

As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental

(The Curricular guidelines and the formation of the psychologist for the mental health)

(Las directrices curriculares y la formación del psicólogo para la salud mental)

Sérgio Luiz Ribeiro*

Cristina Amélia Luzio**

Resumo

O artigo analisa as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia, buscando identificar suas orientações para a formação do psicólogo voltada para a área da saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. Utiliza-se da análise documental sobre essas Diretrizes, as conferências nacionais de saúde mental, as portarias do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde, bem como as propostas da Associação Nacional de Ensino de Psicologia, a partir de estudos sobre a formação do psicólogo na saúde mental e o modelo de atenção psicossocial. A análise apontou que as Diretrizes contemplam a concepção do fenômeno psicológico como uma produção social e multideterminada, mas não orientam à formação do psicólogo para a área da saúde mental, na perspectiva acima citada, embora evidenciem uma tendência para o campo da saúde, orientada pelo modelo preventivo-comunitário. Nesse sentido, as Diretrizes pouco contribuem para a ruptura do modelo clínico tradicional.

Palavras-chave: formação do psicólogo; diretrizes curriculares; saúde mental; reforma psiquiátrica; atenção psicossocial.

Abstract

This article analyzes the curricular guidelines for Psychology courses, seeking to identify their guidance for the psychologist training turned toward the area of Mental Health, in the perspective of psychiatric reformation and psychosocial care. The study makes use of documentary analysis on those guidelines, the National Conference on Mental Health, ordinances of the Ministry of Education and Culture and the Ministry of Health, as well as proposals of the Psychology Teaching National

* Texto recebido em março de 2008 e aprovado para publicação em agosto de 2008.

** Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista/Unesp Assis, professor do curso de Psicologia da Universidade Paulista/Unip Bauru, psicólogo do Ambulatório Regional de Saúde Mental de Bauru, e-mail: sergio.psi1@yahoo.com.br

** Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, Doutora em Saúde Coletiva, professora do Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp Assis, e-mail: caluzio@assis.unesp.br

Association, based on studies on mental health psychologist training and the Psychosocial Care model. The analysis points out that the guidelines conceive the psychological phenomenon as a social and multi-determined production, but do not guide the mental health psychologist training, as mentioned above, although a trend towards the health field can be detected, based on the Community-Preventive model. In that sense, the guidelines are of little help to break the traditional clinical model.

Key words: formation of the psychologist; curricular guidelines; mental health; psychiatric reform; psychosocial care.

Resumen

El artículo analiza las Directrices Curriculares para los Cursos de Psicología, tratando de identificar orientaciones para la formación del psicólogo dirigida al área de Salud Mental, desde la perspectiva de la Reforma Psiquiátrica y Atención Psicosocial. Se utiliza el análisis documental sobre estas Directrices, las Conferencias Nacionales de Salud Mental, las resoluciones del Ministerio de Educación y Cultura y del Ministerio de Salud, así como las propuestas de la Asociación Nacional de Enseñanza de la Psicología, a partir de estudios sobre la formación del psicólogo en Salud Mental y el modelo de la Atención Psicosocial. El análisis mostró que las Directrices contemplan la concepción del fenómeno psicológico como una producción social y multideterminada, pero no orientan la formación del psicólogo para el área de Salud Mental, desde la perspectiva más arriba citada, aunque evidencien una tendencia en el área de la Salud, guiada por el modelo Preventivo-Comunitario. En consecuencia, las Directrices muy poco contribuyen para romper el modelo clínico tradicional.

Palabras-clave: Formación de los psicólogos; Directrices curriculares; Salud mental; Reforma psiquiátrica; Atención psicosocial.

Atualmente, a reforma psiquiátrica, como processo de construção de novo ordenamento institucional para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, tem avançado no sentido de construir um novo modelo, aqui denominado de atenção psicossocial. Entretanto esse processo tem encontrado diversas dificuldades relacionadas à construção de estratégias capazes de viabilizar a mudança da atenção em saúde mental no País. Entre essas dificuldades, destaca-se a formação acadêmica dos profissionais, ainda não comprometida com a saúde coletiva e a atenção psicossocial.

Os profissionais da área da saúde, mais especificamente o psicólogo, continuam tendo uma formação centrada no modelo clínico-liberal, com a priorização do atendimento individual em consultório, norteador por conhecimentos e

procedimentos especializados, apesar de o curso de Psicologia habilitar o profissional para atuar em várias áreas.

Na época da regulamentação da profissão, as áreas de atuação eram psicologia clínica, psicologia industrial e psicologia escolar. Desde o final da década de 1970, o campo profissional do psicólogo vem-se transformando e incorporando áreas novas, como, por exemplo, a psicologia social e a saúde. Vários estudos apontam para a necessidade de rever-se a formação do psicólogo, em especial a voltada para a saúde, de modo a envolver os cursos de Psicologia nesse processo de discussão.

Nesse sentido, este estudo, que retoma a dissertação de mestrado do primeiro autor, tem por objetivo analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia, aprovadas em 2004, buscando identificar suas orientações para a formação do psicólogo voltada para a área da saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica e da construção da atenção psicossocial.

Empregamos como método, neste trabalho, a análise documental das Diretrizes Curriculares para a Psicologia, das Conferências Nacionais de Saúde Mental, de portarias e orientações do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) e das propostas da Associação Nacional de Ensino de Psicologia (ABEP), a partir de estudos que abordam tanto a formação do psicólogo na saúde e na saúde mental, como o modelo de atenção psicossocial.

Como um setor da saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde mental, atualmente, tem uma política específica orientada nas diretrizes e propostas dos movimentos da reforma psiquiátrica brasileira, da luta antimanicomial e da atenção psicossocial.

Para vários autores, a atenção psicossocial é mais do que a mudança na assistência em saúde mental, porque ela pretende constituir-se um novo modelo e, portanto, aspira a superar o paradigma asilar/manicomial.

Nessa perspectiva, Costa-Rosa (1987) considera que as transformações devem ocorrer em duas dimensões. Na primeira, denominada dimensão ideológico-política, o objetivo é a construção de outro lugar social para a loucura que não seja o da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade. Na segunda, a dimensão teórico-técnica, busca-se a construção de um paradigma teórico e de novas tecnologias de intervenção capazes de viabilizar os objetivos propostos na esfera ideológico-política.

Também, para Amarante (1996, 2003), a atenção psicossocial deve ser compreendida como um processo social complexo, que se desenvolve no bojo do processo paradigmático de transição da ciência na Modernidade, e supõe a articulação de mudanças em várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas, referentes aos campos epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

Tal processo, de acordo com Costa-Rosa *et al.* (2003), é tributário aos aportes vindos de diferentes experiências históricas, sobretudo da Psiquiatria de setor e comunitária, da Antipsiquiatria, da Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria Democrática Italiana, além das contribuições das políticas públicas e das experiências locais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). A atenção psicossocial se inspira igualmente nos pressupostos teóricos do materialismo histórico, da psicanálise e da filosofia da diferença.

Na atenção psicossocial, também se pretende romper com o paradigma doença-cura. A saúde é concebida como um processo histórico e social, decorrente da relação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com o meio ambiente. Enfim, a saúde é resultante das condições de vida do homem, em seu cotidiano. Desse modo, a saúde mental constitui um campo de saber interdisciplinar e de práticas diversas (Brasil, 1986).

Esse novo modelo requer a invenção de uma rede de novos serviços, de espaços, de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades. Supõe ainda outra organização institucional, com a participação efetiva dos usuários e da população, em sua gestão. A equipe deve colocar entre parênteses a doença mental (o diagnóstico e todo o aparato de tratamento do modelo psiquiátrico/psicológico) e entrar em contato com o sujeito, em sua experiência-sofrimento, com a finalidade de possibilitar o reposicionamento do sujeito no mundo, considerando-se sua dimensão subjetiva e sociocultural. Para isso, é necessário que ela supere a divisão do trabalho multiprofissional e especialista e configure uma atuação inter e transdisciplinar (Costa-Rosa *et al.*, 2003).

Em síntese, a equipe deve inventar novas e diferenciadas formas de cuidados, de acordo com a demanda e a realidade do território em que situam os serviços. Assim, “[...] os profissionais devem ter uma formação crítica e abrangente da realidade, contemplando uma formação teórica mais sólida, com a produção de novos conhecimentos e, em especial, articulada com uma atuação prática, no tripé ensino, pesquisa e extensão” (Yasui, 2006, p. 165).

Nessa perspectiva, a aprovação, em 2004, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia representa um momento importante,

pois elas orientam a reformulação curricular dos cursos existentes no País, sinalizando que o psicólogo deve ter uma formação ampla, a qual possa prepará-lo para atuação em diversos áreas e setores. Dessa forma, é importante investigar de que maneira tais diretrizes direcionam a formação do psicólogo para atuar no campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

A Psicologia e a saúde mental

Após a regulamentação da profissão de psicólogo, em 1962, segundo Pessotti (1988) e Tozoni-Reis (2002), houve uma grande expansão da área clínica em consultório particular, por meio do uso dos testes psicológicos, que passaram a ser restritos à função de psicólogo. A hegemonia da área da psicologia clínica permanece até hoje, embora o campo de atuação do psicólogo tenha se expandido e incorporado novas áreas e setores.

Segundo Amorin (2003, p. 223), o Currículo Mínimo tinha “[...] forte ênfase positivista, objetivista e patologizante”. Para a autora, a Psicologia surgiu como profissão sob influência do modelo médico-centrado e baseado no referencial da história natural da doença, cuja finalidade era diagnosticar e atender às pessoas, buscando resolver seus problemas e desajustes individuais. Assim, a Psicologia, ao assumir essa função normatizadora, evidencia outra fonte de inspiração, ou seja, o modelo da psiquiatria preventivo-comunitária, no qual se prioriza o tratamento das pessoas consideradas doentes mentais, por meio das psicoterapias individuais e grupais, para se evitar as internações psiquiátricas e promover a identificação e tratamento precoce de pessoas com comportamentos desajustados.

Segundo pesquisa realizada, em 1988, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), 60,9% dos psicólogos inscritos e ativos atuavam em consultórios particulares (Conselho Federal de Psicologia, 1988). Outra pesquisa, em 2004, também do CFP, indicou que 55% dos psicólogos realizavam atendimento clínico individual ou em grupo, porém não mais restrito ao consultório particular, mas também em serviços públicos de saúde (*Psi – Jornal de Psicologia*, 2004).

A inserção dos psicólogos no campo das políticas públicas de saúde e de saúde mental ocorreu no final dos anos de 1970, no ápice da expansão do modelo médico-assistencial privatista na saúde mental, financiado pelo Estado, por intermédio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Na década de 1980, no bojo do processo de redemocratização do País e da emergência dos movimentos sociais, houve forte questionamento acerca da qualidade da assistência em saúde mental oferecida à população e das condições de trabalho existentes. Novas propostas foram implantadas no setor, orientadas pelas diretrizes da psiquiatria preventivo-comunitária, tais

como: o trabalho em equipe multiprofissional, a ampliação dos serviços extra-hospitalares e o desenvolvimento de ações preventivas na comunidade.

Nesse sentido, ampliaram-se as possibilidades de trabalho para o psicólogo na saúde pública, sendo que, no período de 1976 a 1984, a taxa de crescimento dos empregos nesse setor, para tais profissionais, foi de 21,47%, quase a mesma taxa de crescimento dos empregos para os médicos-sanitaristas (Machado, 1992, citado por Dimenstein, 1998).

Para essa autora, no final da década de 1990, a categoria profissional de psicólogo foi a que teve mais contratações pelas instituições públicas de saúde. Nessa perspectiva, houve o deslocamento da psicologia clínica para saúde, a diversificação de setores de atuação e de serviços e a mera transposição para o ambulatório, a unidade básica de saúde, o hospital, o CAPS, entre outros, do modelo clínico tradicional, centrado no atendimento psicoterapêutico individual/grupal e restrito ao consultório.

Em síntese, observamos que, apesar de a Psicologia atualmente pertencer à área da saúde e do aumento do número de psicólogos que atuam no SUS, a formação do psicólogo continua sendo efetivada na base do mesmo modelo da época de sua criação, isto é, sem abarcar os temas relacionados a políticas públicas, ao SUS, à reforma psiquiátrica, à luta antimanicomial e à atenção psicossocial.

Silva (1992) afirma que existe um mecanismo de retroalimentação na formação do psicólogo: a imagem social mais conhecida é a do psicólogo clínico. Os estudantes buscam o curso de Psicologia já na expectativa de realizar essa imagem, e os cursos tendem a responder a esses anseios, fornecendo mais possibilidades de formação dentro desse modelo clínico. Boarini (1996), na pesquisa que realizou em 1995, salienta que os psicólogos que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) demonstravam não ter clareza dos limites de sua intervenção, na área da saúde mental. Apontaram os conhecimentos que lhes foram transmitidos na universidade como sendo os grandes responsáveis por suas atuações, já que eram fragmentados, com uma visão de mundo elitista e compostos de um ideal de profissão liberal, que provavelmente deveriam prepará-los para o trabalho em consultório.

Vasconcelos (1999), por sua vez, pontua que as alterações ocorridas na formação voltada à área da saúde mental foram consequência de um aumento da demanda por estágios na área, durante a graduação, seja por iniciativa dos próprios alunos, seja por meio de convênios dos cursos com serviços de saúde mental, o que possibilitou algum contato dos alunos com a área, apesar de limitados e não articulados ao projeto pedagógico dos cursos de Psicologia como um todo.

Yasui (2006) comenta, em seu trabalho, que são poucos os cursos de Psicologia que contemplam disciplinas com temáticas relacionadas à saúde mental e à saúde coletiva, tendo como consequência a formação de profissionais que

desconhecem o SUS, as políticas públicas de saúde e a reforma psiquiátrica. Continuando, ressalta que essa formação deficiente acaba levando tais profissionais a uma atuação acrítica no modelo tradicional de trabalho nessa área.

Estudos de Onocko-Campos (2001) e Luzio (2003) afirmam que profissionais, em especial os psicólogos, dos novos serviços de saúde mental, como os CAPS, têm demonstrado dificuldades em exercer novas práticas e novos saberes necessários para consolidar as propostas da reforma psiquiátrica e para construir, no cotidiano desses serviços, o modelo da atenção psicossocial.

A situação desenhada pelos estudos acima citados a respeito do despreparo dos profissionais de saúde, para atuar nesse campo, e a preocupação com a formação dos profissionais da saúde e saúde mental também apareceram nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, realizadas no País.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em 1987, salientou que eram imprescindíveis a reforma curricular nos cursos de graduação, na área da saúde, e que as universidades deveriam assumir seu papel de formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde (Brasil, 1988).

A 2ª CNSM, que aconteceu em 1992, além de reafirmar as recomendações da 1ª CNSM sobre a formação dos profissionais, propôs: a inclusão, nos cursos formadores de profissionais, de temas de saúde mental da saúde coletiva e a obrigatoriedade de estágios acadêmicos nas redes pública e privada de saúde; a regulamentação do artigo constitucional que atribui ao SUS a ordenação da formação dos trabalhadores da saúde e a criação de programas de pós-graduação em saúde mental, na perspectiva da saúde coletiva (Brasil, 1994).

A 3ª CNSM, realizada em 2001, acrescentou que seria importante, além das propostas apontadas nas outras conferências: integrar assistência-ensino-pesquisa, de sorte que todos os serviços substitutivos fossem voltados para o ensino e a pesquisa de práticas inovadoras; rever os currículos, para que possibilitem uma capacitação interprofissional e generalista dos docentes e discentes acerca da saúde pública e saúde mental, e de uma prática profissional por meio da extensão universitária, especializações, residências e estágios para todos os profissionais da área (Brasil, 2002).

A ABEP, em parceria com o MS, o MEC e a Organização Panamericana de Saúde (Opas), promoveu, em julho de 2006, a Oficina Nacional da ABEP, cujo tema foi a Psicologia e Saúde Pública/Coletiva. A oficina definiu princípios norteadores para o projeto pedagógico dos cursos, entre os quais,

destacamos: contemplar a inserção da discussão sobre a saúde pública/coletiva de forma transversal, de modo a superar a segmentação teoria e prática, clínica e política, desde o início da formação; promover a compreensão das dimensões subjetivas, técnicas, políticas, sociais, culturais, biológicas e ambientais do processo saúde-doença, juntamente com incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, na matriz curricular; abordar criticamente as temáticas relativas à psicopatologia e à saúde, em geral, com o intuito de superar a compreensão polarizada entre saúde e doença e considerando as transformações instituídas pela reforma psiquiátrica (Associação Brasileira de Ensino de Psicologia, 2006).

As Diretrizes Curriculares da Psicologia e Saúde Mental

No caso específico da criação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia, o processo se iniciou antes mesmo da aprovação da LDB de 1996, mais precisamente em 1994, com a criação, na Secretaria de Ensino Superior (Sesu) do MEC, da Comissão de Especialistas de Ensino de Psicologia (CEEP). O processo de elaboração foi finalizado com a aprovação da versão final das Diretrizes, em 19 de fevereiro de 2004, pelo CNE/CES (Brasil, 2004), homologada em 7 de maio do mesmo ano.

Ribeiro (2007), ao analisar o processo histórico da construção das Diretrizes, destaca que, apesar das questões levantadas por diversos estudos, pelas CNSM e pelas políticas públicas da saúde e saúde mental, para que houvesse mudanças na formação dos profissionais da área, as mais significativas para a reestruturação dos cursos de Psicologia realizada pelo MEC parecem ter sido provocadas pelas demandas das políticas educacionais de cunho neoliberais, que levaram à implementação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), promulgada em 1996 (Brasil, 1996). Entre outras consequências, a nova LDB suscitou a criação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação, no País.

Essa Lei incorporou os princípios neoliberais e assumiu metas definidas por organismos internacionais, como o Banco Mundial. Estas preconizavam que os custos com a educação superior deveriam ser os menores possíveis (a prioridade da educação deve se concentrar na educação básica) e, paulatinamente, é preciso estimular a privatização do ensino superior. Portanto, as metas propunham a desresponsabilização do Estado das políticas sociais de forma geral (Tommasi *et al.*, 1996 citado por Batista, 2000).

A LDB priorizou as relações de mercado em detrimento as relações sociais no campo educacional e, principalmente, no ensino superior. Sendo assim,

a estruturação curricular passou a ser baseada nos princípios de flexibilidade, que conjuga tempo (cursos rápidos e sequenciais) e quantidade de saberes (técnico-instrumentais), ou seja, a menor duração possível dos cursos de graduação, com a maior quantidade possível de saber técnico. Assim, as universidades passaram a buscar a qualidade, guiando-se pelos critérios de produtividade, quantidade e custo-benefício. Segundo Batista (2000), o ensino perdeu espaço enquanto exercício da reflexão crítica da realidade social e do instituído, inserindo-se na lógica da relação pragmática-instrumental-mercadológica.

As Diretrizes para o Curso de Psicologia, no País, em seus princípios gerais, explicita que esse “tem como meta central a formação do Psicólogo, voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia [...]” (Brasil, 2004). Inclui, dessa maneira, os dois perfis, o de psicólogo e o de bacharel em Psicologia, na formação básica desse profissional. A formação de professor de Psicologia, para atuar na educação básica, ficou como optativa, de acordo com o interesse das instituições de ensino.

Elas também determinam, no artigo 3º, que a formação do psicólogo deve assegurar os princípios e compromissos de:

[...] b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais. c) 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. d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão [...]. (Brasil, 2004)

As Diretrizes destacam, ainda, que o perfil desse profissional deve ser construído por intermédio do núcleo comum, entendido como conjunto de competências, habilidades e conhecimentos, de eixos estruturantes da formação, quais as competências e habilidades devem ser desenvolvidas ao longo do curso e a obrigatoriedade de estágio básico e específico. Propõe, ênfases curriculares – “[...] Conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia” (Brasil, 2004). As instituições de ensino devem oferecer no mínimo duas ênfases, para que os alunos, ao longo do curso, possam ao menos optar por uma delas.

Tanto nos princípios e compromissos da formação como nas competências do psicólogo, presentes nas Diretrizes, fica evidente que houve

avanços significativos na compressão do papel desse profissional em relação ao Currículo Mínimo de 1962. Entre eles, espera-se que o psicólogo tenha uma visão abrangente das questões econômicas e sociais. As Diretrizes veiculam o entendimento do fenômeno psicológico como multideterminado, complexo e com interfaces com os fenômenos biológicos e sociais. Podemos considerar esse entendimento como convergente com o conceito da determinação psíquica e sociocultural do sofrimento psíquico, presentes nos autores aos quais nos referimos, nos pressupostos da atenção psicossocial e nas orientações das CNSM e da Oficina Nacional da ABEP.

Há, nos princípios gerais, a intenção de alterar a representação hegemônica do psicólogo como profissional liberal, voltado aos atendimentos/avaliações dos indivíduos, às questões de desajustamento comportamental/emocional e à psicoterapia individual em consultório particular. Estabelece-se a compreensão de um profissional inserido em diversos campos, junto com outros profissionais, em vários espaços sociais, e envolvido na promoção do bem-estar coletivo, definindo explicitamente a área da saúde como um desses campos de atuação.

No artigo 4º, contudo, esse documento salienta:

A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: a) atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, [...]. (Brasil, 2004)

O artigo acima parece realizar uma distinção entre saúde psicológica e psicossocial, e atuação individual e atuação coletiva. Nesse sentido, pode-se indagar se tal distinção não estaria reproduzindo uma antiga dicotomia, isto é, a saúde/doença, e as ações de reabilitação estariam relacionadas às questões do indivíduo, exigindo uma intervenção individual, enquanto a saúde psicossocial estaria centrada nas determinações socioculturais e nas ações coletivas de prevenção junto à comunidade. Tal compreensão, por sua vez, estaria em contradição com o que afirmam as Diretrizes, no artigo 3º, em especial no que concerne à concepção do fenômeno psicológico como complexo e multideterminado, uma vez que reproduz a dicotomia entre individual e social.

No campo da saúde e, mais especificamente, na saúde mental, tal dicotomia poderia reafirmar uma concepção de doença centrada no paradigma doença-

cura, de maneira que o objetivo da intervenção profissional estaria centrada apenas na supressão dos sintomas, sendo sua finalidade essencial norteada pela ideia de cura enquanto retorno ao equilíbrio, à normalidade. Nessa perspectiva, a finalidade das ações de reabilitação desenvolvidas pelo psicólogo continuaria orientada pela ideia de ajustamento, e as ações de prevenção estariam restritas à identificação precoce da doença e ao desenvolvimento de práticas comunitárias.

As Diretrizes afirmam também que as competências do psicólogo são concebidas como

[...] Desempenhos e atuações requeridas do formado em Psicologia, e devem garantir ao profissional um domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção da qualidade de vida. (Brasil, 2004)

Encontramos, nesse trecho, não apenas a compreensão de que o psicólogo deverá ter competência para desenvolver ações de prevenção, mas também de promover a qualidade de vida do indivíduo. Observamos a preocupação de ampliação das finalidades da atuação da Psicologia, pois o conceito de prevenção refere-se apenas à ausência de doença, enquanto a promoção é um conceito positivo e multidimensional. Como tal, aspira a superar o conceito da prevenção e romper a hegemonia do modelo biomédico.

Esse novo perfil do psicólogo estaria compatível com uma concepção de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente relacionada à ausência de doença e enfermidade e, portanto, em concordância com as concepções teórico-técnico-políticas emanadas do SUS. Trata-se de uma concepção em consonância também com os questionamentos críticos de diversos campos científicos acerca do paradigma científico dominante, em que se aponta a necessidade de superar a visão positivista e mecanicista da saúde como mera ausência de doença, cujos saberes e práticas estariam orientados na especialização do corpo humano, ou seja, no tecnicismo das práticas e na fragmentação do saber. Enfim, a ideia de promoção de saúde encontrada nas Diretrizes sugere uma contraposição ao modelo assistencial individual e curativo. O compromisso com a promoção e a qualidade de saúde apontaria, em princípio, a outra finalidade para a Psicologia que não somente curar ou ajustar comportamentos, desvios ou transtornos individuais.

As Diretrizes Curriculares da Psicologia focalizam, igualmente, a necessidade, quando as situações exigirem, de o psicólogo atuar inter e

multiprofissionalmente, mas não sugerem ou indicam ações durante a formação, as quais propiciem experiências com outros campos profissionais e valorizem o trabalho em equipe. Desse modo, não veiculam a saúde como um campo necessariamente interdisciplinar.

Tais tendências, como a de reproduzir as orientações das Conferências Nacionais de Saúde na formação profissional para o SUS, de enfatizar a atenção primária em saúde e a necessidade de se trabalhar em equipe, quando as situações exigirem, podem estar associadas ao fato de a Psicologia estar tradicionalmente vinculada à solução de conflitos psicológicos, por intermédio de ações individuais, voltadas para o processo doença-cura, como diagnóstico, avaliação, observação e intervenções, com fins terapêuticos, segundo foi mencionado anteriormente.

Podemos, entretanto, focar em outra vertente de análise, ou seja, as competências descritas nas Diretrizes fazem pouco, quando se referem ao perfil profissional necessário para atuar no setor da saúde mental, principalmente no tocante à atuação nas situações que envolvem sofrimento psíquico grave, tradicionalmente diagnosticadas como transtornos neuróticos graves ou transtornos psicóticos. Talvez, em consequência disso, encontramos pouca ou nenhuma relação entre as competências das Diretrizes e a Política Nacional de Saúde Mental e muito menos com os princípios, as concepções e as orientações teórico-técnico-políticas da atenção psicossocial.

As diretrizes enfatizam igualmente que as competências devem ser apoiadas em habilidades, a serem adquiridas durante a graduação. Entre elas, destacam-se:

- [...] d) Planejar e realizar várias entrevistas com diferentes finalidades e em diferentes contextos. e) Analisar, descrever e interpretar relações entre contextos e processos psicológicos e comportamentais. f) Descrever, analisar e interpretar manifestações verbais como fontes primárias de acesso a estados subjetivos. (Brasil, 2004)

Ao considerarmos as habilidades associadas com as análises anteriores, a respeito das competências que devem ser adquiridas para subsidiar a atuação do profissional em geral e na saúde, deparamos reminiscências das concepções norteadoras do Currículo Mínimo de 1962, já que, em relação à formação geral, aquelas habilidades propõem que a atuação do psicólogo seja apoiada na prática do exame, do diagnóstico, da observação e da análise do comportamento.

Nesse contexto, e sendo tributário às concepções de processo doença-cura e de suas estratégias de cuidado, parece que o perfil esperado do psicólogo

traçado nas Diretrizes ainda mantém uma forte relação com a ideia de ajustamento e prevenção. Assim, o profissional continua a ser formado para utilizar-se das estratégias de recuperação e prevenção dos comportamentos desajustados e dos problemas emocionais, tomando o sujeito que sofre como um agente passivo e individualizado, num processo de carência-suprimento.

Reconhecemos que as Diretrizes aspiram à mudança do paradigma na formação do psicólogo, porém identificamos nelas tendências antagônicas na operacionalização dessa mudança. Nesse sentido, concordamos com a avaliação contida no Relatório da Oficina Nacional da ABEP, de que é possível identificar nas Diretrizes “a dificuldade de ruptura do modelo tradicional, centralizado na transmissão de conhecimento, na normatização de um currículo mínimo, organizado em disciplinas, e focado ainda na ideia de grade curricular” (Associação Brasileira de Ensino de Psicologia, 2006).

Além disso, observamos que, mesmo reafirmando o entendimento do fenômeno psicológico como multideterminado e complexo, propõem uma atuação por meio do diagnóstico, da observação e da intervenção, tanto individuais como grupais, com fins terapêuticos normatizadores ou adaptativos e preventivos vinculados ao processo doença-cura. Não que o perfil profissional precisasse ser homogêneo, ou não ter espaço para práticas distintas e variadas, mas tais antagonismos podem ser profundos e talvez inconciliáveis.

De forma geral, o texto das Diretrizes não faz nenhuma referência direta à atuação do psicólogo no campo da saúde mental e, conseqüentemente, também não se refere às habilidades para a atuação nessa área. Como já relatado, há referência direta para a formação que deve capacitá-lo para a atenção à saúde.

Quando avançamos no raciocínio da não-existência de referências específicas ou gerais ao campo da saúde mental, nas Diretrizes, detectamos a possibilidade de entendimento de estas sinalizarem que as orientações aplicáveis ao campo da saúde poderiam ser transportadas para a saúde mental. Como afirmamos, a compreensão que adotamos é a da saúde como um processo histórico e social e um campo interdisciplinar, e a da saúde mental como um campo de atuação dentro da Saúde, compartilhando das mesmas determinações históricas e sociais. Dessa maneira, a transposição de referências pode ter aspectos positivos e negativos, visto que o psicólogo é um profissional que pode atuar tanto no campo da saúde, quanto no da saúde mental e em outros.

Se as Diretrizes concebem a saúde mental como um setor da saúde, isso provavelmente implica que as questões da estruturação, normas, diretrizes, políticas públicas e do SUS devam estar presentes e influenciar a formação

e atuação dos profissionais para a saúde mental. Desse modo, as questões da saúde, educação, trabalho, entre outros, seriam componentes importantes para a formação desse profissional, o que estaria de acordo com as orientações das CNSM, da Oficina Nacional da ABEP e dos autores que utilizamos como fundamentação teórica desse trabalho.

As Diretrizes Curriculares, ao preconizarem que a formação deve habilitar o psicólogo para a atenção ao campo da saúde, realizam um avanço importante, pois favorecem a discussão sobre as atuações e a formação necessárias para o complexo campo da saúde. Apesar disso, haveria o risco, da maneira como está definido no documento, de induzir ao entendimento do psicólogo como um profissional unicamente da saúde, levando a um reducionismo, como referido anteriormente.

Conclusão

As Diretrizes Curriculares não se referem à formação do psicólogo para a área da saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. Elas propõem habilidades e competências do psicólogo de forma bastante generalizada, ou seja, elas abarcam as diversas áreas de atuação desse profissional. Portanto, as especificações em termos de habilidades e competências devem ser realizadas nas ênfases curriculares definidas pelos próprios cursos. Mesmo assim, parece haver uma tendência de direcionamento do perfil do psicólogo para o campo da saúde. Esta, de acordo com as análises já feitas, seria contraditória à formação generalista aspirada pelas referidas Diretrizes.

No entanto, esse direcionamento para a saúde orientaria uma atuação voltada para o ajustamento e a prevenção – por meio de uma ação individual ou coletiva, e na melhor das perspectivas, por intermédio de uma equipe de trabalho multiprofissional, sem propiciar qualquer deslocamento na hegemonia do modelo clínico na formação do psicólogo.

Pelo contrário, as competências e as habilidades, como afirmadas nas Diretrizes Curriculares, ao reafirmar a formação desse profissional na perspectiva do modelo preventivo-comunitário, vigente ainda na saúde e na saúde mental, contribuiriam ainda para a manutenção do modelo clínico tradicional, pois ambos coexistem harmoniosa e complementarmente, desde o surgimento do primeiro, na década de 1970, nos Estados Unidos da América (EUA). Porém esse modelo não responde às tendências e às exigências atuais tanto do campo da saúde

coletiva, como da saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

A maioria dos cursos de Psicologia do País ainda está em processo de adequação para a implementação dessas Diretrizes, não sendo possível termos uma visão clara das consequências para a formação e exercício da Psicologia. Pela própria estrutura das Diretrizes e da política educacional vigente, parece-nos que poucas alterações haverá, na formação do psicólogo.

Essas questões acerca da hegemonia do modelo clínico na formação do psicólogo e suas influências na atuação do profissional na saúde mental estão relacionadas ao próprio processo histórico da constituição da profissão no Brasil. O ideário social da profissão, dos alunos que procuram essa formação, das entidades relacionadas à formação e exercício da profissão e dos cursos de graduação, ainda hegemônico, é orientado pelo modelo que denominamos de clínico restrito e normativo, segundo o qual o psicólogo deve atender em um espaço psicoterápico específico, centrado em conhecimentos e procedimentos especializados e voltados para a interioridade psicológica do cliente e, muitas vezes, com ênfase no biológico.

A superação de tais questões e do próprio modelo tem sido lenta e, em consequência, observamos sua mera transposição para outros setores de atuação, especialmente para o cuidado de pessoas diagnosticadas com transtornos neuróticos graves, transtornos psicóticos e muitas vezes com longa história de internações psiquiátricas, cujas situações exigem estratégias diversas e uma atuação não apenas interprofissional, mas interdisciplinar ou transdisciplinar.

As lacunas encontradas nas Diretrizes sobre a atuação do psicólogo, no campo da Saúde Mental, reafirmam a necessidade de aprofundamento do debate sobre a formação desse profissional e das necessidades da área da saúde e saúde mental. Enfatizamos a importância de dar continuidade à discussão sobre o papel social da Psicologia e a formação do psicólogo, como tem feito a ABEP, porque, desse modo, poderemos contemplar as necessidades da população que usa os serviços, os interesses dos profissionais, dos que buscam essa formação, dos órgãos formadores e do mercado de trabalho.

Finalmente apontamos para a necessidade de se fazerem gestões junto aos cursos de Psicologia, para que estes efetivem em seus projetos pedagógicos algumas propostas oriundas de estudos e fóruns de discussões sobre a formação

dos profissionais da saúde e também contidas no Relatório da ABEP, tais como: pactuar um conteúdo básico acerca da saúde coletiva e da atenção psicossocial ou da saúde mental, para compor o núcleo comum dos cursos, como, por exemplo, políticas públicas, movimentos sociais, instituições, grupos e trabalho em equipe; garantir, na disciplina de Psicopatologia, a inclusão da concepção de saúde-doença na perspectiva do processo de transição paradigmática; integrar as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão da graduação com a produção da pós-graduação sobre o tema; rever os métodos de ensino-aprendizagem e ainda a mudança no modelo vigente nas clínicas-escola – um dispositivo construído para uma formação de uma profissão liberal, centrado no atendimento individual em consultório particular.

Referências

Amarante, P. (2003). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau. p. 45-65.

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amorim, S. M. F. (2003). Loucura, política e ética: a formação do psicólogo em questão. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 220-229.

Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (2006). *A presença qualificada no SUS como desafio para a psicologia: propostas da Oficina Nacional da Abep*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação/Opas.

Batista, M. I. F. C. (2000). *A formação do psicólogo em questão: hiato entre a formação acadêmica e realidade social*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

Boarini, M. L. (1996). A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 1 (1), 93-132.

Brasil (2004). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 0062/2004 de 19 de fevereiro de 2004. *Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em Psicologia*, Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_2004_2.htm>. (Acessado em 17/6/2004).

Brasil (1988). Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf>. (Acessado em 27/9/2007).

Brasil (1986). Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf>. (Acessado em 27/9/2007).

Brasil (1994). Ministério da Saúde. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.

Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Brasil (1996). Presidência da República. *Lei 9.394* de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/Resolucoes/lei9394-2006.pdf>>. (Acessado em 7/6/2007).

Conselho Federal de Psicologia. (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro*. São Paulo: Edicon/Educ.

Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região. (2004). Pesquisa revela o perfil completo do profissional no País. *PSI – Jornal de Psicologia do CRP-SP*. São Paulo, 141, jul./set, 10-11.

Costa-Rosa, A. (1987). *Saúde mental comunitária: análise dialética de um movimento alternativo*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Costa-Rosa, A. *et al.* (2003). Atenção psicossocial - rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau. p. 13-44.

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, Natal, 3 (1), jan./jun., 53-81, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X1998000100004&lng=pt&nrm=iso>. (Acessado em 24/6/2005).

Luzio, C. A. (2003). *A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

Onocko-Campos, R. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25 (58), 98-111.

Pessotti, I. (1988). Notas para uma história da psicologia brasileira. In: Conselho Federal de Psicologia. *Quem é o psicólogo brasileiro*. São Paulo: Edicon/Educ. p. 17-31.

Ribeiro, S. L. (2007). *A saúde mental, a formação do psicólogo e as diretrizes curriculares nacionais: territórios em aproximação?* Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis.

Silva, R. C. (1992). A formação em Psicologia para o trabalho na saúde pública. In: Campos, F. C. B. (Org.). *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec. p. 25-40.

Tozoni-Reis, J. R. (2002). A profissão de psicólogo: ideologia do clinicalismo. *Revista Vertentes*, 6, 69-96.

Vasconcelos, E. (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas décadas. In: Jacó-Vilela, A. M. et al. *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/Nape. Disponível em: <<http://www2.uerj.br/~cliopsyche/site/livros/cli1/mundosparalelosatequando.htm>>. (Acessado em 19/3/2006).

Yasui, Silvio. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.