambulatório apertado e sem vida</i> é aquele em que a destruição é sentida por meio da ênfase no modelo manicomial, sem a valorização de práticas alternativas, como o brincar. Isto gera preocupação, inquietação, tristeza, medo, mas também o desejo por mudança.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 04</b> <b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Sexo: M</b> <b>Ênfase:</b> Saúde Mental Coletiva	<b>Idade: 28</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“O desenho indica um regular exercício que venho fazendo no meu saber-fazer como residente: o diálogo entre a introversão e a extroversão, necessários para o trabalho clínico e para o convívio em equipe.”		
<b>Qualidade</b>	Ordem/caos; zelo, incongruência; ambiguidade; doação; introversão; potente; a Gestão de Saúde do Município não acredita em seu real valor;		
<b>Sentimento</b>	Esforço; apreensão; cautela; dedicação; amizade; paciência; tolerância; sofrimento; conscientização.		
<b>Metáfora</b>	“Um rio cujo fins podem ser dois: uma cachoeira ou um mar.”		
<b>Sentido</b>	O <i>CAPS rio</i> é aquele em que seus contrastes se expressam na ordem/caos, potente e desacreditado, incongruência e conscientização, dedicação e sofrimento.		



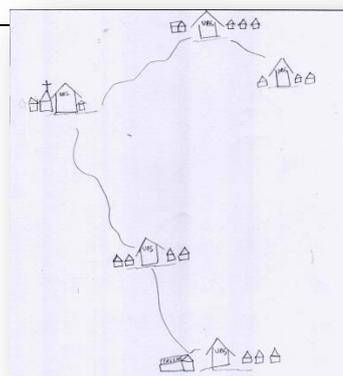
<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 05</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase: Saúde Mental Coletiva</b>	<b>Idade: 42</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico.		
<b>Significado</b>	“O desenho representa o caminho que foi trilhado e está sendo feito dentro do CAPS. Um caminho rico de descobertas, cheios de dificuldades na própria estrutura, mas desafiador no sentido de ser transformado pela residência.”		
<b>Qualidade</b>	Complementaridade na união das categorias; pouco ou nada ainda foi feito; obstáculos; ambulatório que ainda está centrado no poder biomédico.		
<b>Sentimento</b>	Alegria; expectativa; frustração; determinação; esperança; impotência;		
<b>Metáfora</b>	“Em ambulatório, onde as pessoas buscam a cura através do processo medicamentoso e que a psicoterapia ainda não é valorizada.”		
<b>Sentido</b>	O <i>CAPS ambulatório</i> é aquele em que seus contrastes aparecem na complementaridade da união das categorias profissionais e centralidade no modelo biomédico, determinação e impotência, expectativa e frustração. Expressa-se uma estima mais positiva, revelada pela determinação e esperança de que a Residência possa contribuir para transformar a realidade do serviço.		



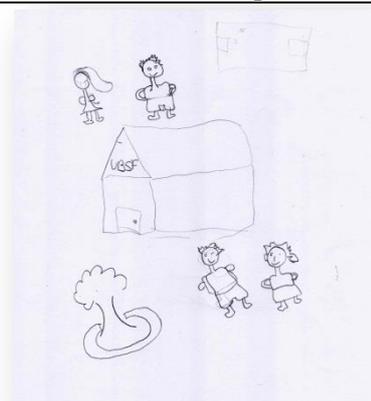
<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 06</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	<b>Idade: 27</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“As unidades de saúde onde estou inserida se configuram como ilhas dentro de um mesmo território e até mesmo dentro desta ilha existem distâncias entre pessoas, práticas e fazeres.”		
<b>Qualidade</b>	Egoísmo; imaturidade; adequação; pessoas que não conseguem trabalhar como equipe; falta de reconhecimento do trabalho do outro; pessoas que não se afetam com a experiência do outro.		
<b>Sentimento</b>	Solidão; individualidade; insegurança; falta; esforço; tolerância.		
<b>Metáfora</b>	“Com a ilha que representei no desenho”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS ilha</i> é aquela em que a insegurança é sentida no distanciamento entre os profissionais, impedindo o trabalho em equipe, o que gera solidão, insegurança e falta, bem como a necessidade de tolerância diante do que se considera egoísmo e imaturidade.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 07</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	<b>Idade: 28</b>
<b>Estrutura</b>	Cognitivo		
<b>Significado</b>	“Representa as 5 unidades de Saúde que nossa equipe de NASF residente dá cobertura no município de X.”		
<b>Qualidade</b>	Movimento; diversidade; pressa; pouca compreensão; acomodação.		
<b>Sentimento</b>	Amplitude; divisão; impotência; insatisfação.		
<b>Metáfora</b>	“Ambulatório hospitalar.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS ambulatório hospitalar</i> é aquela em que a insegurança é sentida por uma dinâmica do serviço marcada pelo intenso movimento, que exige pressa, gerando pouca compreensão e proporcionando sentimentos de impotência, insatisfação e divisão.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 08</b> <b>Campo de Práticas: Região Metropolitana de Fortaleza</b>	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	<b>Idade: 25</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Representa uma das Unidades em que atuo, tornou-se um local acolhedor e que a comunidade já consegue vê em nós (residentes) parceiros.”		
<b>Qualidade</b>	Provocação; trabalho bem difícil; os resultados só podemos observar aos poucos; só trabalha na atenção básica quem gosta de verdade.		
<b>Sentimento</b>	Vontade de desenvolver o melhor trabalho; esperança; confiança; alegria; resiliência; tristeza.		
<b>Metáfora</b>	“Com uma tarefa bem difícil de ser realizada.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS tarefa bem difícil a ser realizada</i> é aquela onde o contraste se expressa na percepção de um trabalho difícil e, ao mesmo tempo, uma vontade de desenvolvê-lo da melhor forma, havendo alegria e tristeza. Gosta-se de trabalhar, apesar dos resultados só puderem ser observados aos poucos.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito:</b> 09 <b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Sexo:</b> M <b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	<b>Idade:</b> 25
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“De certa forma representa a dureza do centro de saúde e as potencialidades da comunidade (apesar de suas fragilidades). Acredito que saindo do centro de saúde existe um mundo inteiro lá fora.”		
<b>Qualidade</b>	Estranhamento; confusão; bom serviço; precisa se integrar mais com o mundo a sua volta.		
<b>Sentimento</b>	Estresse; alegria; motivação; desgaste; paz; esperança; cansaço.		
<b>Metáfora</b>	“Com uma ilha”		
<b>Sentido</b>	O <i>CSF ilha</i> é aquele cujo contraste se faz presente por ser um bom serviço, mas que carece de maior integração com o mundo, gera estresse e alegria, motivação e desgaste.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito:</b> 10 <b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Sexo:</b> F <b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	<b>Idade:</b> 31
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Dentro do contexto em que o município se encontra politicamente, passamos por algumas dificuldades no processo de trabalho e mudança de gestão. O desenho representa uma árvore que quer e precisa brotar. Para isso também necessita da água que são os recursos no trabalho.”		
<b>Qualidade</b>	Está passando por algumas dificuldades de funcionamento, entretanto estou disponível para ajudar no que estiver a meu alcance.		
<b>Sentimento</b>	Mudança; perseverança; determinação.		
<b>Metáfora</b>	“Com o “caminhar”, um passo por vez para conseguirmos avançar.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS caminhar</i> é aquela onde o pertencimento se expressa pelo desejo de ajudar, mesmo em meio às dificuldades do funcionamento, despertando sentimentos de perseverança e determinação.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 11</b> <b>Campo de Práticas:</b> Região Metropolitana de Fortaleza	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	<b>Idade: 25</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Há algo bonito, mas que ainda não possui raízes sólidas e ainda está escondido, escuro. No entanto, possui potencial de gerar bons frutos e tornar-se mais claro.”		
<b>Qualidade</b>	Encoberto; expectativa nos frutos que ainda podem surgir; fragilidade; em fase de implantação; precisa ser reformulado para tornar-se mais efetivo.		
<b>Sentimento</b>	Angústia; expectativa; continuidade; cansaço; descoberta.		
<b>Metáfora</b>	“Um navio, em alto mar, passando por uma tempestade.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS navio em alto mar passando por uma tempestade</i> é aquela em que os contrastes se expressam como frutos que podem surgir, mas ainda estão encobertos, gerando angústia e expectativa.		



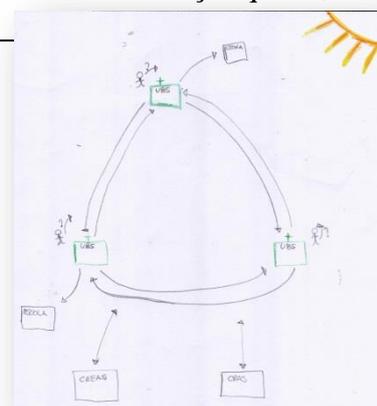
<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 12</b> <b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	<b>Idade: 24</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico.		
<b>Significado</b>	“Significa um lugar de acolhimento secundário, pois é o local onde passo a maior parte do tempo e nesse espaços vivencio momentos de alegria, sofrimento, angústia, de companheirismo, etc., onde existe também obstáculos diários.”		
<b>Qualidade</b>	Acolhimento; muito complexo e contraditório; batalha diária;		
<b>Sentimento</b>	Empatia; angústia; expectativa; preocupação;		
<b>Metáfora</b>	“Com a minha residência familiar, pois ambos apresentam-se sempre com muitas pessoas, em que há conflitos e companheirismo entre os sujeitos.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS residência familiar</i> é aquele em que os contrastes se expressam no acolhimento e contradição, empatia e angústia, percebido como uma batalha diária.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito:</b> 13 <b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Sexo:</b> F <b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	<b>Idade:</b> 24
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Eu percebo o espaço que trabalho como potente de trabalho e formação, onde circula sujeitos com diferentes histórias e discursos diferentes.”		
<b>Qualidade</b>	É preciso fazer mais; incompletude; incompreensão; precisa melhorar.		
<b>Sentimento</b>	Desafio; angústia; tristeza; alegria; satisfação.		
<b>Metáfora</b>	“Com a construção de uma casa.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS construção de uma casa</i> é aquela em que o contraste se expressa na alegria e tristeza, angústia e satisfação, geradas por um serviço marcado pela incompletude, que desafia e precisa melhorar.		



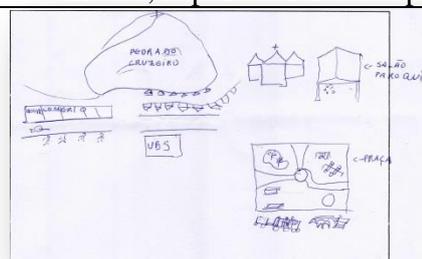
<b>Identificação</b>	<b>Sujeito:</b> 14 <b>Campo de Práticas:</b> Região Metropolitana de Fortaleza	<b>Sexo:</b> F <b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	<b>Idade:</b> 28
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“O desenho significa o que o NASF (psi, ass. social, nutri e fisio) passam todos os dias e nos angustia. A necessidade de locomoção entre as 3 unidades de saúde que o nosso território abrange e dentro do próprio território da UBS e não sabemos se iremos ou não por falta de carro, que está levando e trazendo a população para atendimentos em saúde.”		
<b>Qualidade</b>	Indisponibilidade de recursos; inviabilização do trabalho; cuidado com a população; bom serviço; dificuldades; assistencialismo.		
<b>Sentimento</b>	Angústia; espera; indecisão; disposição.		
<b>Metáfora</b>	“A uma criança (população) que recebe muita coisa na mão da mãe (prefeitura).”		
<b>Sentido</b>	O <i>NASF criança que recebe muita coisa da mão da mãe</i> é aquele em que seus contrastes se expressam na forma de um bom serviço que é, também, assistencialista, em angústia e disposição.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 15</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: M</b> <b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	<b>Idade: 25</b>
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“O desenho representa a atual situação dos serviços de saúde em meu cenário de prática. Percebo profissionais e serviços desarticulados e pouco efetivos em suas relações com os sujeitos comunitários.”		
<b>Qualidade</b>	Precarização; falta abertura dos profissionais; cenário desnorteador; há muito o que ser feito; profissionais desmotivados e desacreditados; questões financeiras e de financiamento.		
<b>Sentimento</b>	Angústia; tristeza; esperança; revolta; desamparo; superação.		
<b>Metáfora</b>	“Comparo com uma grande casa que recebe cada vez mais pessoas, mas não se preocupa em subsidiar melhorias que propiciam qualidade de vida para todos.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS grande casa</i> é aquela em que a destruição é sentida na precarização, no cenário desnorteador, e em profissionais desmotivados e desacreditados, o que gera angústia e desamparo. Apesar da esperança e do desejo de superação, a ênfase é dada na falta de atenção ao serviço e em sua pouca efetividade.		



<b>Identificação</b>	<b>Sujeito: 16</b> <b>Campo de Práticas: Interior</b>	<b>Sexo: F</b> <b>Ênfase: Saúde da Família e Comunidade</b>	<b>Idade: 24</b>
<b>Estrutura</b>	Cognitivo		
<b>Significado</b>	“Este desenho representa o próprio território com muitos comércios, a pedra que fica no meio da cidade, sendo um ponto de referência e a Igreja, onde elaboramos muitas ações.”		
<b>Qualidade</b>	Cidade desorganizada; falta de apoio; desorganização; necessidade; suporte; campo de prática potencial; não é sempre, que é trabalhado com as potencialidades existentes.		
<b>Sentimento</b>	Desejo de mudança e comprometimento; união.		
<b>Metáfora</b>	“No serviço onde estou, comparo com uma família onde os pais exigem bom comportamento, e organização dos filhos, enquanto os próprios pais só vivem com brigas, sem organização e não passa nada para os filhos de como devem agir.’ Representando gestão e profissionais dos serviços.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS família contraditória</i> é aquela em que seus contrastes se expressam no campo potencial e potencialidades não trabalhadas, suporte e falta de apoio.		



Identificação	Sujeito: 17	Sexo: F	Idade: 26
	<b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	
<b>Estrutura</b>	Metafórico		
<b>Significado</b>	“Busquei expressar como eu gostaria que as unidades de saúde fossem, com fácil acesso aos usuários e articulação intersetorial, assim como voltadas para ações comunitárias dentro das realidades do território. Porém no momento atual isso ainda está longe da realidade.”		
<b>Qualidade</b>	Compromisso social; humanização; cidadania; precisa estar mais próximo e ser mais acolhedor.		
<b>Sentimento</b>	Esperança; determinação; inquietação; ansiedade; motivação.		
<b>Metáfora</b>	“Com uma rede cheia de furos.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS rede de furos</i> é aquela em que seus contrastes se expressam no compromisso social e a necessidade de estar mais próximo e acolhedor, na esperança e inquietação. Apresenta uma estima mais positiva ao ressaltar a motivação e determinação.		



Identificação	Sujeito: 18	Sexo: F	Idade: 31
	<b>Campo de Práticas:</b> Interior	<b>Ênfase:</b> Saúde da Família e Comunidade	
<b>Estrutura</b>	Cognitivo.		
<b>Significado</b>	“Procurei representar o espaço físico da Unidade de Saúde, como o local onde acontece a maior parte das atividades, e também coloquei as profissões e os usuários representando a interação.”		
<b>Qualidade</b>	Boa convivência e integração; cuidado; atenção; dificuldades; profissionais são esforçados.		
<b>Sentimento</b>	Satisfação; respeito; realização profissional; felicidade; medo		
<b>Metáfora</b>	“Com a família, pois vivenciamos momentos bons e ruins, quando conseguimos realizar uma atividade com os usuários que satisfação e os ruins que se refere as dificuldades do serviço e muitas vezes nas relações de trabalho.”		
<b>Sentido</b>	A <i>UBS família</i> é aquela em que o contraste se expressa na boa convivência, integração e as dificuldades; satisfação e medo.		



**ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Afetividade na Residência Integrada em Saúde: o psicólogo no território de form"ação"

**Pesquisador:** Maria Zelfa de Souza Feitosa

**Área Temática:** Saúde e Bem-estar

**Versão:** 1

**CAAE:** 21328413.2.0000.5054

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 488.782

**Data da Relatoria:** 14/11/2013

**Apresentação do Projeto:**

O Projeto de Mestrado de Maria Zelfa de Souza Feitosa sob orientação da profa. Dra. Zulmira Bomfim, trata de analisar o impacto da afetividade (emoções e sentimentos) na atuação de psicólogos residentes em políticas públicas de saúde, de nível primário e secundário, a partir de seu contato com o território dos serviços. A pesquisa proposta elege como sujeitos os psicólogos atualmente vinculados à Residência Integrada em Saúde (RIS), cuja Instituição Formadora é a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Parte da Psicologia Social de base Histórico-Cultural, desenvolvida por Sílvia Lane e colaboradores, e a Psicologia Ambiental como referencial teórico. Pretende utilizar a metodologia de pesquisa qualitativa com 30 sujeitos e valer-se dos seguintes instrumentos na coleta de dados: 1) Instrumento gerador dos Mapas Afetivos, do qual será utilizado somente a parte qualitativa, e 2) Entrevistas Semi-estruturadas, que serão gravadas mediante concordância dos participantes. A análise dos dados será feita, no caso dos Mapas Afetivos, por meio da análise de conteúdo categorial, proposta por Vázquez-Sixto e da análise do subtexto, do sentido e do motivo, baseada nos trabalhos de Vygotsky. As Entrevistas serão analisadas à luz da análise de conteúdo, proposta por Bardin. A pesquisa tem por finalidade contribuir com os conhecimentos e discussões acerca da atuação do psicólogo no âmbito das políticas públicas de saúde.

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 488.782

FORTALEZA, 11 de Dezembro de 2013

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o impacto da afetividade (emoções e sentimentos) na atuação de psicólogos residentes em políticas públicas de saúde, de nível primário e secundário, a partir de seu contato com o território dos serviços.

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador)**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A pesquisa, embora possa gerar algum desconforto ao participantes, que irão lidar com emoções e sentimentos, não apresenta riscos.

Benefícios: A pesquisa pode gerar dados para a melhoria da formação em Saúde e contribuir com os conhecimentos e discussões acerca da atuação do psicólogo no âmbito das políticas públicas de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para o campo de estudo e apresenta elementos suficientes para sua apreciação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou ao CEP: folha de rosto assinada pelo chefe de departamento da instituição de ensino; Projeto de pesquisa em português, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, Termo de Assentimento dos Adolescentes, Cronograma atualizado, Currículo Atualizado da Pesquisadora, Autorização do local onde será realizada a pesquisa e carta de encaminhamento do projeto ao CEP.

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto não apresenta pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



ANEXO B – PARECER CONSULTADO DO CEP, ELABORADO PELA

INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Continuação do Parecer: 488.782

FORTALEZA, 11 de Dezembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP. ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP/ CE</b></p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>										
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>										
<p style="text-align: center;"><b>Elaborado pela Instituição Coparticipante</b></p>										
<p><b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> Afetividade na Residência Integrada em Saúde: o psicólogo no território de formação</p> <p><b>Pesquisador:</b> Maria Zelfa de Souza Feitosa</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 1</p> <p><b>CAAE:</b> 21328413.2.0000.5054</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p>										
<p><b>DADOS DO PARECER</b></p> <p><b>Número do Parecer:</b> 554.260</p> <p><b>Data da Relatoria:</b> 12/03/2014</p> <p><b>Apresentação do Projeto:</b></p> <p>Trata-se de Projeto de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Humanidades da UFC que tem como objetivo analisar o impacto da afetividade (emoções e sentimentos) na atuação de psicólogos residentes em políticas públicas de saúde, de nível primário e secundário, a partir de seu contato com o território dos serviços. Utiliza como referencial teórico a Psicologia Social de base Histórico-Cultural, desenvolvida por Sílvia Lane e colaboradores, e a Psicologia Ambiental. Os sujeitos da pesquisa serão 30 psicólogos inseridos na Residência Integrada em Saúde (RIS), vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Quanto à abordagem metodológica, trata-se de uma pesquisa qualitativa em que a coleta de dados se efetivará pela aplicação da parte qualitativa do instrumento gerador dos Mapas Afetivos, cuja análise se dá por meio da análise de conteúdo categorial, proposta por Vázquez-Sixto, e da análise do subtexto, do sentido e do motivo, baseada nos trabalhos de Vygotsky; e Entrevista Semiestruturada, a qual será analisada por meio da análise de conteúdo de Bardin.</p> <p><b>Objetivo da Pesquisa:</b></p> <p>Analisar o impacto da afetividade (emoções e sentimentos) na atuação de psicólogos residentes em políticas públicas de saúde, de nível primário e secundário, a partir de seu contato com o</p>										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><b>Endereço:</b> Av. Antonio Justa, 3161</td> <td><b>CEP:</b> 60.165-090</td> </tr> <tr> <td><b>Bairro:</b> Meireles</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> CE</td> <td><b>Município:</b> FORTALEZA</td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (85)3101-1406</td> <td><b>Fax:</b> (85)3101-1406</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>E-mail:</b> cep@esp.ce.gov.br</td> </tr> </table>	<b>Endereço:</b> Av. Antonio Justa, 3161	<b>CEP:</b> 60.165-090	<b>Bairro:</b> Meireles		<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA	<b>Telefone:</b> (85)3101-1406	<b>Fax:</b> (85)3101-1406		<b>E-mail:</b> cep@esp.ce.gov.br
<b>Endereço:</b> Av. Antonio Justa, 3161	<b>CEP:</b> 60.165-090									
<b>Bairro:</b> Meireles										
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA									
<b>Telefone:</b> (85)3101-1406	<b>Fax:</b> (85)3101-1406									
	<b>E-mail:</b> cep@esp.ce.gov.br									

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/ CE



Continuação do Parecer: 554.260

território dos serviços.

FORTALEZA, 12 de Março de 2014

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: por lidar com emoções e sentimentos, a pesquisa poderá gerar algum desconforto aos participantes.

Benefícios: A pesquisa pode gerar dados para a melhoria da formação em Saúde e contribuir com os conhecimentos e discussões acerca da atuação do psicólogo no âmbito dos serviços públicos de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para o campo de estudo, apresenta elementos suficientes para sua apreciação e se desenvolverá segundo os princípios éticos da Resolução 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou ao CEP: folha de rosto assinada pelo chefe de departamento da instituição de ensino; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, Cronograma atualizado, Autorização do dirigente da instituição onde será realizada a pesquisa, Roteiro de Entrevista Semiestruturada, Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos.

**Recomendações:**

Apresentar o relatório ao CEP/ESP após o término da pesquisa

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CÔNEP:**

Não

Endereço: Av. Antonio Justa, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-090

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1406

Fax: (85)3101-1406

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/ CE



Continuação do Parecer: 554.260

FORTALEZA, 12 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Antonio Justa, 3161

**Bairro:** Meireles

**CEP:** 60.165-090

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-1406

**Fax:** (85)3101-1406

**E-mail:** cep@esp.ce.gov.br