

SE TODO MUNDO É UM POUCO LOUCO, O CUIDADO É COMUM A TODOS: formação em Psicologia e concepções de loucura e cuidado

Brenda Dantas Barros (IC) e Bruna Suruagy do Amaral Dantas (Orientadora)

Apoio: PIBIC Mackpesquisa

RESUMO

A história da Reforma Psiquiátrica brasileira evidencia o papel fundamental dos trabalhadores e trabalhadoras da Saúde na defesa dos direitos das pessoas atendidas. Para potencializar esta atuação, faz-se necessária uma formação que produza compreensão crítica dos fenômenos e suas multideterminações. Nesta pesquisa qualitativa investigamos, por meio da Análise de Conteúdo, os impactos da formação em Psicologia nas concepções de estudantes sobre a loucura e as formas de cuidado, comparando entrevistas realizadas com ingressantes e concluintes. Nos discursos de ambos os grupos, ainda persiste a visão tradicional da loucura — entendida a partir de Foucault e Amarante —, enquanto uma compreensão crítica emergiu dos enunciados dos concluintes. A formação em Psicologia parece suscitar novas representações — um possível desdobramento das Diretrizes Curriculares Nacionais — mas a dificuldade em romper com as ideias cristalizadas impõe-se como desafio. Na literatura, encontramos propostas diversas de rompimento com o lugar de saber-poder do profissional, visando a formação de psicólogas e psicólogos antimanicomiais.

Palavras-chave: formação em psicologia; reforma psiquiátrica; saúde pública

ABSTRACT

The history of the Brazilian Psychiatric Reform sheds light on the fundamental role of healthcare workers in the defense of patients' rights. To expand that role, academic training that produces critical comprehension of phenomena and its multi-determinations is needed. In this qualitative research we investigated - by means of content analysis - the effects of academic training in Psychology on students' discourse about madness and healthcare, comparing interviews given by freshmen and senior students. We found the traditional vision of madness - understood through Foucault and Amarante - in both groups' discourses, while a critical comprehension was present in the seniors' interviews. An academic training in Psychology seems to succeed in evoking new representations - a possible development from the National Curriculum Guidelines - but it's still a challenge to break from crystallised ideas. In academic literature we find diverse ways of breaking from the knowledge/power position of the professional, seeking the emergence of more anti-asylum psychologists.

Keywords: psychology training; psychiatric reform; public healthcare

*Para Carlos Augusto de Oliveira, grande
Carlão (in memoriam, 11/09/2020), parceiro
de loucura que sempre acreditou em suas
colegas estudantes de psicologia*

1. INTRODUÇÃO

A Lei 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a atenção às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001), é o principal marco histórico legal da assistência à saúde mental. A movimentação política que culminou na promulgação desta lei se iniciou com a formação do primeiro coletivo com o propósito de lutar contra as violações de direitos ocorridas em hospitais psiquiátricos, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE; NUNES, 2018). Na histórica Carta de Bauru, de 1987, os trabalhadores do MTSM manifestam seu posicionamento na luta por uma sociedade sem manicômios. O pioneirismo desses trabalhadores evidencia a importância dos profissionais da Saúde na identificação de violências e na defesa dos direitos das pessoas atendidas, bem como a importância de uma formação que lhes proporcione recursos para isso. A necessidade de uma rede substitutiva ao modelo manicomial também foi identificada pelos técnicos da saúde, quando o município de Santos, embasado nos princípios postos pelo recém constituído Sistema Único de Saúde (SUS), realiza, em 1989, uma intervenção em hospital psiquiátrico cujo “desfecho não apontaria melhorias, mas a extinção do hospital, com consequente criação de uma rede denominada de substitutiva” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

No atual panorama político, estão ameaçados os avanços promovidos pelas Lei 10.216, da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), e pela Portaria 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011). Em 21 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde (MS) publica a portaria 3.588, que estabelece hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas como dispositivos que compõem a RAPS (BRASIL, 2017). A medida vai de encontro a uma das principais diretrizes da reforma psiquiátrica: a progressiva substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospital geral, promovendo a desinstitucionalização daqueles que se encontravam privados de liberdade. Em 2019, o retrocesso já anunciado pela portaria 3.588/2017 foi detalhado em uma Nota Técnica publicada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do MS, no dia 4 de fevereiro (BRASIL, 2019), recebida com repúdio por parte dos órgãos de controle social ligados aos trabalhadores e usuários da Saúde Mental. A nota técnica explicita o fim da RAPS como substitutiva ao modelo manicomial de atenção psiquiátrica, vigente até sua instituição:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando

mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. (p. 4)

Frente a este cenário, o poder de organização do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) é um importante contraponto: em 2015, por exemplo, o MLA protestou nas dependências do órgão por quatro meses, quando foram retirados com ordem judicial. (AMARANTE, 2018). Em oposição às mudanças na política de Saúde Mental, também fazem frente alguns conselhos de classes profissionais ligados à área.

A internação de pessoas com transtornos mentais em instituições asilares é proibida pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que as caracteriza, em seu artigo 4º, como equipamentos que não proporcionam a assistência integral, “incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2001). Historicamente, o paradigma asilar já provocou violações de direitos humanos de imensas proporções, nos manicômios contra os quais protestava o já mencionado MTSM, sendo o Hospital Colônia, de Barbacena, um dos casos mais divulgados. As práticas e histórias dessas instituições foram detalhadas em livros e filmes que difundiram o tema da luta antimanicomial no contexto brasileiro. No entanto, este está longe de ser um cenário apenas histórico, como indicado pelos relatórios das inspeções nacionais em hospitais psiquiátricos e em comunidades terapêuticas, realizadas pelo Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura em parceria com órgãos como Conselho Federal de Psicologia e Ministério Público, que apontam para o tratamento cruel e degradante que essas instituições reservam às pessoas nelas privadas de liberdade (CFP, 2018; 2020).

Na atenção psicossocial, em oposição aos tratamentos medicalizantes, transforma-se o modo de compreender a atenção à pessoa com transtorno mental: o indivíduo toma o protagonismo, antes reservado ao médico, estabelecendo um campo interdisciplinar, considerando as diversas necessidades do sujeito, que participa plenamente da construção do plano de tratamento, levando em conta sua singularidade e promovendo a autonomia e participação social (MACEDO; DIMENSTEIN, 2016; LUIZ RIBEIRO; AMÉLIA LUZIO, 2008). Tal qual a reforma sanitária parte do entendimento da saúde como um processo mais complexo do que a mera ausência de doença, a reforma psiquiátrica objetiva a compreensão da sanidade para além da definição da patologia segundo o saber médico.

Os princípios que regem a política do Sistema Único de Saúde, estabelecido na redemocratização, também se interrelacionam com essa concepção de saúde e de sanidade. São estes a universalização, referente à garantia de acesso a todos; a equidade, que busca reconhecer as singularidades de cada sujeito, oferecendo o cuidado de que cada um precisa; e a integralidade, que reconhece e atende ao indivíduo como um todo, considerando suas diversas necessidades e articulando o direito à saúde a outras políticas públicas. Esses

princípios são materializados, no âmbito da RAPS, pela promoção de saúde em diversos níveis de complexidade, priorizando o cuidado no território de residência por equipes interdisciplinares na Atenção Básica, reconhecendo a singularidade do sujeito e os determinantes sociais da saúde, articulando-se em rede com os serviços de assistência social, moradia e geração de renda, estimulando a participação social e política e o acesso à cultura.

A atenção psicossocial e seus serviços no Brasil, no breve período de intenso desenvolvimento, possuem números a serem comemorados, apesar das recentes ameaças e retrocessos: segundo Amarante e Nunes (2018, p. 2072), fomos de 80 mil leitos psiquiátricos, em 1970, para cerca de 26 mil em 2014, enquanto os gastos com atenção psicossocial subiram de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Mesmo com tantos avanços, ainda prevalece a hegemonia da clínica na rede substitutiva. Este cenário vem desde a regulamentação da profissão, em 1962, com a intensa expansão da prática em consultório e a regulamentação do uso de testes psicológicos como exclusivo desta categoria profissional (LUIZ RIBEIRO; AMÉLIA LUZIO, 2008).

Dimenstein (2003) argumenta que a formação em Psicologia produz uma subjetividade e uma cultura profissional, ancorada na imagem do profissional liberal, que pautam os limites de sua atuação. A formação direcionaria os profissionais para um modelo de atuação que lhes renderia dificuldades de adaptação em possíveis atuações na Saúde Pública, caracterizado pela psicologização dos fenômenos sociais, isolados de outras dimensões de análise, e pelo uso de técnicas limitadas ao saber teórico de sua disciplina (DIMENSTEIN, 2001). O que se costuma fazer é o mero deslocamento das práticas clínicas individuais para o âmbito da Saúde Pública, utilizando-se de trabalhos grupais como estratégia para viabilizar o atendimento da grande demanda nos moldes da prática psicoterapêutica, e não com fim em si mesmo (DIMENSTEIN, 2001; 2003).

Identificamos nessa problemática também a hegemonia do modelo de subjetividade liberal. Ao analisar as práticas em saúde mental, devemos levar em conta que o modelo de sujeito com que essas práticas buscam trabalhar é o ideal individualista vigente na sociedade ocidental moderna. Desconsidera-se o contexto do usuário e foca-se no seu potencial de se reinventar psicologicamente, como se fosse a sua “organização psíquica” o único fator constituinte de sua subjetividade, e assim aplicam-se teorias como se tivessem caráter universal e servissem igualmente a qualquer grupo social (DIMENSTEIN, 2003).

Atualmente, o setor público representa uma grande fatia do mercado profissional dos psicólogos no país, empregando, em 2010, 40,3% dos psicólogos no Brasil (DIMENSTEIN, 2016), e é responsável, em certa medida, pela acentuada expansão da profissão no país nas últimas décadas. Os cursos de Psicologia, entretanto, não estão adequados para preparar

profissionais para este cenário, de acordo com várias pesquisas realizadas com profissionais atuantes nas políticas públicas de Saúde Mental (DIMENSTEIN, 2003; DIMENSTEIN, 2000; LUIZ RIBEIRO; AMÉLIA LUZIO, 2008; MACEDO; DIMENSTEIN, 2016; SALES; DIMENSTEIN, 2009). Segundo Dimenstein (2003), o currículo de parte dos cursos é baseado em transmissão de conhecimento técnico e reprodução da despolitização da atuação profissional, e aponta para ausência de experiência adequada por parte dos docentes em estabelecimentos da saúde pública. Nas pesquisas mencionadas, entrevistados falaram da ausência em sua formação de conteúdos específicos sobre Saúde Pública ou reforma psiquiátrica (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

Essa caracterização dos cursos de Psicologia aparece como consequência histórica de um currículo mínimo constituído, tal qual a profissão em si, perante um modelo medicalizante e patologizante do indivíduo em sofrimento psíquico. (LUIZ RIBEIRO; AMÉLIA LUZIO, 2008). Muitos foram os esforços coletivos para mudar este quadro, que culminaram em 2004 com a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Psicologia, que indicam que a formação deve ter caráter amplo e preparar o profissional para atuar em diversos setores. As DCNs também direcionam a formação para a atenção psicossocial em Saúde Mental, preconizando o cuidado em caráter interdisciplinar, a partir do reconhecimento do fenômeno psicológico como multideterminado e dos determinantes sociais envolvidos na saúde. Partem de uma concepção de cuidado integral em saúde que retira a Psicologia de seu histórico papel no ajuste de condutas individuais. (LUIZ RIBEIRO; AMÉLIA LUZIO, 2008).

Na presente pesquisa, buscamos avaliar, por meio da comparação de entrevistas com estudantes ingressantes e concluintes, os efeitos da formação em Psicologia nos discursos sobre a loucura e o cuidado em saúde mental. Visamos, com isso, investigar se o curso prepara profissionais para uma atuação antimanicomial na Saúde Pública. Esperamos, ainda, colaborar com a produção de subsídios que possibilitem a elaboração de projetos para a formação de profissionais que atuem de forma crítica no âmbito da Saúde Pública, considerando a luta contra a lógica manicomial de cuidado como parte intrínseca da promoção de atenção psicossocial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

“Nunca a psicologia poderá dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia”, escreve Foucault em *Doença Mental e Psicologia* (2000, p.60), obra na qual evidencia a influência do saber médico na construção dos saberes psicológicos e na transformação das concepções ocidentais sobre a loucura. Para tal, descreve o papel central

da noção de sujeito psicológico e da função social da psicologia na construção das categorias diagnósticas que tomam para si as ideias depositadas na representação da loucura.

Já em sua História da Loucura na Antiguidade Clássica interessa-lhe, a partir da análise das mudanças nesta categoria social, investigar a forma como saber e poder se entrelaçam e constituem as instituições que sustentam as estruturas políticas e econômicas vigentes. O autor descreve a criação das primeiras instituições voltadas à reclusão destes sujeitos e a transformação destas organizações a partir da constituição da Medicina e de seu saber sobre a patologia, a que se sucede o deslocamento do fenômeno da loucura para seu campo de conhecimento. Este processo culmina, na modernidade, com a apropriação da loucura pelo saber psiquiátrico e a invenção da doença mental.

Segundo Amarante (1995), o tratamento dado aos loucos começa a mudar com Pinel, quando à luz dos ideais da Revolução Francesa, constitui-se o conceito de cidadão e, em oposição, o de alienado como aquele destituído de cidadania. São instituídos, assim, o hospital psiquiátrico e a própria psiquiatria, e trocam-se as amarras físicas pelo condicionamento moral, na crença de desempenhar um tratamento mais humanitário para a então chamada alienação mental. A mudança de visão sobre a loucura traz o confinamento de doentes mentais como um meio de tentar descobrir a verdade sobre este fenômeno. Para além disso, o hospital deve produzir um ajustamento da conduta do indivíduo às normas morais vigentes e transformar o médico em um “mestre da loucura” (FOUCAULT, 2005, p. 122).

A importância conferida ao trabalho pela transição ao modo de produção capitalista, agora tido como antídoto para a pobreza e sua recém adquirida carga negativa, o coloca como meta de reabilitação do louco. O manicômio, caracterizado como uma instituição disciplinar com propósito terapêutico (FOUCAULT, 2005), se faz, assim, um instrumento pedagógico para os membros improdutivos da sociedade (AMARANTE, 1995).

O lugar social da loucura e a função de seu tratamento devem ser compreendidos considerando-se a história deste conceito e as relações de poder entre o louco e o não-louco (FOUCAULT, 2005). A figura do louco, na Idade Média, viria para substituir a lacuna deixada pelo leproso e o sentido social de sua exclusão nos chamados leprosários. Constrói-se, assim, a imagem do louco como alguém que revela uma verdade: é atribuído um teor religioso à experiência, que por isso expressaria uma alteridade aceitável. Já no período do Renascimento, com a crise da Razão, o discurso da loucura perde o valor antes garantido pela possibilidade do divino e a cidade precisa ser dela purificada: surgem as Naus dos Loucos, responsáveis por jogar ao mar o mal da loucura, de forma literal e simbólica (AMARANTE, 1995). Na modernidade, o louco é alguém que vive uma experiência diferente

da normalidade, cuja verdade encontra-se no saber psiquiátrico, e que precisa ser controlado para que não apresente perigo a si mesmo e aos outros (AMARANTE, 1995). Para Foucault (2005), o poder do médico sobre o doente, que tira do indivíduo o poder e o saber sobre sua condição, é a principal questão levantada pelos movimentos que questionam a psiquiatria.

É a partir deste entendimento da loucura como uma construção histórica, baseada em um saber-poder que produz a categoria do louco e seu tratamento em resposta a um determinado contexto material, que abordamos esta investigação.

3. METODOLOGIA

Por se tratar de uma investigação no campo dos sentidos, buscando uma interpretação aprofundada de determinados conceitos e fenômenos, a abordagem qualitativa de pesquisa de campo foi escolhida (MINAYO, 2002). A metodologia visou responder ao objetivo de desvelar e comparar os sentidos atribuídos ao conceito de loucura e de cuidado por estudantes no início e no final do curso de Psicologia.

3.1 Participantes

Os participantes são 40 estudantes de Psicologia, divididos em dois grupos: Ingressantes e Concluintes. Para o grupo Ingressantes, o critério de inclusão foi estar cursando o primeiro ou o segundo semestre. Para o grupo Concluintes, foi estar no nono ou décimo semestre. Almejando maior uniformidade dos dados, todos os estudantes entrevistados frequentavam universidades privadas. A amostra foi definida por conveniência a partir da divulgação da pesquisa e convite à participação feito por meio da rede social *Twitter*, alcançando estudantes de todas as regiões do Brasil.

No grupo Ingressantes, contamos com a participação de quinze estudantes do primeiro semestre, e cinco do segundo. Foram entrevistados, dentre eles, sete estudantes do estado de São Paulo; quatro do estado de Minas Gerais; dois de Santa Catarina; e um de cada um dos seguintes estados: Rondônia, Goiás, Ceará, Bahia, Acre, Pernambuco, Paraná. No grupo Concluintes, tivemos a participação de treze estudantes do nono semestre, e sete do décimo. Quanto ao estado de residência, cinco destes eram do Rio de Janeiro; os estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Norte tiveram três entrevistados cada; dois eram do Paraná; e um estudante era de cada um dos seguintes estados: Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Pará e Rio Grande do Sul.

3.2. Coleta dos dados e aspectos éticos

O desenho inicial previa a realização de entrevistas presenciais, somente na cidade de São Paulo, assim apresentando um retrato da formação em Psicologia na região. Entretanto, com as medidas sanitárias de isolamento social tomadas frente à pandemia de

Covid-19 que assolou o Brasil em 2020, optamos por realizar a coleta de dados por meio de tecnologia de informação e comunicação assíncrona: troca de mensagens e áudios via aplicativo *Whatsapp*.

Realizamos quatro entrevistas-piloto de forma presencial, com o roteiro de entrevista previamente elaborado, a fim de atestar sua adequação ao problema de pesquisa posto. A partir dessas entrevistas, desenvolvemos o roteiro final, com a inclusão das três primeiras perguntas, o qual foi aplicado a toda a amostra. O roteiro de entrevista, adotado em ambos os grupos de participantes, consistiu das seguintes questões:

1. O que motivou a escolha pelo curso? Quais eram suas expectativas?
2. Já tem interesse por alguma área/foco na graduação? (área de estágio, especialização, trabalho, foco, etc)
3. O que está achando do curso? (opiniões e críticas)
4. O que você entende por loucura?
5. Você já teve algum contato com a loucura? Como foi?
6. Como deve ser o cuidado oferecido aos loucos?
7. Quais dificuldades você encontrou ou acredita que encontrará ao promover o cuidado a essas pessoas?

As perguntas foram enviadas por mensagem no aplicativo *Whatsapp* a todos que se voluntariaram a participar da pesquisa. Todos os participantes também receberam, de forma digital, a carta de informação ao sujeito, esclarecendo os objetivos e métodos da pesquisa, e expressaram seu consentimento livre e informado, de forma voluntária e espontânea, por meio escrito ou áudio, antes do início da entrevista, conforme previsto no artigo 5 da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. As respostas foram coletadas por meio de áudios enviados no mesmo aplicativo, sendo a gravação feita, portanto, pelos próprios participantes. Por consistir de pesquisa de opinião, o projeto foi dispensado de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a resolução já mencionada. Nenhuma informação que possa identificar os participantes foi incluída no texto do artigo.

3.3. Análise dos dados

Utilizamos a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977) para analisar os dados, método extensamente adotado em pesquisas em Psicologia Social. Trata-se de um conjunto de técnicas que visa descrever e categorizar sistematicamente unidades codificáveis de discursos, por meio de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos sobre sua produção. Utilizamos a técnica de análise categorial, seguindo a categorização por análise temática.

Iniciamos a análise pela degervação das entrevistas, realizando uma primeira leitura flutuante das informações no momento da transcrição. Os discursos transcritos foram então transpostos para o programa MaxQDA, voltado à análise de dados qualitativos por meio da metodologia de Análise de Conteúdo. As entrevistas foram organizadas em grupos de

documentos - Ingressantes e Concluintes - e tiveram as variáveis demográficas de cada participante atreladas ao arquivo correspondente. A partir dessa primeira leitura, foram elaboradas as primeiras categorias, compreendendo o todo dos dados: concepções de psicologia; dificuldades esperadas no cuidado aos loucos; o contato com a loucura; o cuidado aos loucos; a loucura e o louco. Foram feitas, então, algumas decisões metodológicas: o uso das mesmas categorias para os dois grupos; e a realização da análise apenas das três últimas categorias elencadas, levando em conta o escopo da investigação aqui relatada e as possibilidades de análise. Todo o processo foi realizado por meio da ferramenta MaxQDA, que permitiu a organização das categorias de forma sistematizada.

As quarenta entrevistas foram lidas em sua totalidade, e as falas dos participantes recortadas em unidades de sentido, codificadas com as categorias estabelecidas. Em seguida, foi feita uma segunda leitura, com mais atenção às similaridades e contradições nos discursos, da qual resultou o agrupamento de algumas categorias, que por fim deu origem à organização final das categorizações em dois blocos, cada um constituído por duas categorias e algumas subcategorias. Registramos, ainda, quantos participantes tiveram segmentos de discursos codificados em cada categoria, para comparação entre os grupos por meio da contagem frequencial.

Ao final, fizemos as inferências e a interpretação, a partir da organização e tratamento dos dados obtidos pelas etapas anteriores, que culminaram na elaboração do texto com a interpretação dos resultados, explicitando e comparando os discursos produzidos pelos dois grupos de sujeitos, citando os dados coletados para evidenciar as interpretações construídas e articulando-as à literatura.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Organizamos os resultados em dois grandes blocos: 1) A loucura e o louco; 2) O cuidado aos loucos. Cada um reúne as concepções de ingressantes e concluintes sobre estes temas, os comparando e relacionando à literatura pesquisada. As entrevistas foram citadas fazendo menção ao grupo a que pertencem (A para ingressantes e B para concluintes), e ao número do participante de cada grupo (de 01 a 20).

4.1. A loucura e o louco

A necessidade de modificar o lugar social da loucura em nossa cultura, a fim de que a reforma psiquiátrica seja efetivada de fato nas práticas de atenção em saúde, já foi apontada por diversos autores (AMARANTE; NUNES, 2018; LUIZ RIBEIRO; AMÉLIA LUZIO, 2008). É necessário retirar o louco do lugar “da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade” (AMÉLIA LUZIO, 2008, p. 205), que lhe foi historicamente atribuído, construindo uma nova representação.

Para descrever as concepções da loucura e do sujeito louco, criamos duas grandes categorias a posteriori: a Visão Tradicional e a Compreensão Crítica. Chamamos de Visão Tradicional aquelas alinhadas à estigmatização e à patologização do sujeito louco, associadas à compreensão da loucura como um mal a ser prevenido, controlado, silenciado e excluído. Na Visão Tradicional, agrupamos três categorias: Periculosidade, Psicose e Patologia.

Na primeira categoria, Periculosidade, temos discursos que descrevem o louco como aquele que representa perigo para si e para os outros, que pode ser agressivo, que provoca medo. As manifestações da loucura assustam e causam receio naqueles que a presenciam. Foram oito ingressantes e seis concluintes com trechos de falas codificados nesta categoria.

“ele balbuciava, ele era agressivo” (A_17); “aprendi que esse louco estaria totalmente fora de si e que poderia te trazer algum mal, e que a gente teria que tomar cuidado [...] então na minha primeira experiência eu tive um pouco de medo mesmo” (A_13); “a coisa bem chocante de estudante de psicologia no terceiro período, que fica assim super apreensivo achando que doido mata todo mundo, que doido é um negócio assim” (B_06); “um cuidado pra evitar danos, evitar que se machuquem e que machuquem outras pessoas” (B_08).

Para Foucault, segundo Chauí-Berlinck (2010), com o internamento de incapazes e “perturbadores da ordem capitalista”, no século XVII, a loucura “ficou próxima de culpas morais e sociais, até que, a partir do século XIX, torna-se causa de crimes e, no século XX, ‘descobre-se no centro da loucura um núcleo primordial de culpabilidade e agressão’ (p. 82)”.

Alguns relatos chamaram a atenção para a contradição presente nos discursos desta categoria. Ao mesmo tempo que o louco é descrito como um outro, que desperta medo em razão da ameaça que representa, muitos fizeram referência ao convívio cotidiano com a loucura. Consideram este um fenômeno pertinente, em maior ou menor grau, a todas as pessoas — entendimento igualmente presente nas falas de ingressantes e concluintes.

“cada um tem uma parte sua que possui certa quantidade de loucura, porque ninguém é cem por cento a mesma coisa, então essa faceta da loucura todo mundo tem” (A_03); “aquele ditado que loucura cada um tem um pouco, e sim, porque a gente nem sempre tá com uma saúde mental boa, tem aqueles surtinhos” (A_15); “pra mim todo mundo tem ali esse pézinho, nem é o pézinho, às vezes é o corpo todo mesmo, e tudo bem” (B_02).

Na segunda categoria, Psicose, a loucura é descrita a partir de características pertinentes à nosologia da psicose e da esquizofrenia. Segundo o Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), o Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos são definidos como

(...) anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (p. 88).

Assim, agrupamos nesta categoria as menções diretas às condições e descrições compatíveis com esse quadro clínico. Categoria muito presente: quatorze participantes

interessantes e outros quatorze concluintes tiveram trechos de discurso codificados desta forma.

“ela rompe muito com a realidade. Tipo um esquizofrênico que imagina umas coisas que não tão acontecendo de verdade, acho que essa aí é a chavinha da loucura” (A_09); “a pessoa tá dentro do seu mundo, e ao mesmo tempo de ter essa liberdade do mundo externo, é um aprisionamento do mundo interno, uma incapacidade então de se adaptar” (A_01); “tive contato com a loucura, pela psicose mesmo, eu fui em um [serviço de saúde mental], e a gente fez alguma atividade [...] eu tava conversando com uma usuária, e ela começou a me contar que ela tinha casado com Jesus, e que Jesus tinha ensinado ela a falar japonês [...] sabe assim, coisas que eram muito desconexas” (B_06); “eu tive a disciplina de saúde mental, na metade do curso, não me aprofundi muito, mas eu concebo a loucura como uma manifestação da psicose e às vezes na neurose também é possível” (B_09).

Tal compreensão da loucura se opõe aos relatos de vivências dos próprios estudantes relacionadas à saúde mental - presentes quase que igualmente nos dois grupos, e também chamadas por eles de loucura.

“momentos que eu não sei o que eu tô fazendo aqui na terra, não sei se tô fazendo meu papel bem como pessoa, como filha e tal, então, aqueles momentos ruins da vida, que a gente passa, aqueles pequenos surtinhos, então acho que sim, foi horrível” (A_15); “eu mesma em alguns momentos que eu não estava condizente com o padrão, com uma norma” (B_05); “mas o neurótico também não é o normal, entre aspas, porque não existe o normal, então todo mundo é doido? Se todo mundo é doido ninguém é doido, ninguém é louco” (B_16) “contato com a loucura? Conta com a minha própria?” (B_10).

Resta a contradição: a loucura ora é descrita como a perda da noção de si, ora é localizada em si próprio. Frente à oposição entre loucura e razão, posta pelo paradigma cartesiano que embasa a fundação da psiquiatria, como seria possível que se saiba e se fale da própria loucura? “O eu que conhece não pode estar louco, assim como o eu que não pensa não existe”, resume Frayze-Pereira (1984, p. 61).

Na terceira categoria, Patologia, foram reunidos os discursos associados à patologização da loucura: entendimento de que é uma doença, transtorno, psicopatologia, adoecimento psíquico; quadro ao qual cabe um diagnóstico, um laudo. Essa categoria difere-se da anterior, que concentra apenas as menções específicas sobre psicose e esquizofrenia, por reunir as falas sobre a loucura como doença de forma mais ampla e geral. Presente na fala de nove interessantes e oito concluintes.

“a pessoa não está capacitada de exercer, se ela está enfrentando um estágio em que é considerada doente, e que as pessoas possam entender que é uma doença, e não uma sem-vergonhice, um mau-caratismo...” (A_01); “tem muita gente que sai com aquela coisa de eu tenho que diagnosticar a pessoa, tenho que dar o diagnóstico e tenho que colocar o rótulo” (B_04)

Relembramos, aqui, a posição de Foucault (2000) sobre a doença, que só é assim compreendida quando validada por uma cultura que a reconhece de tal forma. A loucura só passa ao status de doença mental quando chega ao domínio da psiquiatria e seu saber-poder, ciência reconhecida no meio social como aquela que pode dizer a verdade sobre o que se

passou a chamar de mente. Como coloca Frayze-Pereira (1984, p. 92), “as correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas sobretudo de palavras”.

A contradição que se identifica na categoria da patologia surge quando se mencionam as pessoas em situação de rua. Mais citados como exemplos de sujeitos loucos por concluintes, trazem um retrato interessante sobre quem ainda é o louco em nosso contexto social: o excluído, sem condições de vida dignas e em total desamparo social. Foucault, segundo Chaui-Berlinck (2010), localiza a mudança do lugar da loucura para a exclusão social no século XVII, ao escrever sobre a reclusão daqueles que eram improdutivos no campo do trabalho, como os velhos, “mendigos” e inaptos, inúteis à produção capitalista.

“talvez, pessoas em situação de rua que a gente vê que... não sei se dá pra dizer que são pessoas loucas, mas provavelmente devido à situação [por] que eles passam, já estão numa situação que, não sei, falando sozinho, parece um pouco, não sei, estar delirando?” (A_05); “tem sempre aquele mendigo mais doidinho que todo mundo apelida de doidinho, mas todo mundo fica de boa com ele, tem todas essas figuras” (B_06).

Já na compreensão crítica, categorizamos os discursos que problematizam o lugar social da loucura, a partir de variados embasamentos teóricos, mas localizando o cerne da questão nas relações entre o sujeito dito louco e a sociedade. Está dividida nas subcategorias Estigmatização, Normatização, Variação Histórico-Cultural e Sofrimento.

O que chamamos aqui de compreensão crítica está prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2011), em especial no artigo 3º, que descreve os princípios e compromissos básicos que devem nortear a formação por meio do curso de graduação em Psicologia. Deste artigo, destacamos os incisos de III a V:

III - reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico; IV - compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão; V - atuação em diferentes contextos, considerando as necessidades sociais e os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades.

Na primeira subcategoria, Estigmatização, contemplamos os discursos referentes à forma como o louco é (mal) visto na sociedade, à humilhação social que sofre, aos estereótipos que lhe foram atribuídos, cuja manutenção perpetuam o lugar do louco como excluído e indesejado. Contém discursos de quatro ingressantes e onze concluintes.

“é só uma terminologia utilizada pra estereotipar e estigmatizar determinados sujeitos, principalmente aqueles mais vulneráveis, aqueles que o Estado viola diariamente” (B_02); “ele tem surto porque as pessoas chutam as coisas dele, as pessoas maltratam ele, então ele fica muito puto, eu acho que não precisa estar na psicose pra isso acontecer, acho que isso aconteceria com qualquer pessoa no nível de invisibilidade que eles têm perante a sociedade” (B_06).

Na segunda, Normatização, constam os discursos sobre os mecanismos sociais de normatização das subjetividades e a concepção de louco como aquele que contraria e foge às normas impostas, e que por isso incomoda e é incompreendido, tido como inadequado, diferente. Nesta categoria, reunimos falas de cinco ingressantes e treze concluintes.

“é tá fora de si, só que esse fora de si é mais um senso que a gente constrói do que seria o normal, então é uma pessoa que tá anormal, algo que se construiu, uma moralidade da sociedade, essa ideia de que tem uma maneira certa de agir” (A_10); “parte do que se entende por normalidade, entendo que a loucura é um contraponto social à normalidade” (B_04), “o que as pessoas veem por loucura é algo que tá fora do comum e que incomoda, tipo uma diferença mais gritante que as pessoas não conseguem compreender e que incomoda” (B_08); “um modo de ser no mundo, mas que muitas vezes a gente não tá preparado pra acompanhar” (B_11); “tudo aquilo que foge ao conceito de normal que a gente tem na nossa sociedade” (B_17).

Como argumenta Canguilhem (2009), “normalizar é impor uma exigência a uma existência” (p. 109). Para ele, o patológico existe apenas em relação ao normal. A norma, por sua vez, é fundada a partir da necessidade de correção de determinada infração, e tem como função resolver a contradição por ela imposta.

Na terceira subcategoria, Variação Histórico-Cultural, categorizamos as falas sobre a variação histórica e cultural do conceito de loucura e suas implicações em nossa compreensão do que é um louco. Mencionada nas entrevistas de cinco ingressantes e seis concluintes.

“é relativo, porque, por exemplo, uma pessoa que eu considero louca, eu posso ser a louca pra ela” (A_18); “eu penso nesse atravessamento histórico sobre a concepção de loucura” (B_04); “é uma construção, que o que se entende por loucura, o que é dito loucura, não é a mesma coisa do que tem sido ao longo do desenvolvimento da psicologia” (B_13).

Na quarta e última, Sofrimento, os discursos tratavam do sofrimento causado pela loucura, categoria presente apenas entre os concluintes. Nenhum ingressante e cinco concluintes tiveram discursos assim categorizados.

“mas eu acho que loucura a primeira coisa que me vem na cabeça é um tormento que não passa” (B_10).

Em geral, a visão tradicional sobre a loucura esteve igualmente presente nos discursos de ingressantes e concluintes. É na compreensão crítica que notamos uma diferença na frequência: os discursos críticos são mais comuns entre os concluintes do que entre os ingressantes. Notamos, assim, a cristalização dos discursos correntes no senso comum, contraposta às problematizações suscitadas pela formação: a graduação em Psicologia parece suscitar a crítica, mas evidencia-se a dificuldade em romper com os velhos conceitos. Essa contradição fica especialmente evidente na fala de uma concluinte, respondendo sobre o cuidado que deve ser oferecido aos loucos:

“tem muita gente que não precisaria estar nesses lugares, que eu ainda chamo de manicômios [...] tem que existir um cuidado propriamente dito, até porque eles são pessoas como nós, não existe uma diferença ... acho que existe um medo tão grande de deixar eles soltos como se isso fosse um perigo, que esse cuidado ele é totalmente distorcido e existe muito mal trato, [...] eu acho que a maioria das pessoas deveria estar com os loucos em casa,

quando esse louco faz parte da família e não põe a vida de ninguém em risco, eu não acho certo existir um lugar pra tratar os loucos, a não ser realmente os loucos que não têm perspectiva nenhuma de melhora em nada, quando eles colocam a própria vida ou a vida de terceiros em risco” (B_15)

Marcus Vinícius Oliveira Silva, reconhecido militante da Luta Antimanicomial brasileira, já em 2010 pensava caminhos para a formação em Psicologia. Como alternativa aos estágios clínicos tradicionais de modelo psicoterápico, que não preparariam os profissionais para atuar na assistência em saúde mental, criou o Programa de Intensificação de Cuidados (PIC), com o objetivo de

se contrapor ao pensamento comumente presente de que, entre os que demandam assistência psiquiátrica, existem algumas pessoas que, em função da gravidade dos seus casos, precisam ser internadas. (p. 886)

A intensificação de cuidados corresponde a um modo de produzir cuidado a partir das necessidades dos sujeitos, por meio das potências humanas dos trabalhadores da saúde em sua relação com cada usuário, “apostando diversamente nos investimentos de cuidados humanos como único recurso capaz de produzir transformações efetivas na vida dessas pessoas” (p. 886). A relação é a matéria-prima da clínica, cujo produto consiste na articulação de vínculos e redes no território, em oposição às práticas asilares, admitindo-se o acompanhamento terapêutico como dispositivo de intensificação de cuidados:

(...) estando vinculados a esses sujeitos, e reconhecendo que eles não estão fora do laço social, os acompanhantes contribuiriam ao mostrar-lhes a possibilidade de se vincularem, sustentando melhor os seus contatos sociais (SILVA, 2010, p. 88).

Para Chauí-Berlinck (2010), o discurso produzido pelo ensino da psicopatologia nas universidades não leva o psicólogo à defesa da autonomia dos sujeitos. A autora propõe, como alternativa, uma formação ampliada, com práticas de Acompanhamento Terapêutico, que, por sua natureza diferenciada, permitiria a execução de uma psicopatologia crítica.

O Acompanhamento Terapêutico também aparece como dispositivo de cuidado antimanicomial na Clínica Peripatética de Antônio Lancetti (2008). Influenciado pela clínica cartográfica de Gilles Deleuze, idealizou uma “clínica praticada em movimento”, em oposição à ideia tradicional de *setting*, com um cuidado que aconteça na vida cotidiana. Associa à sua ideia de clínica as experiências de Freud e suas análises durante caminhadas; as equipes volantes de saúde mental associadas à equipe de saúde da família; as práticas de redução de danos como alternativas às concepções moralizantes de uso de drogas e abstinência; e a potência dos agentes comunitários de saúde na promoção de cuidado em saúde mental.

Para Rosa et al. (2016, p. 678), um cuidado antimanicomial “não pode se realizar se os próprios profissionais não experimentarem também a conquista da autonomia, a quebra dos especialismos e a construção de uma visão integral e não fragmentada de saúde”. Tal conclusão é fruto da análise desenvolvida pelas autoras da trajetória do curso de Psicologia

do qual são egressas, em relação à Reforma Psiquiátrica. O artigo traz o histórico da construção do Núcleo de Saúde Mental: política e clínica ampliada, disciplina optativa oferecida aos alunos de quinto ano. A proposta, em suma, é de uma formação ampliada, envolvida na rede de assistência, nos movimentos da luta antimanicomial, ancorada na vivência presencial com os usuários por meio dos estágios e projetos de extensão universitária, sempre aliados ao questionamento das concepções teóricas e práticas estabelecidas. Entendem que o trabalho desenvolvido no núcleo tem sido frutífero, por meio dos profissionais por ele formados que, inseridos na rede de assistência e organizados na luta antimanicomial, questionam as práticas institucionais e “convidam a equipe a resgatar seu potencial de cuidado a partir da compreensão da singularidade e experiência de sofrimento de cada um, e não de uma teoria que prescinda do sujeito” (p. 676).

4.2. O cuidado aos loucos

Para conceituar o cuidado aos loucos, na visão dos estudantes de Psicologia, utilizamos da mesma categorização, definida a posteriori, que fizemos na concepção de loucura: Visão Tradicional e Compreensão Crítica. A primeira delas contém as categorias Medicalização e Tratamento Clínico.

Como definiu Dimenstein (2000, p. 111), categorizamos como visão tradicional de cuidado os discursos que “partem de uma perspectiva universalista-essencialista em torno da natureza humana e de uma crença na eficácia intrínseca dos procedimentos psicoterápicos de qualquer natureza”. Segundo ela, as práticas acríticas resultam no frequente abandono de tratamento por indivíduos que não veem sentido nas intervenções clínicas.

Na subcategoria Medicalização, reunimos os discursos que fazem menção à psiquiatria e ao trabalho do psiquiatra, ao uso de medicação psicotrópica e à internação psiquiátrica. São cinco ingressantes com discursos nessa categoria e sete concluintes.

“ela tem distúrbio de bipolaridade e tem esquizofrenia, só que ela quando toma os remédios ela tá normal entre aspas, e quando ela para de tomar o remédio, ela se transforma” (A_12); “tem algumas pessoas que não têm nenhuma noção do que tão fazendo, sem a medicação certa” (B_06); “não chegava a ser loucura a ponto de internação” (B_10).

Observamos reflexos do paradigma asilar, que focaliza o transtorno e a loucura como uma doença que precede um processo de cura e pressupõe uma causa orgânica, sendo a intervenção centrada em suprimir o sintoma (MACEDO; DIMENSTEIN, 2016).

Na subcategoria Tratamento Clínico, constam as falas relacionadas ao trabalho do psicólogo clínico, e aos processos de acolhimento e escuta, em geral descritos como um atendimento individual. Ressalta-se que o acolhimento é um importante dispositivo de cuidado comunitário, quando realizado de forma ética e crítica, embasado nas políticas reformadas de

Saúde Mental. Aqui, reunimos as falas que pareciam tratar de uma mera transposição de práticas clínicas, individuais e de escuta, para a Atenção Psicossocial.

“é você ouvir, você perceber o que falta, o que tá acontecendo na vida daquela pessoa” (A_07); “desenvolver uma forma de trabalho com essas pessoas que possa fazer elas se sentirem mais confortáveis para se abrirem verdadeiramente” (A_10); “conversar e tentar fazer a pessoa entender aquele momento de surto, tentar deixar ela bem” (A_15); “um cuidado de carinho, um cuidado de acolhimento mesmo da dor dessas pessoas” (B_17).

A abordagem clínica é utilizada por 83% dos psicólogos atuantes na Política de Saúde Mental do Piauí, segundo Macedo e Dimenstein (2016). A partir de sua pesquisa de campo, os autores criticam os saberes que norteiam essa prática por voltarem-se à “realização de diagnóstico visando remissão de sintomas, estabilidade emocional e afetiva do paciente e reestruturação psíquica” (p. 40). Encontraram, ainda, que as principais atividades desenvolvidas pelos psicólogos dos CAPS são ações de triagem, denominada pelos entrevistados de acolhimento; atendimento individual de base psicoterapêutica; e atendimento grupal, psicoterápico ou educativo. Na Atenção Básica, afirmam desenvolver quase que exclusivamente o atendimento individual, sem articulação interdisciplinar da equipe. Os resultados são semelhantes aos encontrados por Sales e Dimenstein (2009), segundo os quais os entrevistados caracterizam a atuação do psicólogo nestas instituições como “a escuta clínica tecnicamente qualificada” (p. 283).

Na categoria Visão Tradicional, notamos que embora a primeira subcategoria tenha estado presente em ambos os grupos, com frequência sutilmente maior entre os concluintes, a segunda teve muito mais representatividade no grupo de ingressantes: foram nove, e três concluintes, com discursos nesta categoria.

Já na categoria Compreensão Crítica, incluímos os discursos alinhados à ideia de cuidado conforme previsto pelos princípios do Sistema Único de Saúde e Lei da Reforma Psiquiátrica. O cuidado em saúde mental que deve ser oferecido por estabelecimentos como os CAPS prioriza o reconhecimento da singularidade do sujeito e de seus interesses, motivações e habilidades para o desenvolvimento de intervenções que promovam sua reinserção psicossocial. Devem ser desenvolvidas atividades em conjunto com a comunidade, estimulando sua participação na sociedade e mesmo na construção das políticas, por meio do envolvimento em espaços e órgãos de controle social e no movimento da luta antimanicomial (AMARANTE, 2018). Também é dado importante papel à arte como produtora de subjetividade pois, como argumenta Amarante (2018), “se o objeto da mudança seria no âmbito da cultura, das práticas culturais, a estratégia também deveria ser cultural” (p. 2070).

A primeira subcategoria, “Como o cuidado de todo mundo”, agrega os discursos que tratam principalmente do princípio da equidade, definindo que o cuidado aos loucos deve ser como o cuidado promovido a qualquer pessoa: integral, considerando sua singularidade. Esta

foi a subcategoria mais expressiva dentro da categoria, e esteve mais presente nos discursos dos estudantes concluintes: foram seis ingressantes e dezesseis concluintes aqui categorizados.

“é o cuidado oferecido a qualquer outra pessoa com qualquer outra coisa, porque você sempre vai tentar oferecer praquela pessoa o melhor pra ela e o que vai ajudar ela” (A_03); “como o cuidado de todo mundo, eu acho que não tem que ter uma diferenciação entre o que é o louco, assim entre aspas, e aquele que tá saudável, o são” (B_02).

A segunda, Inserção Social, diz respeito ao cuidado territorial, reabilitação psicossocial e promoção de autonomia, pressupostos do SUS e, especificamente, da RAPS, que apareceram de forma explícita no discurso de muitos estudantes. Esta também foi uma subcategoria com grande diferença entre os grupos: presente na fala de nove concluintes e de somente dois ingressantes.

“voltado pro contexto da pessoa também, porque não adianta ter um tratamento longe do convívio social da pessoa” (A_13); “inserir o louco na sociedade de fato, não excluir, e trazer ele pro convívio social” (B_11).

A terceira subcategoria, Princípios do SUS e Humanização, reúne os demais princípios do SUS, que não foram mencionados diretamente com tanta frequência, e menções à necessidade de um cuidado humanizado. Outra categoria muito mais presente nos discursos de concluintes - sete mencionaram, em contraste com apenas um ingressante.

“o cuidado tem que ser integral, primeiro ponto, e ele tem que realmente garantir aquilo que tá na nossa legislação, tem que ser igualitário, tem que garantir o acesso universal” (B_02); “esse cuidado também precisa ser articulado com as diversas áreas” (B_04).

Por fim, temos a subcategoria Luta Antimanicomial, que reúne às menções diretas a este movimento político, além de críticas aos manicômios e à lógica manicomial. Foram cinco ingressantes e oito concluintes mencionando diretamente tais temas em suas falas.

“sem essa ideia, óbvio, de manicômio, é uma coisa muito louca, é até um paradoxo falar isso, eu acho inumano, errado demais” (A_10); “o movimento da loucura é uma coisa muito interessante, do 18 de maio, pelo menos isso em Minas, tem esse movimento da saúde mental, é muito interessante” (B_06); “bom primeiramente é necessário estabelecer e defender que esse cuidado seja de uma maneira... antimanicomial, é necessário lutar, principalmente agora, nesse contexto atual” (B_09).

Notamos, mais uma vez, que embora a Visão Tradicional contenha discursos dos dois grupos de estudantes, a Compreensão Crítica tem mais presença de falas dos concluintes. Em sua revisão sistemática da literatura sobre o impacto das DCNs na formação em Psicologia, Vieira-Santos (2016) encontrou dados que indicam que a estruturação dos cursos tem se voltado às demandas sociais dos diversos campos de atuação do psicólogo para além da clínica. Pontua, ainda, que este processo de reestruturação dos cursos tem se dado de forma gradual, e não decorre inteiramente da homologação das DCNs, mas sim que esta fez parte do contexto de discussão e crítica do processo de formação.

De tal modo, a discussão não se interrompeu com a homologação das DCNs: destacamos os esforços coletivos das associações e órgãos da Psicologia brasileira de suscitar o debate sobre os projetos pedagógicos dos cursos de Psicologia em relação à Saúde Pública. A partir da Oficina Nacional promovida, em 2006, pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), por exemplo, foram estabelecidos princípios norteadores como a inserção do tema de forma transversal nos cursos; a incorporação das diretrizes do SUS no currículo; e o estímulo a uma abordagem crítica e pautada nos princípios da reforma psiquiátrica (LUIZ RIBEIRO; AMÉLIA LUZIO, 2008).

Em 2018, as entidades da Psicologia brasileira se organizaram novamente em prol de uma revisão das DCNs. Esta articulação foi uma resposta aos avanços do Ministério da Educação (MEC) em direção à regulamentação da educação à distância em cursos da área da Saúde, e contou com debates em todo o Brasil. A minuta elaborada coletivamente foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e, posteriormente, pelo Conselho Nacional de Educação, aguardando, até o momento de conclusão deste artigo, a homologação do MEC. Apontamos, assim, para os desafios à frente, com a educação à distância ganhando espaço entre as medidas emergenciais impostas pela necessidade de isolamento social no combate à pandemia de Covid-19.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a transformação da realidade a partir da ciência e da prática psicológicas não é tarefa fácil, mas participa do compromisso ético-político que assumimos ao exercer a profissão. Historicamente, os trabalhadores da Saúde tiveram papel fundamental nas disputas por concepções e práticas humanizadas de cuidado. Esta atuação é potencializada quando a formação garante ao estudante o acesso a teorias e vivências que permitam a construção de uma compreensão de mundo crítica, que admita a alteridade e direcione a prática para a promoção de saúde e libertação de todos.

Buscamos avaliar os efeitos da formação em Psicologia nos discursos de estudantes sobre loucura e cuidado em saúde mental, a partir da comparação de entrevistas realizadas com ingressantes e concluintes. Encontramos que a visão tradicional da loucura, associada à patologização, ao estigma e à ideia de periculosidade, está presente no discurso dos participantes de ambos os grupos. É na compreensão crítica que notamos diferença: muito mais concluintes têm discursos alinhados à problematização do lugar social da loucura, a partir da variação histórico-cultural do fenômeno e de seu papel na normatização das subjetividades. A formação profissional do psicólogo parece ser eficaz em produzir novas representações sobre a loucura e direcionar os formandos para práticas antimanicomiais, mas

ainda falha em promover o rompimento com as velhas ideias, produzidas coletivamente e cristalizadas no imaginário social.

As contradições encontradas apontam para possibilidades na construção de uma formação antimanicomial em Psicologia. Embora o louco ainda seja descrito como um Outro, os estudantes veem em si — e em todos à sua volta — um pouco dessa alteridade. E, ao final do curso, mostram-se capazes de articular este ponto de vista à compreensão de que o cuidado, como previsto pelo SUS, deve ser comum a todos: reconhecendo o ser humano em sua integralidade e singularidade. Entendemos, portanto, que uma formação baseada na compreensão crítica dos fenômenos sociais e sua multideterminação, conforme proposto nas DCNs; a apropriação de conteúdos sobre as políticas públicas de saúde e seus marcos históricos; e as vivências em campos de estágio diferenciados, que retirem o psicólogo do lugar de saber-poder, como no Acompanhamento Terapêutico, conforme proposto na literatura, mostram-se caminhos potentes para a formação de psicólogas e psicólogos antimanicomiais.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, junho 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3m79Q2>. Acesso em: 23 fev. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, abr. 2001.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, dez. 2011.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017. Brasília, dez. 2017.

BRASIL. Resolução CNE/CES Nº 8, de 7 de maio de 2004. Diretrizes Curriculares para os cursos de Psicologia. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2004.

BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, fev. 2019.

CANGUILHEM, George. *O Normal e o Patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional - 2018*. Brasília, DF: CFP, 2020.

CHAUI-BERLINCK, Luciana. O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 90-96, abr. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2R8oFU0>. Acesso em 06 jul. 2020.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, junho 2000. Disponível em: <https://bit.ly/2GlnEjH>. Acesso em: 24 fev. 2019.

DIMENSTEIN, Magda. Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. v. 13, n. 5, p. 341-345, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2GCFK6t>. Acesso em: 22 fev. 2019.

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, dez. 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2Zjluxb>. Acesso em: 24 fev. 2019.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2005, pp. 99-128.

FRAYZE-PEREIRA, João. *O que é loucura*. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LANCETTI, Antônio. *Clínica Peripatética*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LUIZ RIBEIRO, Sérgio; AMÉLIA LUZIO, Cristina. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 203-220, dez. 2008. Disponível em: <https://bit.ly/35i3gzX>. Acesso em: 24 fev. 2019.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. *Fractal, Rev. Psicol. [online]*, Rio de Janeiro, 2016, vol. 28, n. 1, pp.37-45. Disponível em: <https://bit.ly/33diQds>. Acesso em: 22 fev. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SALES, André Luis Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicol. estud.*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 277-285, jun. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/35ILM5Q>. Acesso em: 24 fev. 2019.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira; COSTA, Fernanda Rebouças Maia Costa; NEVES, Luane Matos. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e Reforma Psiquiátrica. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 4, p. 882-895, dez. 2010. Disponível em <https://bit.ly/33k780V>. Acesso em: 11 set. 2020.

VIEIRA-SANTOS, Joene. Impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais na Formação em Psicologia: Revisão de Literatura. *Psicol. Ensino & Form.*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 34-52, 2016. Disponível em <https://bit.ly/33mWE0Q>. Acesso em: 11 set. 2020.

Contatos: bdantasbarros@gmail.com e bruna.dantas@mackenzie.br