



MUITO ALÉM DE SINTOMAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: A ESQUIZOFRENIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ARTIGO ORIGINAL

MIRANDA, Edna Maria de¹

MIRANDA, Edna Maria de. **Muito além de sintomas, diagnóstico e tratamento: a esquizofrenia na atenção psicossocial.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 07, Ed. 07, Vol. 04, pp. 89-116. Julho de 2022. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/a-esquizofrenia>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/a-esquizofrenia

RESUMO

No Brasil, o apoio e tratamento da esquizofrenia é oferecido pelo Sistema Único de Saúde, e, através do Centro de Atenção Psicossocial. Foucault, foi um dos primeiros pesquisadores a inclinarem-se sobre a temática da Saúde Mental, e os locais de “apoio, reclusão e tratamento”. No Brasil, o tratamento à psiquiatria passou por diversas fases e desdobramentos que foram sendo pautados pelas mudanças legais. Com relação ao tratamento ao esquizofrênico também foram notados alguns avanços. A questão norteadora deste estudo é: Como o tratamento psiquiátrico, especialmente ao esquizofrônico foi construído no contexto histórico, e quais são os desafios que ainda precisam ser superados? Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo compreender a construção da imagem do indivíduo portador de esquizofrenia no decorrer da história da humanidade, sobretudo, no ambiente de atenção psicossocial vigente. Para isso, adotou-se como metodologia, a revisão bibliográfica. Na conclusiva foi possível notar que o olhar contemporâneo sobre os acometidos pela esquizofrenia serve como base para o repensar de seu trato nas Ciências da Saúde, culminando no aperfeiçoamento de ações mais humanizadas e primando pela convivência e pelas potencialidades daquele indivíduo acometido, em observância ao resgate de sua cidadania, suas riquezas e seus projetos de vida.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Cuidado, Trato clínico, Trato psicológico, Trato humanizado.



1. INTRODUÇÃO

Quando da retomada histórica da interpretação da loucura, tem-se a variedade das práticas discursivas nesse campo – o que esclarece o processo histórico dominante referente à interpretação médica nas sociedades contemporâneas.

No Brasil, o discurso manicomial que vigorou sobre a loucura – de meados do século XIX até meados do século XX – permitiu que esta se tornasse objeto do discurso médico-psiquiátrico de então. Porquanto, tinha-se a substituição do domínio religioso da loucura por um discurso científico, firmado por valores humanitários (TEIXEIRA, 1997).

O discurso sobre a loucura se deu pela hegemonia do discurso médico representado, principalmente, pelo psiquiatra. Logo, introduziu-se uma noção fundamental para o processo de apropriação da loucura como seu objeto: a noção de doença mental (PORTOCARRERO, 1990), onde a loucura passou a ser definida como patologia, com a Medicina sendo a instância que referendava o estatuto do louco – doente e incapaz – em prol de um sujeito que deveria ser tratado e protegido (MACHADO *et al.*, 1978).

No que tange às questões de cidadania, nesse encontro entre a exclusão social da loucura e as intenções médicas, tem-se a figura da doença mental como fator negativo da razão. Assim, o louco foi reconhecido como “cidadão” merecedor de cuidados do Estado, ao passo que sua internação era justificada por razões médicas, sendo-lhe merecido todo cuidado, sem mais qualquer outro direito (MUSSE, 2008).

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo compreender a construção da imagem do indivíduo portador de esquizofrenia no decorrer da história da humanidade, sobretudo, no ambiente de atenção psicossocial vigente. Por conseguinte, como objetivos específicos, têm-se os que se seguem:

- Apresentar uma nova dimensão para o tratamento do sofrimento psíquico em geral; e



- Compreender as propostas contemporâneas para o combate da esquizofrenia, com base na ideia do sujeito para além do sintoma e do diagnóstico psiquiátrico.

De fato, refletir sobre a clínica tradicional e suas possibilidades de ampliação para o acolhimento àqueles que sofrem de esquizofrenia sob uma nova perspectiva pode acarretar na prevalência do respeito e da valorização das diferenças, possibilitando aos usuários do serviço de saúde mental a ressignificação de seu processo de adoecimento. Por conseguinte, a partir “dessa nova concepção assistencial, as práticas buscam favorecer o ajustamento social e, consequentemente, a vida social de portadores de transtorno mental, e não apenas a mera abolição de sintomas” (MOLL; SAEKI, 2009, n. p.).

Como justificativa, a presente pesquisa enxergou a necessidade, no tempo vigente, de designar as múltiplas formas de tratar o sujeito esquizofrênico em sua existência e suas possibilidades concretas de vida. Nesse sentido, o acometido, antes excluído socialmente, pode se tornar um indivíduo com voz, e não somente objeto de saber – o que remete ao repensar o endurecimento “que aprisiona a experiência da loucura quando da construção de estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele” (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p. 50).

Em uma dimensão cultural, não se pode apenas discutir a transformação do modelo assistencial vigente, mas também a transformação do lugar social da loucura, com vistas à abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. Assim, faz-se importante mais do que criar uma nova concepção de clínica, tratamento e/ou entendimento para o sujeito acometido pela esquizofrenia ou outras enfermidades, colocar o próprio *modus operandi* em análise.

Nesse ínterim, as linhas que se seguem fizeram uso de pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, buscando fazer ciência e alcançar o que se propôs a atingir (DEMO, 2013). Entendendo-se por pesquisa como um processo de indagação e construção da realidade, as abordagens qualitativas aqui percebidas buscaram seus reais



significados em uma realidade que não é aparente e que necessita ser investigada e construída (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

O ser humano, sujeito principal da ciência humana e social, possui suas diferenças e especificidades. Nesse sentido, via metodologia qualitativa, buscou-se a reivindicação do conhecimento dessas especificidades – que as ciências naturais não possuem (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

A presente pesquisa, então, foi assim organizada:

1. Apresentação de breve revisão histórica da Psiquiatria enquanto ciência médica e do seu processo de instalação na cultura brasileira – buscando compreender como o homem considerado doente e não possuidor da razão foi apropriado por essa área médica, tornando-se objeto de estudo e intervenção;
2. Exploração do entendimento sobre a esquizofrenia;
3. Atenção particular ao momento de criação dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPSs) como propostas substitutivas de locais de cuidado que não a internação psiquiátrica – buscando discutir suas contribuições como espaços facilitadores da promoção de saúde mental, além da importância da intensificação de cuidados como dispositivo essencial no trato de sujeitos em sofrimento mental e de construção de novas práticas de trabalho com o sofrimento humano; e
4. Apresentação da clínica proveniente da Reforma Psiquiátrica e suas possibilidades de ampliação para o indivíduo acometido pela esquizofrenia e suas relações estabelecidas com o mundo – repensando a prática psicológica exercida dentro do contexto da atenção psicossocial, no sentido de exercer uma prática restituidora da cidadania ao sujeito que sofre como via de alcance da reinserção social e de melhor convivência em sociedade.

Segundo Basaglia (1985), a Psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença em comento, onde, em verdade, a doença é que deveria ser colocada entre parênteses, para que o sujeito possa ser a principal ocupação. Nessa toada, colocar a doença entre parênteses não significa negar o sofrimento ali



existente, mas é preciso observar os modelos substitutivos como algo realmente novo, no que diz respeito ao lidar com a loucura, e a capacidade das novas propostas refletirem sobre suas práticas.

2. O CAMINHAR DA PSIQUIATRIA

Os vieses de cidadania e a consequente proteção do Estado ao cidadão trouxeram consequências dramáticas para a loucura. Ao mesmo tempo em que o Estado tinha como tarefa principal proteger a sociedade da loucura, por outro lado, acabou promovendo sua exclusão e a retirada dos direitos sociais dos loucos, sobrando-lhes a exclusão e o isolamento como forma de tratamento.

A loucura passou a ser aprisionada pelo discurso da nascente Psiquiatria – modal da Medicina encarregada de gerenciar a loucura e sua exclusão do meio social. Nesse ínterim, faz-se importante uma breve revisão histórica da Psiquiatria e sua inserção na sociedade brasileira, evidenciando como a loucura passou a ser explicada pelo discurso psiquiátrico, constituída a partir do olhar dos médicos especialistas e reduzida a uma doença.

2.1 A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SUA INSERÇÃO CULTURAL

Em meados do século XVIII, com o fortalecimento do Iluminismo e as transformações sociais advindas do Liberalismo, o pensamento social passou por inúmeras transformações. A saúde passou a ser considerada como um valor fundamental – indicativo de felicidade. Além de seu valor individual, a saúde das populações passou a ser um bem maior – condição de aquisição e acúmulo de riqueza (BIRMAN, 1992).

Segundo Foucault (1988), por séculos, o mundo ocidental permaneceu sob a sombra da morte, da fome, das epidemias e de um Deus temeroso e punitivo. Com o desenvolvimento econômico, com as melhorias das técnicas agrícolas, com o aumento da produtividade no século XVIII e com a transformação do pensamento teocêntrico para um pensamento humanista e socialista, a constante ameaça de morte



foi afastada (PESSOTTI, 1994), a vida foi valorizada e o centro das atenções passou a ser o homem iluminista (RICHARDS, 1993).

O poder sobre a vida se deu no final do século XVII, centrando-se no adestramento do corpo e no crescimento de sua utilidade, assegurado via poderes que caracterizam a face anátomo-política do corpo humano (FOUCAULT, 1988).

Conforme Foucault (1988), outra via de poder sobre a vida se deu em meados do século XVIII, concentrando-se na proliferação da vida, nos nascimentos, nas mortalidades e na saúde física em geral: as intervenções reguladoras, que resultaram em uma biopolítica da população e o consequente biopoder – elementos importantes ao desenvolvimento do capitalismo.

Por conseguinte, a Medicina foi solicitada em relação ao gerenciamento da inserção dos corpos, sendo consagrada como a detentora do poder sobre a vida e a morte. Assegurada em seu *status* científico, a ciência médica foi prevalente na produção de significados sobre o corpo e suas sensações, ou seja, os indivíduos perderam a autonomia sobre seus corpos para os especialistas responsáveis pela produção e reprodução de saúde (BIRMAN, 1992).

O século XVII evidenciou os estudos sobre os aspectos cerebrais. Plater, cuja obra foi publicada em 1625, inaugurou o conceito denominado alienação mental – autor considerado um dos primeiros a elaborar uma vasta classificação médica da patologia mental –, diferenciando a loucura, a deficiência mental e os diversos tipos de demência: a doença mental era causada por uma lesão da inteligência (razão + imaginação + memória), proveniente de algum déficit (fraqueza mental, abolição da mente) ou depravação (perda da inteligência) (PESSOTTI, 1994).

Outro destaque foi a obra de Zacchias, publicada em 1651, onde a loucura poderia ser causada por elementos extranaturais como, por exemplo, a possessão demoníaca, ao passo que a demência poderia ser causada pela diminuição (imbecilidade), depravação (delírio) ou perda (loucura) da função mental (PESSOTTI, 1994).



Nesse ínterim, a Medicina desenvolveu os princípios da observação e da verificação, contribuindo para a consolidação do modelo biomédico no século XVIII. A introdução do conceito anatômico de doença passou a direcionar o pensamento da época, buscando-se estudar a fisiologia humana normal e patológica (REIS, 1998).

Em relação à Psiquiatria propriamente dita, é somente em 1801, com a publicação do tratado médico-filosófico sobre a alienação mental de Philippe Pinel, que esta passou a ser considerada como um ramo da Medicina. Tem-se aí o marco do surgimento da Psiquiatria, inaugurando a corrente alienista que busca conhecer a loucura, a fim de dominá-la. A loucura, então, passou a ser vista como uma lesão fundamental do intelecto, que se manifesta no comportamento do indivíduo (SILVA, 2003).

Pinel acreditava na possibilidade de recuperação dessas pessoas doentes por meio de uma pedagogia da cidadania, sendo o grande pioneiro do tratamento moral destinado aos loucos, afastando-se das explicações rígidas organicistas que dominavam o cenário médico de seu tempo (PESSOTTI, 1996). Sua pedagogia moral logo se disseminou por outros países ocidentais, pois suas contribuições para a criação da Psiquiatria concordavam com o ideal racionalista e disciplinador da moral e dos costumes da sociedade europeia do início do século XIX (PESSOTTI, 1996).

Para aquele estudioso, entre as diversas causas da loucura, estavam: a imoralidade (excesso das paixões), a demência ou idiotia (fruto de lesões orgânicas), os desregramentos no modo de viver e a educação interrompida (PESSOTTI, 1996). Por conseguinte, o tratamento moral se dava via reeducação dos costumes, do modo de viver e do reenquadramento dos comportamentos em padrões mais éticos, cujo objetivo era retirar o que a espécie humana tinha de desagradável e vergonhoso (PESSOTTI, 1996).

2.2 A INÍCIO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

A Psiquiatria no Brasil nasceu no momento em que se iniciava um processo de identidade nacional, com a passagem do regime monárquico para o republicano.



Do início do período colonial até meados do século XIX, não existia nenhum tipo de assistência à saúde no Brasil, sendo que a assistência ofertada aos acometidos pela loucura se dava nas Santas Casas de Misericórdia sob os mais diversos vieses, sendo os pacientes recolhidos em aposentos, presos nos fundos das casas, nos porões e nas cadeias (para que não incomodassem a ordem pública) (CUNHA, 1990).

A partir de 1808, com a vinda da família real para o Brasil, se deu um processo de modernização, bem como a criação de instituições sociais. Com o crescimento da Medicina local, criou-se, em 1830, a Sociedade de Medicina no Rio de Janeiro, além das revistas *Seminário de Saúde Pública*, *Diário da Saúde* e *Revista Médica Fluminense* – que serviram como pontes de comunicação da Medicina europeia com os médicos brasileiros (TEIXEIRA, 1997).

Segundo Teixeira (1997), naquele tempo, o alienismo estava em seu auge na Europa e a saúde da alma era considerada a ocupação mais digna do médico. Diante do *status* dedicado à Psiquiatria, tiveram início as reflexões sobre a situação do louco no Brasil, com a necessidade de isolamento dos insanos para o tratamento de suas moléstias. Consequentemente, a sociedade médica percebia a necessidade da criação de um hospital que ofertasse os cuidados necessários para tal população – nos moldes da nova Psiquiatria francesa, para tratamentos e estudos sobre a loucura.

A Psiquiatria no Brasil percorreu os caminhos da filantropia e da clínica generalista, assumindo, posteriormente, seu papel atual (TEIXEIRA, 1997). Em junho de 1905, Juliano Moreira, com outros médicos, editou a revista *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, com a publicação de artigos para difundir o pensamento psiquiátrico e as novas terapêuticas (JODELET, 2001). Esta colaborou na construção de uma representação social da loucura associada à periculosidade, à imprevisibilidade e à necessidade de isolamento (JODELET, 2001).

A divulgação do pensamento psiquiátrico aliada ao Estado levou à criação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, em 1907, e à autonomia da Psiquiatria, como área médica, em 1912. Nesse ínterim, prevalecia a



necessidade de prevenção da doença mental, ou seja, a higiene mental (SILVA, 2003).

Em 1923, no Rio de Janeiro, Gustavo Riedel, com outros médicos, deu voz à Liga Brasileira de Higiene Mental e à revista *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (meio de comunicação da Liga). Trazia-se ali a formação de preconceitos raciais e xenofóbicos, colocando a figura do negro, do pobre, do mestiço e do imigrante como propensos ao desenvolvimento de doenças mentais (COSTA, 1989).

Em seu início, aquela Liga foi criada com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais – a ação terapêutica deveria ser empreendida antes do aparecimento dos sinais clínicos; mas, a atuação da Psiquiatria se modificou e o foco não era mais somente os doentes mentais, mas sim, o indivíduo normal (KIRSCHBAUM, 1997).

Tais mudanças não ficaram restritas ao campo hospitalar, sendo ampliadas para toda a sociedade. Outros profissionais foram convidados para serem higienizadores da sociedade: psicólogos, assistentes sociais, pedagogos etc., que praticavam teorias ideológicas que visavam o engessamento da criatividade, a patologização e a medicalização como cura para todos os males (KIRSCHBAUM, 1997).

Sob tal caminhar, a sociedade brasileira passou por um forte processo de psiquiatrização de sua cultura, prevalecendo o ideal de purificação da raça e europeização, sendo de fundamental importância para a construção de um tratamento destinado aos acometidos pela loucura a criação de um lugar marginal para o louco dentro da cultura (COSTA, 1989).

2.3 O CAMINHAR DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: A MORALIZAÇÃO RUMO AOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

Mesmo com resistências, a psiquiatrização da cultura brasileira culminou na transformação da loucura em um negócio rentável.



A Liga Brasileira de Higiene Mental se desfez, mas, a Psiquiatria permaneceu, instalando o hospital psiquiátrico como instituição necessária para o bom funcionamento da sociedade (AMARANTE, 1994).

É fato que, desde seu início como ciência, a Psiquiatria buscou tomar como objeto de estudo os fenômenos psiquiátricos como objetos naturais e estáveis. Nesse sentido, é possível perceber que os transtornos mentais nem sempre estiveram relacionados com a noção de doença mental como se dá nos dias atuais (BERRIOS, 2008).

Segundo Silva (1995), depois do surgimento da sociedade industrial, da Revolução Francesa e do Positivismo, os indivíduos não logravam se adaptar às exigências da produção/do consumo outrora existentes. Assim, no início, a Psiquiatria se ocupou com fenômenos simples, de fácil agrupamento, mas não nomeados como na atualidade.

Com a medicalização da loucura, o doente mental passou a ser visto como “o alienado” e, mediante a internação em um local especializado (manicômio), criou-se a relação Medicina-hospitalização (CASTEL, 1978).

A clínica psiquiátrica, por seu empirismo, deve sua real importância ao fato de uma reorganização não somente do discurso médico, mas da elaboração de uma linguagem acessível sobre a doença mental (FOUCAULT, 1997). Nesse sentido, nas últimas décadas do século XIX, o corpo deixou de ser pensado somente a partir de tecidos e órgãos, sendo abordado em potencialidades, funções e comportamentos desejáveis (FOUCAULT, 2003).

Segundo Foucault (2003), tem-se aí outro modo de descrever os corpos anatomo-patologicamente – modo que não permitia explicar as doenças mentais e inseria a loucura no interior de uma sintomatologia médica. E quando nesse mesmo século se articula a anatomo-patologia e a clínica empreendida no interior do hospital, tem-se a possibilidade da articulação entre o corpo e o sintoma. Assim, no espaço da Psiquiatria, a situação se difere, ou seja, os diagnósticos se tornam absolutos e o corpo, enquanto livre de sintomas, está ausente.



2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: A BASE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reforma Psiquiátrica no Brasil recebeu grande influência das experiências europeias, em especial, da reforma italiana iniciada por Basaglia, que trouxe à tona a necessidade de uma análise histórico-crítica do modo como a sociedade lida com o sofrimento humano. Sobre a questão, aquele estudioso atribuiu um sentimento diverso à vida, entendendo que os indivíduos sofrem como atores sociais (BARROS, 1994).

O pensamento basagliano levantou novos elementos no cenário da Reforma Psiquiátrica ao travar, pela primeira vez, conflitos com as representações sociais da loucura que, na história ocidental, acabou por ocupar lugares marginais na vida social, colocando em discussão a necessidade do resgate da cidadania do louco.

Segundo Lobosque (1997), em decorrência das diversidades sociais, culturais e políticas que caracterizam o Brasil, nas últimas décadas, a reforma assumiu diferentes formas de inserção na cultura brasileira. Mesmo assim, compartilham alguns princípios que, de certo modo, unificam as práticas na clínica antimanicomial, quais sejam:

- Singularidade: um convite para que o sujeito sustente suas diferenças, respeitando os limites da cultura;
- Limite: um alargamento dos limites sociais, de modo que a sociedade aprenda a melhor conviver com a diferença; e
- Articulação: a necessidade da saúde mental em ampliar seus diálogos com outros campos conceituais e práticos que não apenas a área da saúde

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem seu início com a criação, em 1978, do Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – gatilho para as reflexões políticas, teóricas e técnicas relacionadas com a assistência psiquiátrica, propondo uma reorganização no referido modelo de assistência (DELGADO, 1992).



A proposta inicial da reforma era a transformação não somente no nível técnico, mas também nos níveis sociais e políticos. A necessidade de reconstrução da cidadania do doente mental construiu o “carro-chefe” da reforma brasileira, sendo, ainda hoje, o centro de suas reflexões (LOBOSQUE, 1997).

Atualmente, o Brasil passa por um momento de transição de um modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde mental para um modelo com base na desinstitucionalização, na reabilitação psicossocial e nos princípios da clínica antimanicomial. A reforma no Brasil vive um de seus momentos mais produtivos, contando com uma política de saúde mental respaldada na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), além do incentivo dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Sem dúvida, o ditame em comento redireciona a assistência em saúde mental, ofertando o tratamento em serviços de base comunitária, protegendo os direitos daqueles com transtornos mentais.

A promulgação da Lei n. 10.216/2001 impôs novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo criadas, pelo Ministério da Saúde (MS), linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, acarretando na fiscalização, na gestão e na redução programada de leitos psiquiátricos no país. O processo de desinstitucionalização de indivíduos internados foi e ainda é impulsionado com a criação do Programa “De Volta para Casa”. E ainda, tem-se a construção de uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, sendo traçada a política para as questões ligadas ao álcool e outras drogas, incorporando a política de redução de danos (PACHECO, 2009).

Tal processo estatal é caracterizado por ações dos governos federal, estaduais e municipais, além de movimentos sociais, que caracterizam a transição de um modelo hospitalocêntrico; ou seja, de um lado, tem-se a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico e, por outro lado, a redução de leitos psiquiátricos existentes, expandindo os CAPSs no país (PACHECO, 2009), os Serviços Residenciais Terapêuticos e as moradias ou residências terapêuticas (casas



situadas no espaço urbano, com a finalidade de suprir às necessidades de moradia daqueles com sofrimento psíquico grave e promover uma reinserção social) (PACHECO, 2009).

3. A ESQUIZOFRENIA

Quando uma pesquisa acadêmica faz saber da história dos transtornos mentais, na Antiguidade se tem a primeira menção de alguns sintomas – atualmente associados à esquizofrenia – em textos hindus e gregos; mas datam do século XIX, as descrições mais precisas que fizeram da esquizofrenia a enfermidade conhecida nos dias atuais (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Sendo a doença paradigmática da Psiquiatria, a esquizofrenia é uma síndrome clínica complexa, que abarca manifestações psicopatológicas variadas no que tange ao pensamento, à percepção, à emoção, ao movimento e ao comportamento de um indivíduo, cujos sintomas são caracterizados como positivos (alucinações, delírios, catatonía etc.) ou negativos (alogia, avolição, embotamento afetivo etc.). A manifestação destes varia conforme as características do paciente, ao passo que o efeito cumulativo da enfermidade tende a ser grave e persistente, culminando em doença psiquiátrica crônica, de prejuízo sociofuncional marcante dos acometidos (SADOCK; SADOCK, 2001; USTUN *et al.*, 1999).

Segundo Stuart e Laraia (2001), a esquizofrenia é um transtorno psicótico, sendo a psicose definida segundo a percepção da realidade de um paciente e do comportamento advindo dessa percepção.

De fato, a esquizofrenia impacta não somente as histórias de vida dos acometidos, mas suas respectivas famílias e a sociedade em geral, tendo sua maior incidência em importante parcela da população economicamente ativa, tornando-se, de algum modo, onerosa para a sociedade (LEITÃO *et al.*, 2006; WHO, 2002; KATSCHNIG, 1997). Sobre a questão, Fontana (2005) aponta que seu prejuízo se dá na irregularidade da participação dos acometidos em atividades sociais essenciais (estudo, relacionamentos pessoais e amorosos etc.). Assim, “existem pacientes que



apresentam dificuldades para a adaptação social, expressas por meio de comportamentos sociais variados" (MOLL; SAEKI, 2009, n. p.).

Na contemporaneidade, o interesse na qualidade de vida de indivíduos acometidos pela esquizofrenia teve início devido à preocupação do crescente retorno destes à comunidade, em decorrência da desinstitucionalização efetivada nos países desenvolvidos ocidentais entre as décadas de 1960 e 1970. Aspectos como, por exemplo, segurança pessoal, pobreza e isolamento social, tornaram-se preocupações pessoais daqueles egressos de hospitais psiquiátricos, bem como de seus familiares, dos profissionais de saúde e dos gestores de saúde em geral (AWAD; VORUGANTI; HESLEGRAVE, 1997).

Segundo Katschnig (2000), os pacientes esquizofrênicos, quando inseridos na comunidade e comparados com indivíduos saudáveis, possuem necessidades adicionais – relacionadas, claro, aos seus sintomas – que tornam sua permanência em tratamento especializado algo constante. E ainda, estes também sofrem algum tipo de preconceito, sendo obrigados a enfrentar o(s) estigma(s) associado(s) à esquizofrenia. Vale recordar que aqueles acometidos pela esquizofrenia são detentores de recursos pessoais limitados (habilidades sociais e cognitivas restritas) e ambientais (pobreza e ausência de empregos adequados, por exemplo), que podem contribuir para as dificuldades desses indivíduos no usufruto de uma digna qualidade de vida.

4. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

O CAPS, regulamentado pela Portaria MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), é um serviço de saúde aberto, de natureza comunitária, que se caracteriza como lugar de referência para indivíduos com sofrimento psíquico grave[2], cujo quadro clínico ou social justifique o tratamento em uma unidade de saúde mental (BRASIL, 2004b).

Os CAPSs são serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que funcionam na lógica de território, seguindo o princípio de descentralização do SUS; oferecem um cuidado



intensivo, personalizado, visando a promoção da saúde (BRASIL, 2004a), com tratamento inovador, cujos objetivos têm seu norte na reabilitação psicossocial.

No final de década de 1980 – período em que foram criados os primeiros CAPSs –, estes serviços formavam um intermédio entre a internação psiquiátrica e a inserção social. Com o passar dos anos, foram percebidos como uma possibilidade de substituição ao manicômio, em um potente novo modelo de atenção. Logo, ocuparam um lugar importante no âmbito da Reforma Psiquiátrica no Brasil, apresentando como função organizar toda a rede comunitária de cuidados em Saúde Mental (BRASIL, 2004a).

Em resumo, sendo um “um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e práticas”, que busca “acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade” (ROCHA, 2005, p. 35), os CAPSs buscam: prestar atendimento em regime de atenção diária; organizar os projetos terapêuticos via cuidado personalizado; promover a inserção social daqueles que ali frequentam, com ações intersetoriais; e, formar a rede de saúde mental no território (RABELO, 2005).

Nesse ínterim, os CAPSs desenvolvem diversas atividades, quais sejam: atendimento individual, atendimento em grupo, atividades com familiares, assembleia, entre outras. Como atendimento individual, tem-se a prescrição de medicação, a psicoterapia e outras orientações necessárias. As atividades desenvolvidas em grupo podem ser: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas profissionalizantes, oficinas de geração de renda, oficinas esportivas etc. E em relação à família, tem-se a questão das visitas domiciliares, entre outras ações que dão suporte à família do sujeito que sofre (RABELO, 2005).

As atividades comunitárias se dão em conjunto com outras instituições existentes no território, favorecendo as trocas sociais e a reinserção social do sujeito com sofrimento psíquico grave. As assembleias são reuniões que devem ocorrer semanalmente, cuja finalidade é discutir as questões do cotidiano e do funcionamento do CAPS. Destas participam toda a equipe, além dos usuários, seus familiares e convidados,



culminando em um importante espaço para que o usuário se torne ali protagonista (RABELO, 2005).

De fato, as atividades promovidas nos CAPSs, previstas pela Portaria MS n. 336/2002 (BRASIL, 2002), evidenciam a diferença destes em relação ao manicômio. A dinâmica do CAPS se dá mediante um projeto terapêutico individualizado e a reabilitação psicossocial; é uma possibilidade de o sujeito experimentar novas formas de tratamento e que lhe proporcione alguma melhora em sua qualidade de vida, na medida em que o plano terapêutico é individualizado e livre, no sentido de que pode mudar a qualquer hora – aqui, a liberdade permite que o acometido volte a acreditar em seus sonhos e projetos pessoais esquecidos.

Segundo a legislação do MS (BRASIL, 2004a), as equipes do CAPS devem ser multidisciplinares, com a obrigatoriedade da presença de psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros – equipe que deve funcionar de forma ativa, junto ao usuário, em relação à elaboração do plano terapêutico individual. As relações entre eles devem ser horizontais e dialogadas, a fim de propiciar um espaço de troca.

Os serviços de atenção à saúde mental, inclusive, os CAPSs, foram regulamentados pela Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) (BRASIL, 1992). Em 2002, tendo em vista a ampliação do conceito de CAPS, tem-se a Portaria n. 336/2002, que estabelece diferentes tipos, a saber: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPSs I, II e III são definidos por ordem crescente populacional e de complexidade, seguindo as recomendações da Portaria n. 336/2002. Os CAPSs I apresentam capacidade operacional entre 20.000 e 70.000 habitantes. Já os CAPSs II são para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h. E os CAPSs III são destinados às localidades acima de 200.000 habitantes, devendo prestar atenção 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive, feriados e finais de semana, contendo, no mínimo, cinco leitos, quando houver necessidade de o usuário dormir no serviço.



Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSis) são destinados às crianças e aos adolescentes, ao passo que os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSads) são especializados em transtornos recorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (RABELO, 2005).

Também vale destacar que a Portaria MS n. 130, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPSad III) destinado à atenção integral e contínua dos indivíduos com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive, finais de semana e feriados.

Diante do exposto, vale o pensamento de Pelbart (1991), ao orientar que não basta acabar com os manicômios e tampouco acolher os loucos, relativizando a loucura e seus determinantes psicossociais, se dentro de cada indivíduo for permitida a existência do manicômio mental.

4.1 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A reabilitação psicossocial não é um termo novo, mas vem ganhando significados diferenciados em outros contextos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode ser caracterizada como um conjunto de atividades capazes de aumentar as oportunidades de recuperação do indivíduo e diminuir os efeitos da cronificação de doenças via desenvolvimento individual, familiar e comunitário (PITTA, 2001b).

No contexto brasileiro, tal ação vem assumindo uma ideia mais ampla dentro das questões inerentes à saúde mental. Por exemplo, segundo Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial é historicamente uma necessidade ética, mostrando-se como um projeto de humanidade que busca ofertar autonomia e cidadania.

Na área da saúde, o termo “psicossocial” se deu com a criação do conceito de Medicina Integral, nas décadas de 1940 e 1950, em oposição à visão médica fragmentada vigente. Elaborou-se um conceito de homem como totalidade bio-psico-social, levando à criação das equipes multidisciplinares (COSTA-ROSA; YASUI,



LUZIO, 2003) – visão que interligou as referidas dimensões do indivíduo, sendo que, cada dimensão, sozinha, não possui autonomia para o estabelecimento de situação de saúde ou doença (REIS, 1998).

A reabilitação psicossocial do indivíduo com transtorno mental é um conceito advindo do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, que apresenta, como referência, propostas da Psiquiatria Democrática, responsável pelo aprofundamento, na década de 1970, na Itália, da crítica aos asilos. A Psiquiatria Democrática defendia a ruptura do paradigma clínico, na relação de causa e efeito e com o rótulo de periculosidade do doente mental, negando a internação e propondo nova alternativa de cuidado (KINOSHITA *apud* MARSIGLIA *et al.*, 1987).

Nesse ínterim, o conceito de desinstitucionalização engloba não somente a desconstrução do manicômio, mas também suas estratégias e saberes, mediante uma assistência com base na noção de existência-sofrimento do sujeito e sua relação com o social. A complexidade de tal conceito remete a problemas éticos e de cidadania, bem como às noções básicas do processo de reabilitação psicossocial. A ética surge como princípio norteador das ações de combate à exclusão, à violência e ao estigma do doente mental. Já a cidadania compreende o processo que envolve a luta pelos direitos sociais, políticos e civis (OLIVEIRA *apud* JORGE; SILVA, 1999).

Anteriormente, a reabilitação era percebida como o retorno a um estado anterior ou à normalidade do convívio social. Atualmente, entende-se por reabilitação psicossocial um processo que auxilia o sujeito em uma melhor reestruturação de autonomia de suas funções sociais. Nesse viés, a atual proposta da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem por objetivo a desinstitucionalização e a inclusão, integrando os indivíduos acometidos de sofrimento psíquico, entre os quais, a esquizofrenia, nos diferentes espaços sociais (PITTA, 2001a).

A reabilitação psicossocial necessita, então, contemplar os seguintes vértices da vida do sujeito: casa, trabalho e lazer. Logo, tal ação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a subjetividade, a singularidade e o respeito àqueles com sofrimento psíquico grave (ROTELLI, 1992).



4.2 AS AÇÕES E OS CUIDADOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil, o termo “atenção psicossocial” passou a ser utilizado a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), quando se definiu que a atenção integral e a cidadania eram conceitos norteadores à saúde mental. Assim, comprehende-se que a condição de saúde e doença mental de outrem resulta de um conjunto complexo e inseparável de determinações biológicas, psicológicas e sociais. Logo, as práticas nesta área são ampliadas na compreensão do processo saúde-doença, que se constituem a partir da integralidade e da cidadania (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003).

No modelo assistencial dos primórdios da Psiquiatria, o objeto de trabalho era a doença mental, em uma explicação teórica de organicismo e moralidade, com auxílio do hospício e de práticas de isolamento. A cura se dava com o retorno a um padrão ideal de normalidade (CASTEL, 1978).

A Reforma Psiquiátrica surge como um importante movimento que possibilita a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental. No modelo de atenção psicossocial, o objetivo é definido na *interface* dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais. O sofrimento mental não se configura mais como um fenômeno exclusivamente individual, mas sim, ocorre em um indivíduo em relação social. O alvo das ações é o sujeito em todas essas dimensões, com seus vínculos sociais e familiares, sendo o sujeito o objetivo do tratamento, com direito a voz e participação ativa (COSTA-ROSA, 2000).

Admitindo que o sofrimento psíquico não é algo externo ao sujeito, mas se dá a partir do modo em que ele se posiciona em relação a seus conflitos, o objetivo da atenção psicossocial é um repositionamento do sujeito, para que não sofra apenas os efeitos desses conflitos, mas passe a se reconhecer como um dos agentes implicados no seu sofrimento e como agente de mudanças. O trabalho nesse modelo não é mais reduzido à dimensão corporal e moral, mas sim, permeia um espaço de interlocução em relação ao território e ao ato terapêutico (COSTA-ROSA, 2000).



As transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, em especial, aos profissionais detentores diários da tarefa de expandir e consolidar essa mudança, sendo seus principais instrumentos: a formação continuada; e, a articulação de alianças entre os diferentes setores da sociedade, que proporcione a expansão de uma rede de atenção e cuidados com base no território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003).

Segundo Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003), o trabalho deve pautar sua ação na ruptura com o modelo tradicional, cujo princípio é a doença-cura e que comprehende de forma organicista o processo saúde-doença. Suas premissas são concretizadas em ações de cuidado centrada na sintomatologia e, consequentemente, medicamentosa. Além disso, por causa da história de reclusão, tais premissas são também hospitalocêntricas. As ações tendem a ser funcionalistas, uma vez que propõem a adaptação dos indivíduos julgados desequilibrados ou desajustados.

A proposta de ação tem por base a substituição de um novo modelo que seja capaz de situar a Saúde Mental no campo da saúde coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultado de processos sociais complexos, dentro de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com a construção de dispositivos territorializados de atenção e cuidado. Nesse novo paradigma, a produção de saúde e a produção de subjetividade estão entrelaçadas e indissociáveis (COSTA-ROSA, 2012).

Yasui (2010) apresenta o CAPS como uma estratégia de transformação da assistência, pela organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental e que não se limita em um serviço de saúde. É uma lógica que transcende as instituições enquanto estabelecimentos.



5. ESQUIZOFRENIA E PSICOLOGIA CIDADÃ

A Psicologia, enquanto profissão na saúde pública, é considerada emergente no Brasil. Tal expansão é motivada por ações sociais e políticas e com movimentos da própria categoria, com o objetivo de redefinir seu papel social (BASTOS, 1994).

Lo Bianco *et al.* (1994) apontam que a inserção do psicólogo na assistência psicosocial deve atentar-se ao planejamento e à execução de ações com base em demandas coletivas e práticas voltadas para a promoção da saúde.

Oliveira e Alessi (2005) atentam para a necessidade de se pensar em novas formas de ações que ultrapassem a instituição e resgatem a cidadania do sujeito, com a necessidade de construir novas práticas e saberes que potencializem no sujeito a capacidade de crescer e de superar as adversidades.

Segundo Dimenstein (1998), existe uma necessidade de repensar novas formas de atuação em Psicologia. Aquela autora destaca que é preciso desinstitucionalizar os saberes e as práticas profissionais vigentes e produzir saberes sobre o outro, desconstruindo formas tradicionais de atuar e a visão naturalista e privatista do homem. Logo, o profissional de Psicologia pode ser mais útil ao campo da saúde quando a cultura profissional fornecer modelos mais amplos de atuação.

Dimenstein e Macedo (2007) apontam para a necessidade de uma formação contextualizada em Psicologia do conhecimento interdisciplinar e de práticas multiprofissionais com foco nas necessidades da população. Segundo aqueles autores, tal ação implica em um esforço contínuo de ruptura com a lógica de verdades inquestionáveis ou modelos estereotipados, saindo do papel de especialistas para o compromisso político que aposte na criação, na mudança, nas possibilidades de existência e na socialização.



5.1 REDISCUTINDO A(S) AÇÃO(ÕES) CLÍNICA(S) NOS ACOMETIDOS PELA ESQUIZOFRENIA E SUAS POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO

Dutra (2004) sinaliza que quando se volta para a etimologia do termo “clínica”, que remete ao significado “à beira do leito”, percebe-se a influência do modelo médico para o campo de atuação do psicólogo, onde o foco é o tratamento da doença.

Nascimento; Manzini e Bocco (2006) observam que das ciências que emergiram ao final do século XIX, a Psicologia é detentora dos saberes clínico e experimental, sustentados por verdades universais, de posturas neutras e históricas. Nesse viés, a Psicologia passou a compreender o homem objetivamente, na natureza específica e identitária dos objetos e na separação entre indivíduo e sociedade e entre mundo interior e mundo exterior.

A Psicologia, no esforço de se tornar uma ciência objetiva, priorizou o profissional cientista. Percorreu uma trajetória onde não havia lugar para o psicólogo preocupado com questões de sua época e atento aos efeitos dessas implicações em sua prática (NASCIMENTO; MANZINI; BOCCO, 2006).

Foucault (1987) já apontava para a importância da não separação entre indivíduo e sociedade ao refletir que, quanto mais complexo o ambiente social, mais a doença se desnaturaliza, não sendo possível entender a patologia como responsabilidade do indivíduo.

Diante do exposto, é preciso contextualizar a prática do psicólogo com base em um cenário sócio-histórico-cultural e romper com as dicotomias ainda existentes entre clínica e sociedade, uma vez que considerar apenas um desses aspectos é reduzir a complexidade do homem.

Para Matta e Camargo Júnior (2007, p. 137), “não há ser humano que não seja social, não há pessoas que não se relacionam com os valores, normas e as formas de poder que ultrapassam qualquer sociedade”. Considerando que o ser humano passa cotidianamente e constantemente por mudanças políticas, demográficas,



tecnológicas, culturais etc., faz-se importante considerar os elementos psicossociais nas práticas dos psicólogos junto aos indivíduos acometidos pela esquizofrenia, em meio aos passos dialéticos, ampliados na prática.

Segundo Gonzalez Rey (1997), transferir a saúde de uma visão organicista e defini-la em um contexto social é a única via possível para pensar em políticas de promoção de saúde. Para aquele autor, tais ações devem ser pensadas não apenas a partir das instituições de saúde, pois, a promoção é função do social e, por meio dele, de instituições comprometidas com o desenvolvimento social.

Nesse ínterim, os esforços se dão no sentido de resolver, em nível psicológico ou orgânico, o que é um problema de ordem coletiva e social. Por conseguinte, o tratamento necessita ser transformado em um instrumento de desalienação política e libertação social.

De fato, ser clínico, no contexto da atenção psicossocial a pacientes esquizofrênicos, exige uma postura aberta aos acontecimentos do mundo e como eles afetam os acometidos e sua subjetividade. Não significa somente levar em conta os acontecimentos, mas sim, como eles podem ser formadores de novos acontecimentos, novas situações e outros modos de subjetivação. Assim, faz-se importante o repensar de práticas e a criação de um ambiente clínico engajado com a política e o social, comprometido com o tecido social, com o sujeito e com a produção de vida.

Para Bezerra Júnior (2001), este tipo de clínica pode ser denominada clínica ampliada, que lida não somente com a interioridade do indivíduo, mas com toda a rede que o envolve, para que o sujeito com sofrimento psíquico grave possa ordenar, de modo criativo, suas práticas sociais e psíquicas.

Costa e Brandão (2005), ao retomarem o sentido inicial do termo “clínica” junto ao leito do paciente, acreditam na possibilidade de levar tal leito (renovado) à sociedade, às famílias, aos grupos. Deseja-se, aqui, acreditar no indivíduo, no seu potencial reflexivo e na capacidade deste em gerir seus projetos de vida. Para aqueles autores, a criação



de uma rede como, por exemplo, o CAPS, implica em um resgate do sujeito como protagonista de sua vida e a conscientização do seu papel social, transformando de pessoa-objeto para pessoa-sujeito.

A clínica, em realidade, é uma possibilidade de transformação, onde se dá o verdadeiro encontro com o outro, com a possibilidade de perceber e ser percebido e de ofertar ao outro diferentes formas de existir no mundo. Aqui vale salientar que algumas ações ofertadas no campo da Reforma Psiquiátrica vão além da clínica; a transformação na vida das pessoas em sofrimento é, de fato, mais ampla para ficar restrita ao campo da clínica tradicional.

Destarte, no fazer da clínica psicológica não é necessário que alguém apresente um sofrimento concreto e que necessite de um especialista para curar e eliminar o sofrimento. Em tal ação devem existir indivíduos motivados para o estabelecimento de encontros significativos, a fim de ajudar na construção de novos projetos de vida, na busca do crescimento, nas mudanças pessoais e coletivas.

E ainda, é de extrema importância acolher o sofrimento, bem como estimular e valorizar o sujeito, fazendo com que ele passe do lugar de paciente – no sentido passivo provocado pelo termo – para o lugar de um indivíduo capaz, cheio de experiências e ensinamentos; sair do olhar da doença para o olhar de que é possível enxergar algo de positivo em outrem: o olhar da esperança. Nesse sentido, o CAPS, para os acometidos pela esquizofrenia, pode provocar mudanças com efeitos que não são mensuráveis, com o crescimento de cada usuário.

A necessidade de um fazer um clínico que abra novas possibilidades com o mundo, onde o norteador não será mais a doença, mas sim, o que o indivíduo tem de melhor para oferecer, é algo que bate à porta do tratamento junto aos acometidos pela doença em comento, por exemplo. É esse olhar que permite aos indivíduos acometidos pela esquizofrenia alguma fortaleza. Logo, o papel do CAPS é estimular o outro a descobrir seus talentos, sua beleza e suas potencialidades.



A ampliação da clínica se dá não com a mudança de espaço, mas sim, com a mudança de olhar ante ao sofrimento psíquico. O olhar deve partir do foco que não é da doença, mas sim, do lugar que permite enxergar as riquezas daquele que sofre. A clínica tradicional, como espaço de elaboração subjetiva, limita-se, em muitos casos, aos cuidados de especificidades que, por vezes, não contemplam a saúde no seu sentido mais amplo. Ainda que seja mantido um olhar social sobre o processo de construção da subjetividade, seu alcance é restrito à melhora individual (LEMOS; CAVALCANTE JÚNIOR, 2009).

Para Ferreira Neto (2008), é necessário atuar nas relações sociais do sujeito e não apenas na sua interioridade, propondo uma atuação que seja voltada para a reinserção social e ao resgate da cidadania, com ações de promoção de saúde em níveis pessoal e coletivo.

A transformação do sujeito alienado, incapaz, esquizofrênico, para o sujeito ativo e desejante, construtor de novos projetos de vida, envolto em cidadania, requer a atitude de colocar a doença “esquizofrenia” (e tantas outras) entre parênteses, promovendo não somente intervenções próximas à cura, mas de invenção e reprodução de saúde desses sujeitos (AMARANTE; TORRE, 2001).

Diante do exposto, para Rauter (1996, p. 183), não se trata de propor algo novo e que resolva todos os antigos problemas, mas sim, de problematizar e propor estratégias singulares, para problemas também singulares, perfazendo uma clínica militante, “preocupada com a criação de novas formas de viver, uma clínica liberta de categorias universais modeladoras e não submissa às tiranias da intimidade”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da história, a ciência enclausurou a loucura em seus moldes, instituindo-a no lugar de doença, do erro e do desvio. No imaginário social, ela também se instalou sob o rótulo da doença, apresentando uma concepção trágica sobre a loucura, permanecendo uma imagem ainda viva no imaginário do homem. Tal concepção trágica permanece presente no interior da cultura e no pensamento da



sociedade vigente, que insiste em se proteger, modificando e reinventando continuamente a loucura.

Nesse ínterim e respondendo à questão norteadora, o presente estudo permitiu repensar que as mudanças ocorridas nas realidades sociais, políticas, econômicas e culturais que, na atualidade, movimentam a Reforma Psiquiátrica, se deram com o objetivo de transformação com repercussão na vida do sujeito com esquizofrenia, de sua família e da sociedade como um todo. Não há outra alternativa do que continuar avançando no processo em questão. A negação do manicômio já avançou, ou pelo menos, deu o primeiro passo, no sentido do novo. Os serviços substitutivos já aparecem como uma possibilidade concreta para as novas formas de cuidado.

Romper com o saber/fazer tradicionalmente exercido pela Psiquiatria e construir um saber/fazer diferenciado com base nos direitos éticos-políticos do sujeito que sofre como cidadão são metas da Reforma Psiquiátrica.

Com o novo olhar trazido pelo paradigma da desinstitucionalização, o modo de compreender a loucura transformou-se, modificando a percepção do sujeito no campo da saúde mental. De fato, todo sujeito que sofre pode ser visto como potencialmente capaz de encontrar, afetar, modificar e elaborar o mundo e os outros com que ele convive.

Cotidianamente, percebe-se a luta incansável de alguns profissionais de saúde mental, usuários e suas famílias no processo da Reforma Psiquiátrica, no sentido de efetivar as mudanças propostas para o cuidado. Todavia, se tem um longo caminho a percorrer para que o movimento antimanicomial seja, em verdade, concretizado.

Para tanto, faz-se necessário, por exemplo, a desconstrução da ideia do manicômio escravizador que permeia a sociedade atual: o manicômio mental – aquele silencioso, mas que destrói toda possibilidade de mudança proposta. Não adianta querer propor novas estratégias de cuidado junto ao indivíduo esquizofrênico ou acometido por outras enfermidades se na mente e nas atitudes pessoais ainda vigoram ideias que



remetem ao estigma e ao preconceito relacionados à loucura reduzida à ideia de doença mental.

O processo de escrever, poder pensar e articular e, ao mesmo tempo, vivenciar as práticas no CAPS permitem, sem dúvida, uma compreensão singular sobre o processo da loucura e do adoecimento dos pacientes em questão.

Maior e melhor atenção deve ser dada aos sintomas ansiosos e depressivos em pacientes esquizofrênicos, cujos impactos podem ser iguais ou maiores que os sintomas negativos e positivos em referência à qualidade de vida desses indivíduos – aspectos passíveis de modificação quando de abordagens terapêuticas próprias, validadas, com a expressão de ganhos em no que tange à qualidade de vida dos acometidos.

Por fim, o tratamento clínico daqueles acometidos pela esquizofrenia envolve escuta e engajamento na busca do crescimento humano, da cidadania e da autonomia destes. E para que tal prática seja inovadora e libertadora, faz-se importante pensar e problematizar o lugar social de então, a realidade existente, pois não se pode perpetuar com a inércia dos modelos teóricos propostos, mas sim, confrontar o saber psicológico com os novos problemas advindos no âmbito da cultura. Nesse sentido, é preciso partir da perspectiva histórica daqueles a quem se propõem cuidados.

Acolher o indivíduo acometido pela esquizofrenia, tratá-lo adequadamente e fazê-lo sentir-se acolhido socialmente, é definir um objetivo de atuação, independente do espaço a ser exercido. Como evolução para a temática aqui apresentada, faz-se importante sempre questionar o papel do psicólogo, do psiquiatra, da clínica e da sociedade sobre seus tratos com os acometidos, em prol das consequências históricas concretas que serão produzidas por todos os envolvidos nos cuidados ao indivíduo esquizofrênico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e a Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.



_____; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em: https://app.uff.br/slub/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf. Acesso em: 16 nov. 2021.

AWAD, A. George; VORUGANTI, Lakshmi N. P.; HESLEGRAVE, Ronald James. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. **Pharmacoconomics**, v. 11, n. 1, p. 32-47, 1997.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994.

BASAGLIA, Franco (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP (Org.). **Psicólogo brasileiro**: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia, 1994, p. 249-266.

BERRIOS, German Elías. Classificações em Psiquiatria: uma história conceitual. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton Carlos. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, Benilton Carlos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 71-90.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 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, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 16 nov. 2021.



_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 16 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. 5. ed. ampliada. Brasília: MS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992.** Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Brasília, 1992. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>. Acesso em: 16 nov. 2021.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, Liana Fortunato; BRANDÃO, Shylene Nunes. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 33-41, maio/ago. 2005.

COSTA-ROSA, Abílio. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 29, n. 1, p. 115-126, jan./mar. 2012.

_____. O modo psicossocial: um paradigma das práticas subjetivas do modo asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Ensaios:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 141-168. (Coleção Loucura & Civilização)

_____; YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia. A atenção psicossocial rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da ordem:** a doença mental na república. São Paulo: Brasiliense, 1990. (Coleção Tudo é História, 128)

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela:** Psiquiatria, Justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.



DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência.** São Paulo: Atlas, 2013.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissional. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

_____; MACEDO, João Paulo. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: SPINK, Mary-Jane (Org.). **A clínica em diálogo com o SUS**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 207-232.

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da Psicologia Clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 381-387, 2004.

FERREIRA NETO, João Leite. Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 62-69, 2008.

FONTANA, Antônio Matos. **Manual de clínica em Psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 11. ed. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **O nascimento da clínica**. Trad. de Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

GONZÁLEZ REY, Fernando. Psicologia e saúde: desafios atuais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 10, n. 2, p. 275-288, 1997. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/188/18810207.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.

JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

KATSCHNIG, Heinz. How useful is the concept of quality of life in Psychiatry? **Curr. Opin. Psychiatry**, v. 10, n. 5, p. 337-345, set. 1997.

_____. Schizophrenia and quality of life. **Acta Psychiatr. Scand. Suppl.**, v. 407, p. 33-37, fev. 2000.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma experiência pioneira: a Reforma Psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; DALLARI, Dalmo de Abreu; COSTA, J. F.; MOURA NETO, Francisco Duarte; KINOSHITA, Roberto Tykanori; LANCETTI, Antônio. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987, p. 77-78.



KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Análise histórica das práticas de Enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 5, n. esp., maio 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rvae/a/3sZNy6QvnTxsGWvMM8GXVjn/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2021.

LEITÃO, Raquel Jales; FERRAZ, Marcos Bosi; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair J. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 304-309, 2006.

LEMOS, Patrícia Mendes; CAVALCANTE JÚNIOR, Francisco Silva. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 233-242, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGcxgmLrMGxfd3thRXC3tZz/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2021.

LO BIANCO, Ana Carolina; BASTOS, Antônio Virgílio; NUNES, Maria Lúcia Tiellet; SILVA, R. C. Concepções e atividades emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP (Org.). **Psicólogo brasileiro**: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia, 1994, p. 7-79.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Mari Cristina Campello. Loucura e subjetividade. In: _____; _____; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). **Texturas da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 50-61.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma**: a Medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTÍN-BARÓ, Ignácio. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/T997nnKHfd3FwVQnWYYGdqj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. O processo saúde e doença como foco da Psicologia: as tradições teóricas. In: SPINK, Mary-Jane (Org.). **A clínica em diálogo com o SUS**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 129-139.



MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOLL, Marciana Fernandes; SAEKI, Toyoko. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, nov./dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RzrdrsNCng5vTHCtPBMQRN/?format=pdf&lang=pt#:~:text=USU%C3%81RIAS%20DE%20UM%20CENTRO%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PSICOSSOCIAL,-Marciana%20Fernandes%20Moll1&text=Detectou%2Dse%20que%20a%20terap%C3%AAAutica,e%20no%20ambiente%20de%20tratamento>. Acesso em: 16 nov. 2021.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de Direito:** as pessoas com transtorno mental na visão da Bioética e do Biodireito. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

NASCIMENTO, Maria Lívida do; MANZINI, Juliane Macedo; BOCCO, Fernanda. Reinventando as práticas Psi. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 15-20, jan./abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/kVZvS6SmJDZc59Fm5JH98TS/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2021.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t3tdQn5xYx7S44QsbSMmwcp/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2021.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. B. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, W. V. (Orgs.). **Saúde mental:** da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. Fortaleza: INESP/EDUECE, 1999, p. 57.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível:** representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá, 2009.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio. **SaúdeLoucura 2.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1991, p. 129-138.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas.** 2. ed. Rio de Janeiro: 34, 1994.

_____. **O século dos manicômios.** Rio de Janeiro: 34, 1996.

PITTA, Ana. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001a.



_____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001b.

PORTOCARRERO, Vera Maria. **Dispositivo da saúde mental:** uma metamorfose na Psiquiatria brasileira. 1990. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro, 1990.

RABELO, Antônio Reinaldo (Org.). **Um manual para o CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial. 2. ed. rev. e ampl. Salvador: EdUFBA, 2005.

RAUTER, Cristina Mair Barros. Teorias e práticas psicológicas em instituições públicas: uma abordagem transdisciplinar da clínica. **Cadernos de Subjetividade (PUCSP)**, n. 4, p. 176-186, 1996.

REIS, Joaquim da Cruz. **O sorriso de Hipócrates:** a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Veja, 1998.

RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, desvio e danação:** as minorias na Idade Média. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental.** 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2005.

ROTELLI, F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton Carlos.; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 41-67.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. **Comprehensive textbook of Psychiatry.** 7. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2001.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA, Mozart Linhares da. **História, Medicina e sociedade no Brasil.** Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC, 2003.

SILVA, M. V. **Loucura, instituição e sociedade:** do pré-psiquiátrico ao pós-psicanalítico: cursos e percursos da trajetória da cultura psicológica na Bahia. Salvador: ISC/UFBA, 1995.

SOUZA, Leonardo Araújo de; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/NnqthbpPYkb9QjdVm8sT4GH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.



STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica:** princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Nascimento da Psiquiatria no Brasil. **Cadernos do IPUB**, v. 8, p. 42-78, 1997.

USTUN, T. Bedirhan.; REHM, Jurgem; CHATTERJI, S.; SAXENA, S.; TROTTER, R.; ROOM, R.; BICKENBACH, J. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. **Lancet**, v. 354, n. 9173, p. 111-115, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Relatório mundial da saúde:** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: WHO, 2002.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

APÊNDICE - REFERÊNCIA NOTA DE RODAPÉ

2. Costa-Rosa, Yasui e Luzio (*apud* AMARANTE, 2003, p. 30-31) apresentam uma saída para que não se perpetue a perversão de uma *logologia* quando da referência ao sofrimento do sujeito dito esquizofrênico, autista e/ou psicótico. A expressão "sofrimento psíquico grave" foi cunhada pelos referidos autores em detrimento de palavras vazias, tais como: psicose, esquizofrenia e autismo. Eles consideram que os termos em questão já esgotaram suas potencialidades explicativas e podem gerar imprecisões e confusões. A tese de Costa-Rosa, Yasui e Luzio é a de que o sofrimento daquele considerado louco se refere, em verdade, ao sofrimento "do qual se é impossível falar, definir, delimitar com conceitos simples", e que o sofrimento psíquico grave se refere ao que "não é da 'ordem do comum', do 'simples', do 'normal', beirando a ordem do 'inadministrável'.

Enviado: Junho, 2022.

Aprovado: Julho, 2022.

¹ Especialista em Psicologia Hospitalar da Saúde pela Faculdade Única. Especialista em Transtorno do Espectro Autista com Inclusão Escolar e Social pela UNINTER Educacional S.A. (UNINTER). Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela UNINTER. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela UNINTER. Especialista em Terapia Cognitiva e Comportamental pela UNINTER. Bacharel e Licenciada em Psicologia pelo Centro Universitário de



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO

CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

Brasília (UniCEUB). Licenciada Plena em Ciências Físicas e Biológicas, com Habilitação em Matemática, pelo UniCEUB. Licenciada de 1º grau em Ciências, Físicas, Química e Biologia pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). ORCID: 0000-0002-4572-7161.