

• *Reestruturação da
Atenção Psiquiátrica.
Conheça um documento
inédito.* *Página 3*

ESPECIAL SAÚDE



• *David Capistrano
retrata a situação dos
serviços públicos no
Estado de São Paulo.*

Em entrevista nas páginas 4 e 5

• *O conceito e a
prática dos
psicólogos. Veja a
reflexão feita por
quatro profissionais.*

Páginas 6 e 7

• *A cabeça dos
trabalhadores em
saúde mental é tema
do artigo de Isabel
Marazina.*

Página 8

O Resgate à Fala e o Exercício da Cidadania

Os meios de comunicação têm apresentado com assiduidade situações que denotam notório agravo social: a polarização cada vez maior entre ricos e pobres, a ascensão do racismo e da xenofobia, a presença cotidiana da violência e a crise ecológica. Isto leva organismos internacionais e instituições nacionais a se voltarem para análise dos diferentes modos de vida, carências e possíveis intervenções. Embora importantes, estes estudos nos parecem insuficientes frente à demanda existente. Entendemos que se fazem necessárias ações coletivas no enfrentamento dessas questões de abrangência social.

Em nosso setor, nos deparamos com a possibilidade de ver o mínimo de organização existente — órgãos representativos da categoria — tornados desnecessários. Tais atitudes pressupõem a realização por parte da população de ações afetas a estes órgãos, referentes à qualidade dos serviços prestados à comunidade.

De outro lado, observamos na área da Saúde o poder de decisão (sobre o montante de recursos destinados aos municípios) nas mãos do Governo Federal e Estadual. Outro veto inaceitável na Lei Orgânica é o que diz respeito à participação da comunidade. O artigo 11 — que instituiu a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas e representativas de

amplios setores da sociedade para propor diretrizes, formular estratégias e exercer controle sobre a execução da política de saúde — foi vetado na íntegra.

Diante de tal quadro, percebemos que o direito à vigilância repassado à população num primeiro momento, é retirado quando esta busca tornar legítimo seu direito através de mecanismos legais protegidos pela autoridade do poder público. Estes mecanismos, entretanto, não incluem apenas questões objetivas, consensuais, sancionadas pelas autoridades.

Além disso, mesmo quando os direitos são garantidos pela legislação, existem outros fatores do campo da ética que indicam preferências de alguns e exclusões de outros, tais como valores, comportamentos, modos de vida — referentes à intersubjetividade.

É neste campo que entendemos a nossa atuação profissional: na relação sujeito-objeto dentro de um contexto histórico-social, em situações concretas de troca, onde o resgate à um espaço de reflexão através da pesquisa, da criação de instrumentos para ação e aprofundamento da análise técnico-científica.

Este número do Jornal foi elaborado visando o mapeamento da situação de saúde no País e apresentação de propostas de trabalho para a abertura de reflexão de questões polêmicas.

Curtas

Psicologia Hospitalar

Já está circulando a Revista de Psicologia Hospitalar, elaborada pela Coordenadoria das Atividades dos Psicólogos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este veículo de comunicação é destinado aos profissionais da área de saúde e tem a finalidade de promover o intercâmbio e a integração dos psicólogos. A revista tem âmbito nacional e internacional e o interessado em adquirir uma assinatura anual deverá depositar a quantia de 22 BTN's na conta da "Revista de Psicologia Hospitalar — CAPSI/HC-FMUSP — conta nº 201.01.003504.8 — Banco do Estado de São Paulo S/A, agência Consolação-URB(SP) — PAB — Cj. Clínicas.

Encontro em Assis

No período de 26 a 28 de outubro foi realizado, na Casa do Médico de Assis, o Encontro de Educação e Saúde Mental Pública, promovido pe-

lo CRP-06 e Secretarias da Educação e Saúde de Assis. O evento, que contou com a participação de mais de 100 profissionais, possui oito horas de gravação em vídeo e 16 horas em fitas cassetes. Na ocasião, as equipes das Secretarias de Educação e Saúde de Santo André, Assis e Marília apresentaram os trabalhos que estão sendo desenvolvidos nestes municípios. Após o Encontro, os organizadores do evento estiveram reunidos com o prefeito de Assis, Romeu José Bolsarini (PMDB), que se comprometeu a reestudar, e reavaliar a educação e a saúde mental do município. O CRP-06 pretende editar e documentar este material, para que posteriormente possa ser utilizado pela categoria.

Isenção das Anuidades

A partir de 1991, os psicólogos que têm ou vierem a completar 65 anos de idade estão isentos do pagamento das anuidades desta entidade, mas continuam inscritos, recebendo o jornal do CRP-06 e outros materiais de

interesse, além de manter todos os seus direitos junto ao órgão.

Esta isenção é válida a partir do exercício em que o profissional completar a idade acima mencionada, não prevalecendo efeito retroativo, ou seja, não serão devolvidos os valores já pagos. Os psicólogos que se encontrarem em débito com anuidades anteriores a 1991 deverão quitá-las, mesmo que tenham completado 65 anos antes deste ano.

Se os profissionais inclusos nesta isenção receberam a guia para pagamento da anuidade de 1991, devem simplesmente devolvê-la, informando a data de seu nascimento, para que possamos registrá-la em nosso cadastro.

Situação Regular

O Tribunal de Contas da União-TCU, em sessão plenária no dia 21 de novembro, apreciou e julgou regular a prestação de contas referente ao exercício financeiro de 1989, do Conselho Regional de Psicologia — 6ª Região.

Conselho Regional de Psicologia-6ª Região

Nº 69 — Ano 11
Dezembro — Janeiro — Fevereiro/91

Conselheiros: Adermir Ramos da Silva Filho, Aicil Franco, Ana Lúcia Jackson, Ana Maria Blanques, Arialdo Germano Junior, Antonio César Frasseto, Beatriz de Paula Souza, Benedita Antonia Watanabe, Brônia Liebesny, Carolina do Rocio Klomfahs, Denise Bandeira de Melo, Fausto Afonso Duarte, Frida Zolty Graça Maria Totaro, Irma Macário, João Carlos Bertoni, José Alfredo Leal, José Zula de Oliveira, Kathia Nemeth Perez, Luiz Celso Manço, Maralúcia Ambrósio Abramovay (licenciada), Marlene Bueno Zola, Maurício Lourenção Garcia, Mauro Hollo, Regina Heloisa Maciel, Sara Raquel da Silva, Solange Bertolotto Schneider, Valter Apolinário Filho, Vera Regina Rodrigues.

Sede — São Paulo: Rua Borges Lagoa, 74 — CEP 04048 — Fone (011) 549-9799.

Delegacia: ABC (Maria Regina Tonim): Rua Luiz Pinto Fláquer, 519 6º andar, sala 61, fones (011) 444.4000. **Assis** (Edgar Rodrigues): Rua Angelo Bertoncini, 345, fone (0183) 22.6224. **Bauru** (Carmem Maria Bueno Neme): Rua Batista de Carvalho, 433, 2º andar, sala 205/206, fone (0142) 22.3384. **Campinas** (Hipólito Carretone Filho): Rua Barão de Jaguará, 1481, 17º andar, sala 172, fone (0192) 32.5397. **Cam- (Maria Aparecida Fernandes):** Av. Tenente-Coronel Duarte, 549, 3º andar, sala 302, fone (065) 322.6902. **Lorena** (Rosângela Dueri Matos): Rua N. S. da Piedade, 185, sala 9, fone (0195) 52.4658. **Ribeirão Preto** (Wanderley Codo): Rua Cerqueira César, 481, 3º andar, sala 301, fone (016) 636.9021. **Santos** (Antonio Carlos Simonian dos Santos): Rua Paraíba, 84, fone (0132) 39.1987. **São José do Rio Preto** (Fátima Cristina Garcia): Rua 15 de novembro, 3171, 9º andar, sala 91, fone (0172) 21.2883.

Jornal do CRP-06

O **Jornal do CRP-06** é o órgão de orientação do exercício profissional, publicado pelo Conselho Regional de Psicologia-6ª Região.

Comissão de Divulgação: Maurício Lourenção Garcia, João Carlos Bertoni, Antonio César Frasseto, José Zula de Oliveira.

Edição: Sueli Zola (MTb 14.824)
Reportagem: Rita de Sousa (MTb 18.924)

Diagramação: Messias Bastos da Silva

Composição e Fitolito: PAZ - 221-7590 e 222-0969

Impressão: JORUÉS

Tiragem: 29 mil exemplares
As colaborações enviadas ao **Jornal do CRP-06** poderão ser publicadas integral ou parcialmente. Em ambos os casos, a fonte de informação será referida conforme os originais enviados, os quais poderão sofrer ou não alterações consideradas necessárias, de acordo com critérios editoriais.

O leitor escreve

O CRP-06 recebeu carta da Sociedade de Psicodrama de São Paulo, assinada por Vânia Crelier, presidente da entidade, comentando a reportagem sobre o ciclo de palestras, publicada na edição nº 68 deste Jornal. Abaixo segue a síntese desse texto, bem como a resposta dada ao mesmo.

"Nos deparamos na reportagem sobre o Ciclo de Palestras Psyché, com um posicionamento parcial a respeito da participação da nossa entidade. Causou-nos profunda estranheza que a avaliação de nossa participação tenha sido baseada em dois depoimentos.

Creemos que uma publicação tão conceituada deveria basear-se numa amostra significativa para formular uma apreciação mais fidedigna, e evitar, na medida que é um jornal lido por toda a categoria, estar avalizando pronunciamentos parciais.

O Conselho responde

A reportagem sobre o Ciclo de Palestras "Psyché" pautou-se em entrevistas feitas com alguns participantes do evento. As avaliações que foram publicadas reproduzem as opiniões dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a posição deste Conselho.

Sendo assim, a apreciação contida na matéria é *fidedigna* na medida em que traduz (*sem censurar*) os depoimentos dos entrevistados. Quanto ao número de entrevistas feitas, cabe lembrar que uma reportagem não segue os preceitos das pesquisas de opinião e, portanto, dispensa o uso de "amostra significativa".

Carta de Repúdio

Diante das demissões de professores e supervisores das faculdades de psicologia das universidades Paulista e Paulistana, no final do ano passado, o CRP-06 enviou à direção dessas instituições uma carta repudiando a forma como essas decisões foram conduzidas, com cópia para o Delegado do MEC em São Paulo, Cássio de Mesquita Barros Jr. Nesta carta, o CRP mostra-se preocupado com a qualidade de ensino, já que esta tem ligação direta com a qualidade do exercício profissional, principalmente porque as demissões ocorreram antes do término do ano letivo, o que, sem dúvida, acarreta prejuízo para o processo de aprendizagem dos alunos. Além disso, no caso específico dos supervisores de estágio, que pressupõe o exercício da psicologia, não só os alunos saíram prejudicados, mas também a população atendida nas respectivas clínicas-escola e outras instituições beneficiadas por esse serviço.

DEJOURS

Na próxima edição do Jornal CRP-06, publicaremos entrevista exclusiva com Christophe Dejourns. Nessa matéria, o psicanalista francês revê o seu conceito de saúde e aborda aspectos inéditos dessa discussão. Aguardem!



Atividade Terapêutica dos pacientes da Casa de Saúde Anchieta

Declaração de Caracas

A política de atendimento ao doente mental desenvolvida pela Casa de Saúde Anchieta, de Santos, foi recomendada como exemplo a ser seguido, durante a realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dos Sistemas Locais de Saúde, ocorrida de 11 a 14 de novembro, em Caracas, Venezuela. O evento, que contou com a participação de profissionais, legisladores e juristas, foi promovido pela OMS-Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS, com o objetivo de discutir novas diretrizes para o atendimento de saúde mental.

Para a difusão das conclusões levantadas na Conferência, foi elaborado um documento intitulado "Declaração de Caracas", que no Brasil será entregue ao Ministro da Saúde, Alceni Guerra, pelo deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), autor do Projeto de Lei que garante os direitos civis e propõe mudanças nos tratamentos dos doentes mentais do País, o qual foi aprovado pela Câmara dos Deputados Federais em 14 de dezembro último. Leia abaixo a íntegra da "Declaração".

"As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas locais de Saúde.

Notando que:

- 1 — A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
- 2 — O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:
 - a) Provocar o isolamento do paciente do seu meio, gerando, des-

- sa maneira, maior incapacidade para o convívio social;
- b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
- c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
- d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores;

Considerando que:

- 1 — A atenção primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Pan-Americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para todos no ano 2.000;
- 2 — Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas;
- 3 — Os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde.

Declaram

- 1 — Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
- 2 — Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

- 3 — Que os recursos, cuidado e tratamento devem:

- a) Salvar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
- c) Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;

- 4 — Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que:
 - a) Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais;
 - b) Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;

- 5 — Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;
- 6 — Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometem pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para o qual CONCLAMAM:

Os ministérios da Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, as associações de usuários, universitários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a Reestruturação, assegurando, assim, o êxito na sua implementação em benefício das populações da região".

Saltar do papel para

Jose D. Herrera — Ass. P.M.S.

Em que condições estão os serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo?

David Capistrano — Para analisar a situação da saúde no Estado é preciso, de início, fazer uma separação entre a assistência prestada nos ambulatórios e aquela oferecida nos hospitais. As circunstâncias em cada um desses segmentos diferem substancialmente.

A assistência hospitalar encontra-se, hoje, mergulhada numa grave crise. Um grande número de hospitais privados e filantrópicos se desvincularam do SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Isto ocorreu porque o Governo Federal, desde 1989, não reajustou o valor das diárias de internação e nem o pagamento dos demais tratamentos hospitalares. Só no ano de 1990, já na presidência Collor, de março a novembro houve uma inflação acumulada em torno de 130%, mas os reajustes concedidos pelo Governo foram apenas 3 parcelas de 10% cada. A defasagem é absurda e as quantias repassadas pelo SUDS não são suficientes para os hospitais cobrirem seus custos com o atendimento aos pacientes.

É verdade (e importante dizer) que os convênios com a Previdência Social renderam altos lucros aos estabelecimentos particulares durante um longo período de anos. Acontece que eles esqueceram a fase lucrativa e, agora, como há prejuízos, rompem os contratos com o Sistema.

A decorrência desastrosa desses descredenciamentos é a absoluta falta de leitos. Os governos federal, estadual e até administrações municipais, durante vários mandatos, praticaram uma política deliberada de não expandir os seus próprios recursos de saúde, optando pela compra dos serviços do setor privado. Então, existem bem poucos hospitais públicos e o número de leitos vagos neles é bastante reduzido.

Como ficam os usuários que necessitam de atendimento hospitalar mas não têm condições financeiras de pagar pelo serviço?

David Capistrano — O paciente sem outra cobertura financeira enfrenta um quadro seríssimo. Está sendo praticamente impossível internar-se para tratamentos do tipo eletivos (quando não há risco eminente de morte). Doenças que poderiam ser resolvidas mediante uma cirurgia ou internação estendem-se, por causa da falta de leitos. Em alguns municípios os prefeitos decretam oficialmente situação de calamidade pública, como nos casos de São Bernardo do Campo, Santos, Diadema, São José dos Campos e Capital de São Paulo.

E como estão os serviços na rede ambulatorial?

David Capistrano — Nos últimos 5 anos, houve uma melhoria no atendimento prestado pelos Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica, Ambulatórios Especializados etc., tanto na capital quanto no interior. Os avanços começaram primeiro com a aplicação da política das Ações Integradas de Saúde-AIS, que permitiu a transferência de alguns recursos financeiros para o estado e municípios — isto ainda no período dos governos Montoro e Figueiredo. Depois, a transformação das



David Capistrano (ao microfone) inaugura Unidade de Saúde.

AIS em SUDS propiciou um crescimento enorme no número de unidades de atendimento, de equipamentos, de profissionais atuantes; aumentando, assim, o número de consultas médicas, odontológicas e de campanhas de vacinação.

"A crise no segmento hospitalar compromete a resolubilidade do sistema como um todo".

Em que medida a implantação do SUDS implicou no crescimento da rede ambulatorial?

David Capistrano — A expansão decorreu da descentralização. Ou seja, as unidades e equipamentos que eram do âmbito federal passaram uma parte para o estado e outra para os municípios. Já os recursos pertencentes ao estado migraram para as prefeituras. Além disso, aconteceram mudanças legais. Na vigência da legislação anterior — a Lei 6229 que regulamentava o Sistema Nacional de Saúde — os municípios tinham como atribuição apenas os serviços de pronto-socorro. A partir do SUDS e também com a promulgação da Constituição, as administrações municipais ampliaram o leque de sua competência e passaram a investir mais no setor; algumas cidades chegam a gastar 10% e outras até 18% do seus orçamentos. Ao meu ver, esse crescimento não foi só quantitativo, mas qualitativo inclusive.

O fato de assistência hospitalar estar em colapso não influe sobre a rede ambulatorial?

David Capistrano — O "gargalo" que fica na área hospitalar afeta a resolubi-

lidade do sistema de saúde como um todo. Os serviços precisam ser integrados, têm que compreender a atenção primária (ambulatórios), a atenção secundária (ambulatórios de especialidades) e a atenção terciária (hospitais).

Por outro lado, há estudos apontando o seguinte: cerca de 80% dos motivos que levam as pessoas procurar os serviços de saúde podem, em tese, ser resolvidos no âmbito da atenção primária. Dos 20% restantes, 10 a 15% dos casos devem ser remetidos aos ambulatórios de especialidades (que dispõem de médicos especialistas e alguns equipamentos mais sofisticados) e 5 a 10% necessitam dos hospitais. A crise se situa nessa parcela menor da população usuária que requer assistência hospitalar.

A rede ambulatorial resolve realmente os 80% dos casos que, em tese, lhe cabem?

David Capistrano — Bem, há problemas também no nível dos ambulatórios. Problemas basicamente de três naturezas. O primeiro decorre, mais uma vez, da política de financiamento da saúde executada pelo governo federal. Para se ter idéia das dificuldades financeiras, basta verificar os dados do último trimestre de 1990 relativos ao repasse de verbas: o governo repassou 600 milhões de cruzeiros afim de serem redistribuídos entre cerca de 570 administrações municipais do Estado (exceto capital que não está municipalizada). A Secretara de Saúde de São Paulo, entretanto, mantém convênios firmados com os municípios que totalizam a quantia de 2 bilhões e 400 milhões de cruzeiros. Quer dizer, resta um déficit de 1 bilhão e 800 milhões de cruzeiros que vem sendo coberto pelo tesouro estadual. Mesmo assim, os recursos são insuficientes, as prefeituras ficam obrigadas a gastar acima de suas possibilidades orçamentárias.

David Capistrano Filho é médico e Saúde Pública de Saúde em Ba a 1986 e ocup funções de se Higiene e Saú presidente da A Secretários e L Saúde de Sa vice-presidente Nacional de Municipais e CONAS Nesta entrevista retrato detalhad Estado de São P que a principal agora, está dirig de tornar os constitucionais u

A queda nos valores de financiamento a nível federal foi brutal nos últimos anos. Esses 600 milhões que o governo Collor repassou representa a décima parte da quantia transferida para a mesma finalidade, no segundo trimestre de 1988.

A segunda ordem de dificuldades diz respeito à deficiência na formação dos profissionais que atuam na rede. Quando afirmamos que 80% dos casos de atendimentos seriam solucionados nos ambulatórios, pressupomos que os profissionais tenham motivação e conhecimento para isso. Infelizmente, na prática, o pressuposto nem sempre se confirma.

Quais profissões apresentam mais deficiências na qualificação?

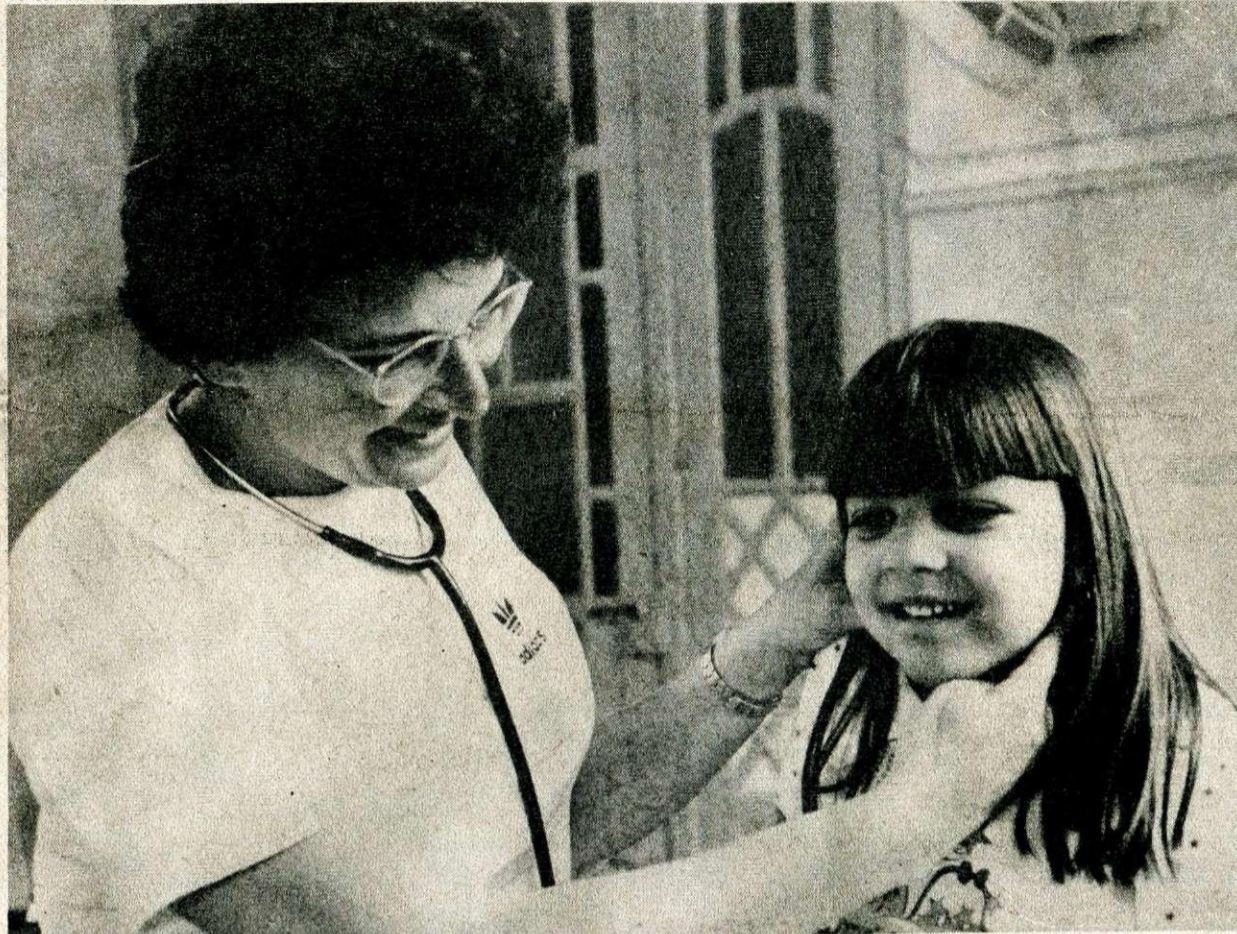
David Capistrano — A baixa qualidade na formação é generalizada. No entanto, os problemas tornam-se mais visíveis em algumas profissões de destaque, dentre as quais estão os médicos. Como o ambulatório é a porta de entrada do sistema (que permite encaminhamentos para outros níveis) acontece de se ver, às vezes, esses profissionais não examinarem adequadamente o paciente e remeterem-no a um especialista, quando poderia resolver a enfermidade no nível da clínica geral. Há outras falhas, como as doenças que exigem cirurgia urgente e não são diagnosticadas de imediato.

Ao lado da desqualificação profissional há, ainda, o aspecto da desmotivação provocada pelos baixos salários, falta de isonomia salarial entre diferentes insituições e poucas oportunidades de reciclagem. Essas questões atingem não só a rede ambulatorial, mas a hospitalar também.

Por fim, temos o terceiro tipo de entrave que se refere às dificuldades encontradas no sentido de engajar os profissionais à nova filosofia do Sistema Único de Saúde

a vida. Eis o desafio

Cortesia da Prefeitura de Santos



O atendimento nos Postos de Assistência Médica.

no da Costa
especialista em
foi secretário
Buru, de 1984
a, hoje, as
secretário de
de Santos,
Associação dos
Dirigentes de
Paulo e
do Conselho
Secretários
de Saúde -
SEMS.

ele traça um
da saúde no
gulo e mostra
luta do setor.
ida no sentido
princípios
ma realidade.

— SUS, previsto na Constituição. Os profissionais e também os usuários não estão envolvidos numa discussão sobre as profundas mudanças que a criação do SUS implicará.

As concepções predominantes são aquelas baseadas ainda na hierarquia, divisão rígida de funções, separação entre planejamento e execução, entre prevenção e cura. A visão é toda compartimentada porque não se constituiu no País uma cultura sanitária.

É evidente que tais considerações dizem respeito ao panorama geral. Mas há "ilhas", onde se percebe um avanço a nível do engajamento e adoção de modelos assistenciais mais modernos e ousados. Correndo o risco de cometer injustiças, acredito que os municípios de Campinas, São José dos Campos, Bauru e Santos já avançaram significativamente.

"A resistência à idéia de descentralizar o poder torna o processo da municipalização mais lento".

Bauru e Santos são também "ilhas" de avanço no que se refere às experiências com saúde mental. Como você encara essa área?

David Capistrano — Na minha opinião, a saúde mental deve ser tratada como questão de saúde pública. Ou seja, ela não pode ser vista isoladamente porque é parte integrante de um programa mais amplo de saúde.

Como está o processo de municipalização no Estado de São Paulo?

David Capistrano — A municipalização só não ocorreu na Capital e em 3 ou 4 municípios. O processo, contudo, está parcialmente avançado. Os serviços que realmente foram transferidos às prefeituras são o ambulatoriais. O controle sobre os hospitais, sejam públicos ou contratados pelo INAMPS, até agora não foi repassado.

Por que a lentidão no processo?

David Capistrano — Acho que essencialmente por razões políticas. A municipalização implica na possibilidade das prefeituras gerenciarem e controlarem recursos inclusive financeiros. Isto significa poder. E, apesar da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo usar argumentos administrativos a fim de justificar a demora nas transferências, na verdade, o que emperra é a resistência à proposta de descentralizar o poder.

Quais são as vantagens de se municipalizarem os serviços de saúde?

David Capistrano — Num primeiro aspecto, a municipalização assume a forma (ao meu ver, essencial) de democratizar o Estado brasileiro, porque descentraliza as decisões, permite o controle social e a participação popular em relação ao gerenciamento dos recursos. Outro fator importante é a melhoria na qualidade dos serviços prestados. O motivo da melhora é simples — um secretário municipal reúne maiores condições de conhecer os problemas de saúde da sua cidade e, portanto, de identificar as soluções. Já um secretário estadual administra inúmeros municípios e, claro, não consegue ter a mesma proximidade.

Existe algum mecanismo de participa-

ção popular funcionando em relação ao controle dos recursos de saúde?

David Capistrano — A Constituição federal, a Constituição do Estado de São Paulo, a proposta de Lei Orgânica da Saúde e as Leis Orgânicas de vários municípios estabelecem mecanismos, tais como Conselhos (Estaduais e Municipais) de Saúde, com participação paritária (incluindo usuários); realização de conferências (Estaduais e Municipais) de Saúde. Então, do ponto de vista legal, os canais participativos existem. No entanto, eles serão mais ou menos ativos dependendo de dois fatores: o caráter democrático de cada administração; e o grau de organização e garra das entidades dos profissionais do setor, dos trabalhadores em geral, dos cidadãos agrupados por bairro e das associações dos usuários.

A administração durante a gestão do Secretário Pinotti, por exemplo, não estimulou em nada a participação popular. Não se constituiu um Conselho Estadual de Saúde e até mesmo a Comissão Interinstitucional da Saúde (organismo que discute aplicação dos recursos do SUDS) realizou reuniões esporádicas. No Rio Grande do Sul, a experiência difere. Lá existe uma vasta mobilização e o Conselho Municipal de Porto Alegre é numeroso, forte e ativo.

Qual é o papel das entidades — Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde de São Paulo e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde?

David Capistrano — As entidades foram organizadas a partir de um movimento (dos dirigentes municipais de saúde) que tem uma história de 6 anos. Seus objetivos gerais são: lutar pelo fortalecimento dos serviços públicos, pela reestruturação do sistema de saúde, pelas mudanças no

financiamento e pela democratização do setor.

O CONASEMS resulta da articulação nacional e a Associação congrega os secretários a nível do estado de São Paulo. Um aspecto bem interessante é que essas entidades são formadas por dirigentes ligados a prefeitos de todos os partidos políticos e, não obstante, elas conseguem manter uma posição consensual e hegemônica em relação às diretrizes de saúde. Se alguém assistir a mim e a Arita Bergman (presidente da Associação Gaúcha dos Dirigentes Municipais) falando num debate sobre saúde, não será possível identificar pelas nossas falas que eu sou secretário do PT e ela é secretária do PDS.

"As propostas que visam à equidade no terreno da saúde se chocam com a estrutura social brasileira"

Como se obteve essa hegemonia nas concepções de saúde?

David Capistrano — O pensamento básico que se tem sobre saúde foi se consolidando ao longo dos últimos anos, através de lutas comuns, da produção de literatura sobre o assunto, criação de instrumentos de debate, realização de conferências etc. O resultado é que obtivemos conquistas a nível de concepção. Os artigos da nossa Constituição referentes ao capítulo da Saúde são leis mais avançadas que as da América Latina, as dos Estados Unidos e podem até ser comparadas (superando em alguns aspectos) ao que se encontra na Europa Ocidental.

O que impede que essa concepção moderna se concretize na prática dos serviços?

David Capistrano — O importante é que nossas propostas visam à equidade no terreno da saúde e, nesta perspectiva, se chocam com a estrutura social brasileira. Estamos num país onde a distribuição de renda é profundamente desigual — existe um fosso entre os mais ricos e os mais pobres. Para piorar, o atual governo federal, sem nenhuma sensibilidade social, aplica uma política econômica recessiva e sequer busca construir alternativas compensatórias.

Não se trata de esquerdismo ou socialismo. O desemprego e o arrocho salarial recaem sobre uma parcela gigantesca da população que vive no limiar da sobrevivência. Então, o governo federal precisa prever as decorrências trágicas (inclusive para a saúde dos cidadãos) que advém dessa recessão. E, depois, é só ter um mínimo de sensibilidade para aplicar políticas sociais compensatórias, nem que sejam assistencialistas. Até o momento o ministro Chiarelli, Alcení Guerra e a ministra Margarida Procópio não mostraram a que vieram.

Daí, é óbvio que todo o ímpeto de reestruturação no sistema de saúde vai esbarrar nessa situação. E os secretários municipais não têm uma ambição tão grande. Pretendem apenas cumprir a Constituição. Mas, diante da realidade do Brasil, o simples ato de saltar do papel para a vida torna-se um desafio.

O Psicólogo Promove Saúde?

Esta foi, em essência, a questão proposta a colegas que trabalham em setores não nomeados e reconhecidos socialmente como de saúde. O objetivo da pergunta é tensionar um campo de pensamento/conhecimento que, no âmbito deste Conselho, está sendo discutido, tanto a partir de diversas práticas de trabalho do psicólogo, como do conceito mesmo de saúde.

Recuperar aspectos históricos talvez nos ajude a contextualizar a Psicologia e sua vinculação com a saúde e assim ampliar o referencial para se pensar a questão.

Mitsuko Antunes (na palestra reproduzida no Jornal CRP-06 de julho-agosto) nos lembra que os diversos momentos por quais passa este ramo do conhecimento (desde as primeiras abordagens de temas afins à Psicologia, ainda em tratados de teologia, filosofia moral, pedagogia e inclusive obras políticas, depois fazendo parte das áreas médicas, em especial a psiquiatria, até o reconhecimento da profissão, sua divulgação e expansão) traz sempre a marca mais significativa que é sua utilização enquanto instrumento de controle e manutenção da ordem social vigente.

A psiquiatria do início deste século expressava uma ideologia de caráter higiênico-social, de cunho discriminatório para parcelas importantes da população, por exemplo, os negros. E o conhecimento psicológico, ainda vinculado a esta área, fundamentava os critérios de normalidade que serviam de parâmetros para esta ação

O crescimento e a redistribuição "democrática" do saber psicológico, que ocorreu na sociedade industrializada, propiciou não só a Psicologia se constituir enquanto profissão, mas também sustentou a construção de um modelo de sujeito psicológico a partir das normas do viver social saudável, criado ainda pelos higienistas e pedagogos. Esse termo *saudável* trazia em si a contraposição do patológico e, portanto, considerando através de padrões de normalidade, que traduziam em paradigmas as regras sociais de alguns grupos.

A conceituação de saúde feita até 1970 — baseado na ausência de doenças — é reformulado nesse mesmo ano quando a OMS — Organização Mundial de Saúde adota como definição: "bem-estar físico-psico-social". Este conceito é criticado posteriormente pelo seu caráter abstrato e na 8ª Conferência Nacional de Saúde alguns parâmetros de condições de vida, tais como: habitação, trabalho, saneamento básico, lazer, educação, transporte são utilizados para concretizar as necessidades básicas para a obtenção de saúde. A Constituição referenda tal proposta no seu texto final, quando prevê a saúde assegurada por meio de ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como a Psicologia pode pensar a saúde a partir dessa nova noção, se ela própria foi originada no âmbito da dicotomia normal-patológico? A resposta não está dada e isto nos incita a repensar o lugar da nossa prática, tanto no setor específico — onde se lida principalmente com a manifestação de sintomas de doenças, quanto naqueles que hoje se reconhece como fundamentais à saúde.

Esta matéria traz a contribuição de quatro psicólogos que, com seus depoimentos, estabelece um espaço de possibilidades de troca e enriquecimento da presente discussão. São eles: Maria Cristina Kupfer, supervisora na área de educação e professora de Psicologia Educacional no Instituto de Psicologia da USP; Sérgio Ricardo Ruiz Bassitt, psicoterapeuta clínico e coordenador de uma instituição que atende menores; Maria Vilma Chiolin Veloso, psicodramatista que desenvolve um método de terapia organizacional; e Leny Sato, pesquisadora, assessora técnica no Diesat — Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho e no Instituto de Saúde — órgão da Secretaria de Saúde do Estado de SP.



Neis Andress — Aq. Folhas

"Introduzir no espaço escolar um campo diferente".

As Relações na Escola

Maria Cristina-Kupfer

"No trabalho que desenvolvemos nas escolas, o alvo é, em última análise, nas entrelinhas, uma promoção de saúde. Nossa preocupação não é levar aos professores e outras instâncias um apoio psico-pedagógico, embora sempre esperem de nós, psicólogos, uma solução para os problemas de aprendizagem, comportamento e adaptação escolar de algumas crianças.

Entendemos que esses problemas ou a grande maioria dos que estão ligados ao fracasso escolar não são de ordem psicológica, mas produto de uma determinada montagem institucional, o modo de funcionamento da política educacional. Maria Helena Patto demonstra isto claramente em sua tese, onde ela afirma que o fracasso escolar é produzido nas relações cotidianas, pela montagem e pelo modo como são conduzidas as práticas alternativas. É fracasso produzido pelo fato de a criança estar vendo ali um confronto que é ditado principalmente por conceitos de natureza social.

Nós estamos ali interessados em abordar este tipo de problema, porém ao lado dessas difi-

culdades metodológicas e pedagógicas, tentamos introduzir no interior das escolas um espaço diferente, discriminado, onde outras coisas vão sendo provocadas, aí, sim, de natureza psicológica, típica das relações. Então, o que fazemos primeiro é abrir esse espaço que chamamos de campo psi. Trabalhamos com crianças em alguns grupos, com professores em outros e fazemos contato com a orientadora pedagógica. Montamos três registros que juntos configuram um campo, cuja natureza é o campo transferencial. Nós somos um suporte de transferência e uma vez configurado o campo psi, o que fazemos é fazer falar. A idéia é deixar que os professores falem e aos poucos nós vamos estruturando algumas relações que vão aparecendo e o grupo vai tomando direção. É uma interseção entre o psicológico e o pedagógico e, nessa interseção, nós não estamos trabalhando com o psicológico de um modo geral e nem o pedagógico, mas, sim, o que está intercalado entre os dois.

No início deste trabalho começa-se a dizer que a criança é quem está ruim ou que a mãe não cuida dela direito. No meio vem o fato de os professores acharem que são culpa-

dos por não saberem lidar com a criança, para só depois surgir uma outra história: o problema não está em mim e nem na criança. Está na relação. Só então, o olho se volta para esse espaço intermediário e, quando isso acontece, muda a relação. Quando o professor passa a enxergar diferente esta criança, conseqüentemente, ele muda seu modo de conduzir a alfabetização e isso acaba sendo transportado para outro aluno.

Ora, isto é promoção de saúde? Num certo sentido é, se a gente supuser que os entraves podem ser produtores de conflitos. Talvez estejamos num espaço com características diferentes das de uma instituição verdadeiramente de saúde, onde o que está sendo trazido já vem com a marca da doença patológica. Nós trabalhamos com algumas coisas que não vão bem, mas que não são faladas pela instituição. Se pressupusermos que toda instituição se monta de uma forma doentia, daí nós vamos fazer um trabalho de promoção de saúde. Mas eu acho que no fim acaba sendo um trabalho institucional num sentido mais amplo. Faltam-me recursos técnicos para estar chegando a uma conclusão".

Instituição e Consultório: Dois Lugares Distintos

Elena Vettorazzo — A. Folhas

Sérgio Ruiz Bassitt

“Acredito que saúde seja um conjunto de possibilidades em todas as áreas e frente às mais variadas situações. Eu trabalho, em consultório, numa linha mais analítica e também com crianças institucionalizadas, que são duas realidades totalmente diferentes. Na instituição eu trabalho com crianças numa faixa etária baixa que têm problemas de saúde orgânicos, desde leucêmicas, aidéticas até com desorganizações mentais. No meu consultório também trabalho com aidéticos. E a diferença entre a saúde mental de uma criança aidética, por exemplo, com um paciente que me procura no consultório é muito grande. Quando um paciente tem a atitude de vir à minha procura é porque ele tem algumas áreas preservadas: é uma pessoa com um nível sócio-econômico razoável e um tanto esclarecida. Este é um demonstrativo senão da saúde, da busca dela. Agora, na instituição, essa clientela doente, seja de AIDS ou de qualquer doença, é uma outra clientela. Tudo vem de fora nessas situações e se junta ao que a criança tem por dentro como problemas de ordem pessoal, familiar e tudo o mais.

A questão do tratamento é uma coisa complicadíssima. O paciente que vai ao consultório

o faz quando quer e se presume que venha por livre e espontânea vontade. É um fato que, como eu disse antes, senão de saúde, da promessa dela. Já o paciente institucionalizado muitas vezes não tem esse conhecimento, essa possibilidade, seja porque não tem cultura para tal (cultura que eu digo não é a clássica, o que ele não tem é uma organização mental que o leve a procurar ajuda). Eu trabalhei num albergue para imigrantes da Secretaria da Promoção Social, uma das instituições mais totais que eu já conheci. Mas por que, neste caso, as pessoas não optam pela saúde? Eu diria o seguinte: que razão este indivíduo tem para viver? Às vezes ele não é capaz, não tem a possibilidade de imaginar uma alternativa para melhorar o que ele está vivendo. Ele nem percebe e se deixa levar por esta situação, então junta tudo, desde a falta de recursos materiais até a falta de afeto que assola a população brasileira.

Articular isso na prática também é complicado. No consultório a situação ainda é mais fácil, na medida em que você tenta trabalhar com as pessoas no universo delas: na verdade, tenta-se criar mais recursos para uma pessoa que já tem alguns. Enquanto na instituição o psicólogo faz um trabalho, quando pode, bárbaro. No caso, tentamos articular as possi-



“Desenvolver os recursos para sair daquela situação”.

bilidades das crianças ou dos adultos. Vamos imaginar um menino de 13 anos, muito fechado, que mora numa favela, onde a mãe é espancada e o pai chega sempre bêbado em casa. Uma história tradicional. Este menino, no entanto, é bonito fisicamente e vaidoso.

Nesse caso, tentamos estimular a sua vida através desta vaidade, para que ele desenvolva os recursos para sair daquela situação em que a família vive. Ou ela sai sozinha se isto lhe faz mal, ou ela articula com a família, ou ainda nós articulamos isso juntos, o que é difícil.

Eu só trabalho com crianças carentes e, uma criança nesta situação, sendo bem trabalhada e bem estimulada, tem a possibilidade de pensar em outros recursos que não aquele. Eu não acho que isto é uma regra, mas acredito no potencial de cada um”.

Um conhecimento crítico e coletivo

Leny Sato

“Para mim, saúde fica sendo a possibilidade de o indivíduo estar forjando o seu modo de vida, como ele acha que ela tem que ser. É ter possibilidade no sentido de estar trilhando um caminho para sua vida. O psicanalista Christophe Dejours, em seu artigo, “Por um Novo Conceito de Saúde” questiona a concepção da OMS-Organização Mundial de Saúde, alegando que saúde não é um estado, mas um processo dinâmico, argumentando com conhecimentos da fisiologia, psicossomática e da psicopatologia do trabalho. Então, nesse sentido, eu acho que saúde é estar forjando um modo de vida, mas para isto são necessários instrumentos e estes não dependem da pessoa somente, mas de uma determinada situação social e política.

Bom, então como é que eu articulo isso com a minha vida? Ao trabalhar no Instituto de Saúde e no Diesat-Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho, eu estou dando subsídios técnicos ao serviço de saúde ou ao movimento sindical para conseguir identificar o que causa sofrimento

e estar discutindo de que forma isso pode ser mudado. No Diesat, por exemplo, nós temos feito alguns cursos de formação, cujo objetivo é conseguir proporcionar um espaço de formação e saúde para os trabalhadores, sindicalistas, cipeiros ou ativistas. É discutir questões relativas à saúde, segurança do trabalho, no sentido de que este coletivo esteja construindo um conhecimento crítico. Eu parto do pressuposto de que os trabalhadores têm um conhecimento que é prático, da vivência. Neste caso, o espaço de formação e de assessoria é feito justamente para que esse conhecimento apareça e dê possibilidade de se estar refletindo junto com o trabalhador sobre sua realidade e, a partir daí, eles vão encontrando formas e estratégias de atuação.

Nesse sentido, saúde não é um assunto que depende de especialistas. É uma questão que está relacionando com o exercício da cidadania. É a possibilidade de exercer uma crítica em relação à minha vida e através dela identificar aspectos ou situações e, depois dessa identificação, conseguir atuar sobre e controlar aquilo que me

incomoda. Não se pode ter a ilusão de que restringir-se ao conhecimento empírico e prático do trabalhador faz o assunto se desenvolver. Na verdade, parte-se deste para elaborar um outro conhecimento que é coletivo e crítico. Esse conhecimento é complementado com o conhecimento técnico, que ajuda a estruturar o coletivo. É uma troca.

No caso da atuação junto ao movimento sindical, o objetivo é justamente de se estar tendo um canal de representação dos trabalhadores, os quais têm a possibilidade de estar politicamente discutindo e atuando nas questões de saúde. A condição de trabalho é uma questão política, desde o ambiente, a forma de pagamento até as regras que o operário é obrigado a cumprir. Não é uma questão técnica apenas se pensar na relação com a saúde. O técnico encontra, por uma pesquisa, problemas de sofrimento e doença, mas ele sozinho não tem poder para mudar. As condições de trabalho são assim e não é à toa, algum motivo existe e esse motivo é político. Daí a necessidade de estar articulando através de instâncias políticas a melhoria das condições de trabalho”.

O Papel Profissional

Reflete no “Eu”

Maria Vilma Velozo

“Entendo saúde como o momento em que a pessoa se sente integrada com o que deseja e pensa. Em termos de clínica, se uma pessoa me procura com dores corporais, eu tento ajudá-la a entrar em contato com essa dor, porque ela é saúde e ela está lhe dando uma grande “dica” de que alguma coisa não vai bem. Ou seja, a doença significa um alerta: “cuide-se”. Para mim saúde é isso: à medida que um indivíduo é acionado no sentido de descobrir o que deseja em termos de vida, ele poderá sentir-se cada vez melhor. Nesse processo, o sujeito vai se preparando, se lapidando para atingir os objetivos que são só dele. Eu não sei o que é saúde para o outro. A própria pessoa diz o que é bom para si, e eu através de minhas técnicas, ajudo-a traçar o seu caminho.

Na área organizacional, a situação se repete. Eu desenvolvi uma técnica que publiquei em um livro de produção inde-

pendente, onde mostro a minha metodologia. Na época da faculdade eu me especializei em organizacional, porque me faltavam recursos para montar uma clínica. Quando cheguei na organização, no entanto, vi o quanto a área era carente. Comecei, então, a pensar e desenvolver técnicas e fui percebendo que cada pessoa de um grupo com o qual trabalho é um elemento multiplicador da família, da sociedade, da religião. Na organização, faço uma clínica que não é a convencional. Acontece nesses locais algo interessante, as relações parentais estão ali presentes no gerente, que representa o pai, ou na secretária, que representa a mãe. Daí, ao se trabalhar essas relações a nível das empresas, acaba-se limpando também aspectos da vida afetiva. Quando nós trabalhamos o papel do profissional, ele tem reflexos no “eu” e a pessoa vai sendo mudada de forma integral, apesar do trabalho se restringir ao papel profissional.”

A paranóia é a proposta de vínculo

Isabel Marazina

A cabeça dos trabalhadores de saúde mental (entendo por T.S.M. todos os profissionais que realizam atendimento à população, desde atendentes administrativos até diretor) vai mal, obrigada. Através da prática de supervisão clínico-institucional nos foi ficando evidente que os nossos agentes de S.M. estão tanto ou mais atribulados que aqueles que lhes demandam atenção. O confronto com somatizações, carateropatias, alcoolismo, funcionamentos perversos ou psicóticos é moeda corrente para quem acompanha o trabalho na área. O que fica no mínimo inquietante é achar isso tudo como constante de muitos daqueles que cuidam da cabeça dos outros.

A partir dessa inquietação, abre-se a tarefa de pensar as articulações que fazem tão patógenas as práticas dentro das instituições de saúde mental. Acredito que grande parte dessas articulações não sejam específicas, enquanto é possível referi-las ao campo das instituições de saúde em geral.

A saúde mental está demarcada no mesmo referente que a educação, a saúde pública, o transporte coletivo etc. Faz parte do que não dá lucro, mais-valia, portanto, daquilo que não vale nos códigos do modo de produção imperante. A modernização da assistência é interessante para sociedades que precisam da recuperação de força-de-trabalho. Em países como o nosso, com abundante mão-de-obra barata, a lógica é outra: o que vale é fazer da demanda da assistência psicológica (mais precisamente psiquiátrica) o suporte de uma "indústria da loucura", que enriquece laboratórios, os proprietários dos hospitais conveniados onde os pacientes psiquiátricos são mercadorias certas.

É claro que tudo isso não se diz: do que se fala é da diminuição do sofrimento psíquico, cura, salvaguarda da dignidade humana, como objetivos explícitos que norteiam a prática dos estabelecimentos de saúde mental e para os quais os seus trabalhadores são convocados.

Sabemos, já faz tempo, que os efeitos da dupla mensagem são esquizofrenizantes, que não permitem elaborar saídas para a situação de objetos do gozo do Outro. Desde esse lugar, os T.S.M. apresentam o impasse nas respostas que efetivam em suas práticas.

Dentre essas respostas destacamos uma, muito comum, denun-



"Nos vemos tão miseráveis como aqueles que atendemos".

ciada pela intensa implicação de alguns agentes com seu trabalho: "o desafio fascina", ou "nos constituímos em 'messias', ou ainda, "nos vemos tão miseráveis como aqueles que atendemos (quando defrontados com a frustração do projeto salvador). Ali ficamos colados "nossos loucos", produzindo sintomas, desautorizando nossa palavra. Estamos em plena situação do gozo de objeto. A frequência das somatizações nos fala do corpo colocado em jogo. Não se acredita no discurso oficial, mas se continua dentro das pautas propostas, obviamente enlouquecendo no intuito de dar respostas a essas demandas com o saber que se dispõe.

Em relação a esse saber, cabe um aparte: curiosamente, na rede pública, onde o T.S.M. se defrontam com demandas de alta complexidade, achamos os profissionais mais despreparados.

Por um lado, temos os técnicos com pouco tempo de formação, frequentemente intoxicados com receitas inadequadas, que devem desaprender para poder agir. Por outro, temos profissionais com muitos anos de serviços esperando se aposentar. Entre os dois pólos, há os muitos outros que desejam fazer da experiência que vão acumulando uma prática de sentido, de consistência.

Aqueles profissionais com "muito tempo de casa" observam com certa comiseração os que reivindicam estudo, orientação, supervisões, discussões coletivas: "Eu cansei de fazer isso e não adiantou nada. Espere e verá". "Para que se incomadar, se dentro da instituição não reconhecem seu esforço". Convalidações defensivas do instituído vivido como eternizado, imutável. Outra saída usada é o discurso cínico, que se

identifica com a fala do instituído no que ela tem de mais autoritário: "As coisas sempre foram assim". "Os pacientes são loucos, portanto, falhos, carentes. Os profissionais, do outro lado da mesa, tomam distância através de um saber, que passa, assim, a cumprir um papel estruturante. Não saber equivale a se aproximar da falta, confusão, loucura. A paranóia é a proposta de vínculo.

Obviamente assim não é possível pensar. Na experiência de trabalho com equipes multiprofissionais achamos enormes dificuldades de processar a prática, de buscar propostas alternativas aos modelos em questão. Impera a queixa — "não nos dão, não nos escutam" que entram as possíveis mudanças para lugares criativos, transformadores. Vemos a queixa como analisador da intensa dependência de um poder sempre externo, do qual se espera tudo, até que os faça mudar (com supervisores sofrermos na pele esta deposição).

Estamos falando de muito sofrimento. A semelhança do doente mental, o T.S.M. se encarrega dele como "problema pessoal", sem poder enxergá-lo como um efeito, em grande parte, de estrutura. Não existem formas "adequadas" para superá-lo, porém, alguns caminhos foram se perfilando a partir das práticas de trabalho e luta.

Um deles é utilizar esse sofrimento como um indicador da situação social mais abrangente em que o T.S.M. está inserido, sendo, portanto, imprescindível que se fale, se coletivize. Sabemos que a luta por espaços de troca e pensamento é uma velha reivindicação dos T.S.M. e que se foi produzindo um alargamento (ainda que deficitário) de tais espaços.

Nos resta muito por fazer: reforçar os lugares de discussão e de revisão de nossa prática, com supervisões, políticas criativas de formação, projetos conjuntos com diversos setores sociais em lutas convergentes, abrindo, desse modo, o leque de nossa compreensão. Difícil tarefa que implica a renúncia à idéia narcísica de que só nós sabemos sobre loucura, mas que também resulta na possibilidade de recuperar o poder (tantas vezes delegado) e torná-lo potência.

• ISABEL MARAZINA é psicanalista e analista institucional. Atuou como supervisora em inúmeras instituições pertencentes à rede de saúde pública. Hoje faz supervisão e assessoria junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
Psicoterapia de Adolescentes de Base Psicanalítica
O Instituto Sedes Sapientiae oferece curso de especialização de adolescentes a médicos e psicólogos, com 3 anos de duração, o qual inclui aulas teóricas, supervisões e seminários clínicos. Inscrição até 18.02.91 à Rua Ministro de Godói, 1484 — Perdizes.

TERAPIA FAMILAR
SEFAM — Sociedade de Estudos da Família — oferece curso de formação, com 3 anos de duração, em terapia familiar e de casal, para psicólogos e médicos. Informações para seleção de candidatos pelos telefones 65-6049 e 871-3677.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA EM PSICOTERAPIA BREVE
Cursos de Extensão
Psicoterapia Breve Psicodinâmica de Adultos
Responsáveis: Elisa Medici Pizão Yoshida — CRP-06 1937; Maria Terezinha C. Pereira Yukimitsu — CRP-06 17738 e Tereza Iochico Hatae Mito — CRP-06 2021-0
Psicoterapia Breve Psicodinâmica Infantil
Responsáveis: Irani Tomiatto de Oliveira — CRP-06 2336-5; Luci Alves Soares Leite — CRP-06 1891-5 e Tereza Iochico Hatae Mito — CRP-06/2021-0
Discussões teóricas — supervisões clínicas grupais — atendimento de pacientes do Núcleo
Início: março de 1991. Informações e inscrições à R. Dr. Diogo de Faria, 634 conj. 05 — V. Clementino (Est. Sta Cruz do Metrô) fone 572-1631 de 2ª a 6ª das 14h00 às 20h00 e aos sábados das 8h00 às 13h00.

Sociedade de Psicologia Clínica Preventiva
Curso de Especialização em Psicologia Clínica Preventiva nas áreas: Psicoterapia Familiar, Psicoterapia Breve Individual e Psicologia Institucional. Ensino teórico-prático (discussão e supervisão em pequenos grupos) com duração de dois anos. Informações pelos fones (011) 813-7680 ou 66-1296.

ANUNCIE
AQUI
549-9799

• Enfoque é uma seção aberta à colaboração dos psicólogos ou dos profissionais ligados às práticas de Psicologia. As opiniões apresentadas neste espaço de discussão não coincidem, necessariamente, com as posições do CRP-06.