



CRP
RS
CONSELHO REGIONAL
DE PSICOLOGIA
DO RIO GRANDE DO SUL

Ano XII
Número 58
Abr | Mai | Jun 2012

entre linhas

**Impresso
Especial**

9912211301/2008 - DR/RS
Conselho Regional de
Psicologia 7ª Região

...CORREIOS...



Av. Protásio Alves, 2854
Porto Alegre - RS
CEP 90410-006

SAÚDE MENTAL

Em 2012 comemoramos no Brasil 25 anos da Luta Antimanicomial. O Sistema Conselhos de Psicologia defende a completa substituição do modelo manicomial pelo tratamento em liberdade e a perspectiva da participação social. Nesta edição do EntreLinhas, apresentamos alguns exemplos de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos desafios na área de Saúde Mental.



Em maio, o movimento da Luta Antimanicomial vai às ruas no Brasil para comemorar 25 anos de avanços em defesa dos Direitos Humanos e da superação do modelo manicomial de assistência em saúde mental. A expansão dos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial, os serviços Residenciais Terapêuticos, as equipes de Consultório de Rua, os leitos em hospitais gerais e as cooperativas sociais e empreendimentos solidários vem demonstrando que é possível mudar e fazer a Reforma Psiquiátrica num país de mais de 190 milhões de habitantes. Após 50 anos da Reforma Democrática Italiana e de dez anos de aprovação da Lei da Reforma Brasileira, nos encontramos com novos desafios técnicos-políticos para os quais há uma necessária politização dos protagonistas, trabalhadores, usuários, familiares e sociedade para que recupere a potência como movimento social. Sair dos manicômios, ganhar as ruas é instituir a clínica no território.

No Brasil, o Sistema Conselhos destaca-se pela efetiva contribuição no processo da garantia dos Direitos Humanos e na conquista da Reforma Psiquiátrica. Para além de superar o modelo manicomial, temos hoje em pauta, o aumento da violência, as 'des-organizadas' urbanizações, as questões relacionadas à depressão, uso de drogas que nos exigem novas tecnologias de cuidado para lidarmos com a complexidade do contemporâneo. Novos desafios, mudanças que exigem de nós, psicólogos, que nos organizemos com nossos saberes e práticas num compromisso ético-técnico-militante para os enfrentamentos necessários a novas conquistas, na permanente luta pelo melhor cuidado e condições para a Saúde Mental Brasileira, por uma sociedade mais justa para todos.

Nesta edição, o Entrelinhas destaca o atual cenário desta luta, apresentando algumas conquistas e os novos desafios para a Psicologia no campo da Saúde Mental. Boa leitura a todos.

AJUDE A PRODUZIR O ENTRELINHAS

Queremos a sua ajuda para definir o tema principal da edição de dezembro do jornal Entrelinhas. Participe da votação pelo site <http://www.crprs.org.br/entrelinhas> e escolha a temática de sua preferência:

- Clínica e Psicologia
- Direitos Humanos
- Ética

Sua opinião é de extrema importância. Afinal, esse espaço é seu. Participe!

Publicação trimestral do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul

Presidente: Vera Lúcia Pasini

Vice-presidente: Vania Roseli Correa de Mello

Tesoureira: Alexandra Maria Campelo Ximendes

Secretária: Vivian Roxo Borges

Conselheiros efetivos

• Vera Lúcia Pasini • Loiva Leite • Vânia Roseli Correa de Mello • Dirce Terezinha Tatsch • Maria de Fátima B. Fischer • Alexandra Maria Campelo Ximendes • Vivian Roxo Borges • Adolfo Pizzinato • Luciana Knijnik • Melissa Rios Classen • Elisabeth Mazon Machado • Roberta Fin Motta • Thêmis Bárbara Antunes Trentini

Conselheiros suplentes

• Sinara Cristiane Três • Tatiana Baierle • Leda Rubia C. Maurina • Pedro José Pacheco • Deise Rosa Ortiz • Nelson Eduardo E. Rivero • Rafael Volski de Oliveira • Rosa Veronese • Vânia Fortes de Oliveira • Janaína Turcato Zanchin • Lutiane de Lara • Bianca Sordi Stock • Daniela Deimiquei

Comissão Editorial: Lutiane de Lara, Melissa Rios Classen, Luciana Knijnik e Loiva dos Santos Leite.

Jornalista Responsável: Aline Victorino – Mtb 11602

Estagiária de Jornalismo: Bruna Arndt

Redação: Aline Victorino, Belisa Giorgis, Bruna Arndt.

Relações Públicas:

Belisa Zoehler Giorgis / CONRERP/4 – 3007

Eventos: Adriana Burmann

Comentários e sugestões: imprensa@crprs.org.br

Endereços CRPRS:

Sede – Porto Alegre: Av. Protásio Alves, 2854/301

CEP: 90410-006 – Fone/Fax: (51) 3334-6799

crprs@crprs.org.br

Subsede Caxias do Sul: Rua Moreira Cesar, 2712/33

CEP: 95034-000 – Fone/Fax: (54) 3223-7848

caxias@crprs.org.br

Subsede Pelotas: Rua Félix da Cunha, 772/304

CEP: 96010-000 – Fone/Fax: (53) 3227-4197

pelotas@crprs.org.br

Projeto Gráfico e Diagramação:

Tavane Reichert Machado

Ilustrações: Estúdio Figuras

Impressão: Ideograf

Tiragem: 16.000 exemplares

Distribuição gratuita



Cadastre-se no site para receber a newsletter www.crprs.org.br

Matérias de capa

04 A 18 SAÚDE MENTAL

Movimento social: agenciamentos sociopolíticos

Sandra Fagundes

Novos modos de ser e habitar o espaço urbano a partir das transformações ocorridas com os movimentos de desinstitu- cionalização da loucura

Rafael Wolski de Oliveira e Maria de Fátima Bueno Fischer

Intersecções entre Saúde Indígena e Saúde Mental

Bianca Sordi Stock

Crime e loucura: desafios e complexidade

Adriana Pinto de Mello e Loiva dos Santos Leite

Além de fluxos: linha de cuidado em saúde mental caracteriza modelo de gestão com foco em cuidado integral

Reflexões a partir de experiências entre Saúde Mental e Atenção Básica em Santa Maria/RS

Douglas Casarotto de Oliveira

O Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio do Pardo: uma Referência em Saúde Mental

Carla Guimarães da Silva

Redução de Danos

Entrevista com Roberto Tykanori

Entrevista com Décio de Castro Alves

Usuários dos Serviços de Saúde Mental conquistam espaço nas rádios comunitárias

19 DICA CULTURAL

Eu Sou Você

20 TEMA EM DEBATE

Patologização e Medicalização da vida em discussão

21 EVENTOS

22 CREPOP

Pensar e Fazer Psicologia no contexto das Políticas Públicas

23 ORIENTAÇÃO

Práticas alternativas

Trânsito

24 AGENDA

Esclarecimento

A psicóloga Ana Maria Porto, que concedeu entrevista para a matéria sobre Controle Social na edição 57 do jornal EntreLinhas, é representante do CRPRS no Conselho Municipal de Assistência Social de Pelotas.

Movimento social: agenciamentos sociopolíticos

Sandra Fagundes¹

Os movimentos sociais são vigorosos quando conseguem mudar a agenda do Estado e suas reivindicações incidem nas políticas públicas de modo determinante ou condicionante. Os movimentos de saúde mental foram se legitimando como constituição de novos atores sociais, reescrevendo histórias de vida e criando uma agenda sociopolítica apresentada ao setor da saúde, incidindo, e exigindo, políticas públicas.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial propôs mudanças socioculturais a partir de um paradigma ético-estético-político e assumiu, em 1987, sua configuração enquanto tal, quando em um encontro nacional, realizado na cidade de Bauru (São Paulo), definiu a consigna “*Por uma sociedade sem manicômios*” e o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio). A luta pela eliminação dos manicômios e a construção de rede substitutiva se nominou “*Movimento Nacional da Luta Antimanicomial*”, superando o movimento de trabalhadores de saúde mental, já integrado, que se fazia por trabalhadores, participantes, seus familiares e outros interessados, todos na condição de cidadãos.

No Rio Grande do Sul, os militantes sociopolíticos da mudança na saúde mental, os atores sociais “*sentipensantes*”, configuraram uma instância coletiva que se prolongou rizomaticamente da formação em saúde mental coletiva produzida pela política de atenção integral à saúde mental (Paismental) e Escola

de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul ao movimento social: o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

O Fórum foi criado com uma concepção de rede articulada por núcleos regionais, em um encontro estadual ocorrido na cidade de Bagé, em 1991, e foi se constituindo em ator social ao longo dos anos 90. O Fórum integra o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a Rede Internúcleos do Movimento e uma rede internacional que visa à transformação dos modos de pensar e de agir sobre a loucura. O Fórum é o espaço social inventado para desterritorializações e para reter-

ritorializações, pois todos seus integrantes são instigados à participação no sentido da mudança e da ocupação do lugar de atores de direitos e de desejos. Os técnicos, os usuários e os familiares não são constrangidos a reproduzir seus respectivos papéis enquanto tais, ao contrário, são desafiados

a se (re)criarem como atores e em singularidade. A nomenclatura criada, “*mentaleiros*”, que dá passagem aos integrantes do movimento, é indicativa dessa (re)criação.

As questões em relação à loucura e à saúde mental, no período que antecede e propicia a origem do Movimento eram: qual o objeto? a doença mental; qual a disciplina? psiquiatria; quais os procedimentos? internação e medicação; qual o espaço? o hospital psiquiátrico; e qual o objetivo na atenção e na educação? a cura, mesmo considerando-a inatingível. Esse conjunto foi se transforman-



do em um pacote compacto, legitimador/legitimado por tecnologias e políticas, naturalizado, cristalizado e tornado inquestionável. Ou seja, quando uma pessoa era identificada como doente mental, ela deveria ser tratada pelo psiquiatra, com medicamentos pelo resto da vida, pois a doença não tinha cura e, quando em surto, seria internada em um hospital psiquiátrico.

A própria psiquiatria começou a questionar a imutabilidade e a indissociabilidade desse pacote. Apoiada em aportes da filosofia (Foucault, 1972) e das ciências sociais (Goffman, 1990), a psiquiatria reconheceria que o pacote era gerador de mais sofrimento psíquico e de exclusão social, não condizente com a complexidade humana, em especial no que diz respeito ao espaço destinado aos doentes mentais, os hospitais psiquiátricos (Basaglia, 1985; Freire Costa, 1989; Rotelli, 1992). São inúmeros os trabalhos acadêmicos que evidenciam o fracasso dos hospitais psiquiátricos como lugar de tratamento, bem como evidenciam sua alta eficácia como dispositivo de exclusão e de aniquilação de singularidades (Resende, 1994). A insuficiência do pacote, em um contexto mundial de crise de paradigmas e de novas conquistas, de lutas pelos direitos humanos e por democracia em nosso país, em meados da década de 1980, instigou à articulação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, e esse assumiu o desafio de decompor o pacote, de transformá-lo e de superá-lo. As questões passaram, então, a ser formuladas no plural: quais eram os objetos, as disciplinas, os procedimentos, os espaços e os objetivos? As novas respostas foram muito diferentes:

- a doença foi substituída pelo processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida e pela noção de uma existência em sofrimento;
- a psiquiatria passaria a compartilhar com um conjunto de outras disciplinas, constituindo um campo transdisciplinar entre saúde, educação, sociologia, antropologia, política, história, filosofia e arte;

- acolhimento, acompanhamento terapêutico, orientação de atividades da vida diária, círculos de convivência, psicoterapias individuais e grupais entre outras para além, quando não em lugar do uso do medicamento e da internação (as possibilidades de internação também se diversificaram - a internação domiciliar, o hospital-dia, o hospital-noite - e a prescrição de medicamentos se complexificou e singularizou);
- o hospital psiquiátrico deu lugar a uma rede intersetorial de cuidados e de inserção social: unidades básicas de saúde; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); oficinas de criação; centros de convivência; serviços residenciais terapêuticos e leitos em hospitais gerais, entre outros, ressaltando que os espaços também se diversificaram e que a intersectorialidade era essencial, pois o setor sanitário era limitado para as exigências de cuidados e de inserção social dos portadores de sofrimento psíquico;
- a cura foi substituída pelos objetivos de autonomização, de protagonismo e de alternativas para singularização, objetivos que podiam ser sintetizados como possibilidades para projetos de vida, para as parcelas da população que não tinham essas alternativas, objetivos que exigiam novos e outros saberes e práticas.

O Movimento foi decisivo na construção dos objetivos de autonomização, de protagonismo e de alternativas para singularização, e operou como dispositivo para a expressão das subjetividades, para a valoração das singularidades e para a reinvenção da vida.

1 Graduada em Psicologia pela PUCRS, especialista em Saúde Comunitária (1982), Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da UFRGS, Integrante do Núcleo de Pesquisa Educação-Saúde da UFRGS. Atualmente é Diretora do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde.

Novos modos de ser e habitar o espaço urbano a partir das transformações ocorridas com os movimentos de desinstitucionalização da loucura

Rafael Wolski de Oliveira¹ e Maria de Fátima Bueno Fischer²

A Reforma Psiquiátrica (RP) abriu um campo de possibilidades e mudanças na relação entre a cidade e a loucura. Os usuários de serviços de saúde mental, antes confinados aos manicômios, hoje podem acessar novas tecnologias e novos estabelecimentos de atenção e cuidado como o Acompanhamento Terapêutico (AT), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)³, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)⁴, entre outros.

A Reforma Psiquiátrica prevê a transformação da atenção e cuidado das pessoas em sofrimento psíquico grave e a substituição de um modelo manicomial por uma rede de serviços inseridos no território. Trata-se de um processo em constante movimento, com avanços e retrocessos.

A desinstitucionalização da loucura vai para muito além das mudanças na atenção e nos serviços e prevê uma transformação no plano da cultura – nas relações e no lugar social da loucura no tecido urbano. Tais transformações possibilitam aos usuários uma abertura para a diversidade de relações e acontecimentos no espaço urbano. Ao mesmo tempo, nessa relação existe a possibilidade de que a presença do louco no espaço urbano possa ser agente de novos modos de ser e habitar a cidade. Contágio urbano que

não se limita aos usuários de saúde mental, necessariamente. O contato do louco com a polis e vice-versa permite que todos os habitantes possam estar em contato com o estranhamento, proporcionando um terreno fértil para irrupção de novas formas de ser, de estar e habitar a cidade. Nessa perspectiva, a cultura e a comunicação desempenham um papel de extrema importância, pois são instâncias subjetivantes, formadoras de opiniões, tendências e discursos.

Quando falamos em cultura, poderíamos

pensar que a desinstitucionalização da loucura se dá de igual forma em diferentes locais. No município de Viamão, após seis anos coordenando um Serviço Residencial Terapêutico, nos deparamos com um cenário peculiar, que serve



como subsídio para pensar o processo de desinstitucionalização da loucura. No Brasil, a lei federal que estabelece a substituição dos manicômios por uma rede de serviços com diferentes complexidades para atenção em saúde mental tem dez anos de existência. Já no estado do Rio Grande do Sul, a lei da Reforma Psiquiátrica tem vigência há vinte anos – foi o primeiro estado do país a aprovar uma lei dessa natureza. Esse pioneirismo refletiu-se no modo de operar processos de desinstitucionalização, bem como nos modos de organização

dos movimentos de resistência à reforma psiquiátrica. Contudo, observa-se que, no interior de um mesmo estado, a condução do processo de substituição de um modelo manicomial para uma rede substitutiva se dá de forma diferenciada em cada região.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) fazem parte da rede de serviços que respondem às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e se constituem como serviços substitutivos para atender em caráter de moradia pessoas em sofrimento psíquico. Trata-se de um dispositivo fundamental no processo de Reforma Psiquiátrica e estratégico na atenção aos usuários da saúde mental.

Na sua prerrogativa, os serviços residenciais devem ser espaços abertos, acolhendo e dando passagem a pessoas com histórias e experiências singulares de vida. Ao atentarmos para as possíveis relações que se dão nesses espaços, percebemos que as configurações podem ser as mais diversas possíveis, pois cada residencial é um espaço único. A subjetividade dos moradores, a comunidade em que o residencial está inserido, os costumes locais, o funcionamento da equipe, entre tantos outros fatores, irão incidir no funcionamento e nas características do residencial. E, da mesma forma, o residencial onde habitam pessoas que recém saíram dos hospitais psiquiátricos tem geralmente um funcionamento muito diferente de um residencial com pessoas oriundas de outros serviços da rede de saúde.

O fato é que as propostas e ações que se efetivam no processo de trabalho de algumas experiências nos Residenciais revelam que é possível transformar um modo de atenção excludente em uma multiplicidade de atos e devires, afetando o sujeito e o espaço urbano. A vida circulante nos SRTs pode ser provocadora de modos singulares de habitar, de vizinhar e de ser cidade. A convivência com pessoas que viveram institucionalizados pode ser uma via de desinstitucionalização da loucura, na medida em que os primeiros conquistem a cidade e que esta, por sua vez, possa se abrir para a loucura e acolher o sofrimento.

O Brasil conta, em 2012, com 625 residenciais terapêuticos em funcionamento e 154 em implantação, além de 1742 Centros de Atenção Psicossocial, Consultórios de Rua, 640 projetos de economia solidária, 537 incluídos no programa De Volta para Casa, 201 hospitais gerais com 32.735 leitos em saúde mental. Mesmo assim, ainda faz-se necessário investimento em ações que visem à autonomia e ao empoderamento dos moradores de curto a longo prazo, pois, uma vez que desospitalização não é o mesmo que desinstitucionalização, a autonomia nas práticas voltadas ao público institucionalizado deveria ser uma meta a ser alcançada e não um requisito para justificar a saída de espaços asilares.

Mais do que investimentos e novas tecnologias, precisamos instituir uma nova relação da sociedade com a loucura. É preciso abrir-se à cidade e deixar a cidade e seus acontecimentos entrarem no espaço residencial. Investir em uma clínica no território, em planos terapêuticos singulares, possibilitar novas formas de habitar o espaço urbano, constituindo novas redes sociais e novos vínculos de vizinhança e cuidado, seja no retorno ao convívio com familiares por meio do resgate desses vínculos, seja em peças ou casas alugadas ou indo residir com referências de cuidado.

¹ Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, conselheiro do CRPRS. Atua na direção da área de moradia do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

² Psicóloga, mestre em Educação, professora da Unisinos, Diretora de Desinstitucionalização no Hospital Psiquiátrico São Pedro e conselheira do CRPRS.

³ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos pela Portaria GM 336/2002 (Brasil, 2002), são centros cujo objetivo é oferecer atendimento às pessoas com transtornos mentais graves, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

⁴ Os Serviços Residenciais Terapêuticos são alternativas de moradia, inseridas na comunidade, para pessoas egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos. A criação destes serviços faz parte do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica e cumprem o estabelecido na Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), Lei nº 10.708/2003 (Brasil, 2003), Lei Estadual nº 11.791/2002 (Rio Grande do Sul, 2002).

Intersecções entre Saúde Indígena e Saúde Mental

Bianca Sordi Stock¹

Os Povos Indígenas estão conquistando cada vez mais espaços de reconhecimento e participação social na sociedade envolvente. Segundo o Instituto Sócio Ambiental – ISA, hoje a população indígena no Brasil está em cerca de 600 mil pessoas. A ampliação da participação dos indígenas na sociedade envolvente está provocando mudanças não apenas nos modos de viver das comunidades, como também em toda a rede social. Como estamos olhando para essas mudanças? Um dos desafios que as próprias comunidades, lideranças e indígenas universitários apontam como eminentes é o diálogo com as Políticas de Saúde Mental e tudo aquilo que envolve a problematização dos vínculos e da qualidade dos encontros com o mundo, as pessoas, as instituições no contemporâneo. O relacionamento mais estreito com sociedade envolvente, assim como a ampliação dos horizontes de participação social, conquista e reconhecimento de direitos, está trazendo problemas antes não presentes nas comunidades indígenas. Uso abusivo de substâncias, suicídios, excesso de medicamentos, baixa autoestima e desvalorização das raízes culturais são alguns dos problemas atuais apontados pelas lideranças, que desejam e exigem, sim, o trabalho conjunto com a rede de saúde da sociedade envolvente para o enfrentamento desses sintomas.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 2.759 que estabelece as Diretrizes Gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, constituindo-se no marco oficial de início desta interface. Entretanto, precisamos de cautela, pois a denominação “Saúde Mental” é de invenção da sociedade de influência ocidental e não faz parte da cosmologia dos povos indígenas. Por isso, falarmos imediatamente de uma “Saúde Mental Indígena” é perigoso, pois podemos desde o início já estarmos impondo apenas um modo de compreender a dinâmica da vida, dos processos de saúde-doença, como uma verdade absoluta. Os Povos Indígenas possuem as suas próprias e diversas concepções de produção de saúde e adoecimento, intimamente ligadas às práticas do xamanismo e à dimensão espiritual.

Se a Reforma Psiquiátrica significa a mudança do modelo de tratamento, em que no lugar do isolamento se coloca o convívio com a família e a comunidade, quando as demandas indígenas chegam para os serviços de saúde mental dos municípios, o que justamente não podemos fazer é uma antirreforma. Isto é, sermos coniventes com propostas retrógradas (internação em hospitais Psiquiátricos ou Comunidades Terapêuticas) na atenção a casos limítrofes de pacientes indígenas, para os quais, fundamentalmente o adoecer é vivido no coletivo da comunidade onde está inserido. A falta de uma escuta transcultural pode acabar por resultar na medicalização psiquiátrica, operando como a vassoura que empurra o incômodo para baixo do tapete. As práticas da saúde pública com populações indígenas precisam estar comprometidas com a visão ético-histórica de não invisibilizar ainda mais as diferentes etnias e seus modos de perceber e experimentar o mundo.

O encontro entre os saberes indígenas e os saberes da Saúde Mental sob a ótica da Reforma Psiquiátrica pode ser produtor de vida. Quanto mais possibilidades de expressão da diferença positiva as políticas públicas oferecerem, maior a capacidade de produzirem saúde, pois o cuidado se faz nesta inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade.

¹ Psicóloga Clínica e Social; Mestre em Psicologia Social pela UFRGS, com pesquisa acerca dos Povos Indígenas no espaço urbano; Professora do Centro Universitário Metodista do Sul – IPA. Professora do Curso de Especialização em Educação Infantil da UNISINOS; Tutora da Residência em Saúde Mental Coletiva da UFRGS. Integrante do Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas da ULAPSI. Conselheira do CRPRS.

Referências

Psique Revista. Raízes tribais. Núcleo Ciência e Vida, São Paulo, SP: Editora Escala, 2008, ano II, nº 24, páginas 20 – 27. ISSN 1808-9238.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. Entrevistas. Rio de Janeiro: Azougue, 2008. (Encontros)

Instituto Sócio Ambiental - <http://www.socioambiental.org>

Crime e loucura: desafios e complexidade

Adriana Pinto de Mello¹ e Loiva dos Santos Leite²

O entrelaçamento entre crime e loucura é um tema difícil de ser trabalhado justamente pela complexidade e reações que provocam nos mais diversos atores envolvidos com a questão, seja no âmbito da saúde, do judiciário, da assistência social ou mesmo na sociedade em geral. Complexidade pelas circunstâncias que envolvem Direito e Psiquiatria num intrincado campo de saberes e poderes acerca da doença mental e delito. No âmbito do social, podemos observar respostas que podem ir desde a empatia e receptividade ao extremo de rejeição e novas tentativas de exclusão via mecanismos socialmente pactuados, como a constituição de lugares para abrigar as pessoas egressas do manicômio, ou ainda, a inexistência de ofertas de trabalho e geração de renda. A inclusão das pessoas que cometeram delito e possuem algum transtorno mental na rotina da cidade e longe dos muros de “proteção” dos hospitais de custódia e tratamento, mesmo após o cumprimento de medida de segurança, ainda é um grande desafio para as políticas públicas de saúde e assistência.

Dizemos isso porque, desde setembro 2007, compomos um Grupo de Trabalho (GT) no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), instituído pelo Ministério Público, que contava com representantes do Judiciário, Direção e Profissionais do IPF, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Fundação de Assistência Social e Cidadania e Defensoria Pública. Durante quatro anos, o Grupo Interinstitucional se reuniu sistematicamente no manicômio judiciário do Rio Grande do Sul buscando alternativas de inclusão social dos pacientes institucionalizados.

Neste período, nos deparamos com situações de pessoas que se encontravam naquele espaço há quinze, vinte, trinta ou mais anos, completamente desvinculadas da vida em sociedade e que nos remetiam a pensar no quanto era urgente provocar a desconstrução dos muros concretos e simbólicos que envolviam a instituição forense, separando o dentro e o fora, de forma simbólica e concreta. Nesse sentido, foi necessário criar espaços dialógicos e buscar alternativas de reabilitação e inclusão social que atendessem as singularidades das pessoas até então institucionalizadas (LEITE, 2012, p.92).

Como resultado do trabalho realizado nestes quatro anos, avaliamos a situação de 245 pacientes, sendo que 91% eram homens e 9% mulheres. Ao ingressarem no IPF, 39% tinham entre 20 e 30 anos de idade, outros

33% estavam na faixa etária entre 30 a 40 anos. Atualmente 31% desta população encontram-se na faixa etária entre 40 a 50 anos; 26% entre 50 e 60 anos e 18% entre 60 a 80 anos. Em relação ao tempo de internação, 27% dos pacientes permaneceu internado entre 5 e 10 anos; 34% entre 10 e 20 anos; 26% entre 20 e 30 anos e, 5% ficaram internados no manicômio judiciário entre 30 e 40 anos. Quanto aos tipos de delitos, 76 pacientes receberam medida de segurança por lesão corporal, 52 realizaram furto ou roubo, 45 homicídios (17 na forma tentada), 23 ameaças, 14 contravenções penais, os demais delitos são danos, atentado violento ao pudor, incêndios, estupro e descatos.

Em dezembro de 2011, contabilizamos 159 pacientes morando com suas famílias, sozinhos ou em residenciais públicos ou privados. 128 estavam vinculados à rede de saúde dos locais onde moram. Entretanto, 57 pacientes avaliados no GT, ainda permaneciam no IPF devidos as dificuldades de inserção social.

Ao analisarmos essa mostra de 245 situações de pacientes institucionalizados, fica evidente o quanto a institucionalização através de uma medida de segurança, mantida pelo alicerce da periculosidade, reforça a submissão do corpo e da subjetividade a um sistema de controle e disciplina (FOUCAULT, 1987), anulando possibilidades de autonomia e cidadania. A construção de alternativas para o paciente judiciário exige uma articulação intersetorial, responsabilizando a sociedade civil e os diversos poderes: Executivo, Judiciário e Legislativo. Nesse contexto, o trabalho realizado pelo GT foi fundamental por viabilizar a algumas das pessoas que se encontravam no IPF a possibilidade de hoje usufruírem da sua liberdade e, também, por sensibilizar as redes de saúde e assistência (internas e externas ao IPF), reconhecendo a posição de cidadãos às pessoas em cumprimento de medida de segurança.

¹ Psicóloga da Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas. Especialista em Psicologia Jurídica e Clínica.

² Psicóloga. Coordenadora de Saúde Mental de Porto Alegre. Doutoranda em Psicologia Social pela PUCRS. Conselheira do CRPRS.

Referências

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 1987.

LEITE, Loiva. *Viver fora depois de muito tempo dentro: narrativas de vida de pessoas libertadas*. Porto Alegre, Letra&Vida, 2012.

Além de fluxos: linha de cuidado em saúde mental caracteriza modelo de gestão com foco em cuidado integral

O Rio Grande do Sul avança no trabalho de mudança no modelo de atenção à saúde, a partir da lógica da Linha de Cuidado, e a Saúde Mental é exemplo desse movimento. A linha de cuidado expressa o itinerário de acesso ao cuidado integral em saúde, sendo organizada a partir das necessidades do usuário e não apenas dos serviços ofertados na rede. “Na busca de atenção integral à saúde, mostra também os acessos a outras redes (educação, assistência social, segurança pública, etc). É uma política de gestão que pauta diretrizes de cuidado para o funcionamento de todos os serviços integrados por esse fluxo”, explica a conselheira presidente da Comissão de Políticas Públicas, Alexandra Ximendes.

A questão da integralidade de atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas, especialmente, do percurso construído pelo usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir ações integrais em saúde é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica especializada, atenção às urgências e em todos os outros níveis assistenciais.

No Estado, a gestão da área de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde vem sendo articulada pelo projeto “Linha de Cuidado

em Saúde Mental, Álcool e outras drogas: o cuidado que eu preciso”. “O nome do projeto tem propositalmente esse ‘eu’ na frase, mostrando o singular, revelando que quem fala nessa linha tem voz e que essa voz tem que ser escutada. O usuário quase sempre é deixado de lado no discurso, inclusive por especialistas de saúde

das redes”, afirma a coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, Karol Cabral.

“A organização dos processos de trabalho foi o primeiro desafio a ser enfrentado para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-los operando de forma centrada no usuário e em suas

necessidades. Ao estabelecer uma Linha de Cuidado, o Governo do Estado rompeu com o antigo modelo de atenção e iniciou um trabalho de educação permanente, para que todas as pessoas envolvidas no processo entendam a linha de cuidado. Realizamos um mapeamento dos serviços disponíveis em cada município e estamos trabalhando a regionalização da saúde, pois nunca teremos todos os equipamentos em todos os municípios. A linha de cuidado rompe com alguns poderes. Esse modelo de um gestor, na linha de cuidado, não funciona. É preciso criar um grupo multiprofissional, envolvendo profissionais de diferentes áreas”, explica Karol.



Em Porto Alegre, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) desenvolveu um trabalho pioneiro nesse sentido. Há cerca de oito anos, os trabalhadores da área de saúde mental da instituição constataram que havia muita força nos serviços, mas ainda uma desarticulação com as políticas públicas e pouco planejamento das práticas nos serviços. “A discussão em torno da linha de cuidado surgiu dentro de uma perspectiva de reformular o processo de trabalho, de gestão, promovendo integração e articulação dos profissionais de saúde mental. A formulação de uma política em saúde mental para o GHC foi pensada seguindo princípios do Sistema Único de Saúde, da reforma psiquiátrica, das leis e portarias vigentes. Essa política surgiu para balizar as ações em saúde mental desenvolvidas em cada local de atendimento e permitiu o surgimento da figura dos gestores do cuidado. Hoje, estamos em um momento de retomada da linha, no sentido de que lá é o espaço em que se discute qual a política de saúde mental que devemos seguir”, explica Gabriela Godoy, coordenadora dos serviços de Saúde Mental do GHC e integrante da equipe de Linhas de Cuidado em Saúde Mental do Grupo.

O foco no usuário também é ressaltado na articulação promovida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre. “Ao or-

ganizar a linha de cuidado, trabalhamos para não enrijecer os fluxos, para poder respeitar singularidades. Se um usuário que é atendido pelo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas não quer ser tratado por um CAPS AD, porque ele não pode ir para um CAPS II ou ir para o ambulatório de saúde mental? Temos discutido essas questões, com o objetivo das equipes trabalharem a integralidade das ações”, afirma a coordenadora de Saúde Mental da SMS, Loiva Leite.

A constatação de que o usuário deve fazer parte da construção do cuidado de sua saúde é um dos pontos centrais do projeto terapêutico, um dos principais disparadores da linha de cuidado. Além disso, a linha deve sempre partir da realidade do usuário e não da rede de serviços.

É necessário, portanto, trabalhar com o conceito de construção da linha de cuidado a partir de uma avaliação dos riscos à saúde que o usuário está exposto (clínicos, sociais, econômicos, ambiental e afetivo), ou seja, a partir da própria noção ampliada de saúde. Somente assim a linha de cuidado será eficiente no campo da saúde mental.

O Conselho Regional de Psicologia acredita na importância de dar visibilidade a ações, como a Linha de Cuidado, exemplos de iniciativas propositivas na área de Saúde Mental.

A questão da integralidade de atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas, especialmente, do percurso construído pelo usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir ações integrais em saúde é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica especializada, atenção às urgências e em todos os outros níveis assistenciais.

Reflexões a partir de experiências entre Saúde Mental e Atenção Básica em Santa Maria/RS

Douglas Casarotto de Oliveira¹

Como trabalhador no CAPS ad Cia do Recomeço, em Santa Maria, compartilho com vocês minha experiência apresentando questões referentes às condições para um trabalho entre CAPS e Atenção Básica.

De 2005 a 2009 desenvolvemos um projeto denominado Saúde Mental na Roda (SMR), onde realizávamos oficinas periódicas com trabalhadores da Atenção Básica (AB) visando a sua qualificação para lidar com aspectos subjetivos envolvidos nos processos saúde-doença. Desses quatro anos de atuação levanto questões que tomo como analisadores (BAREMBLITT, 1994):

1 - Como a equipe de saúde mental concebe sua função em relação à AB? Em Santa Maria, os serviços de saúde mental tinham poucos espaços de educação permanente, que possibilitassem a construção de uma noção comum quanto sua responsabilidade em relação à AB, além dos atendimentos dos usuários que chegam aos serviços.

2 - Como organiza seu Plano Terapêutico Institucional (PTI) para dar conta da Função Apoio (FERNANDES, 2012)? Não há possibilidade de ações fora do CAPS devido a grande demanda de atendimento dos usuários na sede. Atividades diretamente com os usuários são colocadas com uma valoração diferente do trabalho com a AB. Uma situação que se mantém numa escolha como essa é o desinvestimento no potencial cuidador das outras equipes de saúde e uma tendência a centralização dos cuidados em apenas um ponto da Rede.

Em 2009, quando ingressei na equipe de implantação do CAPS ad Cia do Recomeço, o desafio era inventar um CAPS ad de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, Política Nacional de Humanização. Para além dessas referências, básicas ao trabalho em Saúde Mental, havia um desafio na proposta de inventar uma prática de Apoio Matricial com a AB, que além de lidar com os analisadores acima identificados, dizia respeito a seguinte questão: como produzir um processo educativo com trabalhadores para atuar com usuários de drogas coerentes com as políticas referidas acima? A primeira vista a questão pode parecer

desnecessária, tendo em vista os diferentes materiais educativos e curso promovidos para atuar com usuários de álcool e drogas, em sua maioria seguindo a liturgia sugerida pela SENAD. Contudo, quando passamos a problematizar a educação tradicional sobre drogas e seus efeitos na produção de cuidados as pessoas que as usam (OLIVEIRA, 2009) tomamos como desafio que a proposição de ações de Apoio Matricial com a AB do CAPS ad Cia do Recomeço que abordasse o campo das drogas e seus usos de com a amplitude que lhe é inerente, buscando desconstruir sua vinculação restrita aos campos da saúde e justiça.

Dessas experiências, uma aprendizagem julgo importante de ser destacada: mesmo a equipe de Saúde Mental estando ciente de sua função em relação à AB e organizando seu PTI para tal trabalho, há a necessidade construir uma maneira de trabalho onde os envolvidos estejam permanentemente atentos aos analisadores que surgirão em seu cotidiano de trabalho com a AB, para que estratégias de atuação possam ser criadas a partir de sua inclusão como material de trabalho.

Assim, constituir equipes de Saúde Mental e de Atenção Básica que consigam trabalhar com o que normalmente é considerado “problema” tomando-o analisador, em minha opinião torna-se uma das aprendizagens potencializarão que as equipes construam, a partir de sua capacidade de análise e seus recursos locais, diferentes estratégias e dispositivos para tentar sua resolução, cientes que essas criações só têm validade enquanto funcionam ao fim a que foram inventadas.

¹ Graduado em psicologia pela UFSM, Mestre em Educação pela UFSM, docente do Curso de Graduação em Psicologia da FISM e integrante do Grupo Itaca (ensino na área de Redução de Danos). Servidor público na Prefeitura Municipal de Santa Maria, participa como psicólogo e membro do grupo gestor da equipe de implantação do CAPS ad II CIA do Recomeço.

Referências

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

FERNANDES, F. (In)Ventando Multiplicidades: A Função Apoio enquanto dispositivo de Produção De Saúde no SUS. Trabalho de Conclusão de Curso (Aprimoramento Multiprofissional e Especialização em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, D. C. *Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação*. 152f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação, UFSM, 2009.

O Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio do Pardo: uma Referência em Saúde Mental

Carla Guimarães da Silva¹

Há movimentos que precisam ser lembrados, uns para uma reafirmação da proposta, outros para serem usados como exemplo, como modelo de conquistas. É o caso do Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio do Pardo.

O Fórum surgiu em 1997, em um encontro dos profissionais de saúde mental da região da 13ª Coordenadoria de Saúde para debater o tema saúde mental, realizado em Santa Cruz do Sul. A partir daí não paramos mais. Iniciamos um movimento com o objetivo de implantar, fortalecer e acompanhar a Reforma Psiquiátrica na região. As reuniões acontecem mensalmente de forma itinerante, cada mês em uma cidade ou serviço diferente para estarmos próximos da realidade de cada município. A participação é aberta a todos os interessados no tema, mas temos a presença constante de profissionais de saúde, estudantes universitários, usuários dos CAPS e comunidade.

Para comemorarmos e promovermos a saúde mental na região, criamos um encontro anual. Cada ano uma cidade da região sedia o evento no qual participam mais de 600 pessoas. O evento se constitui num espaço privilegiado de debate de temas pertinentes à saúde mental e à reforma psiquiátrica, de confraternização e festa em que se comemora o Dia da Luta Antimanicomial. O evento é esperado por todos, principalmente pelos usuários dos CAPS e dos serviços de saúde. Em 2012, Candelária sediou o encontro que teve como tema o Carnaval. A iniciativa fez com que o trabalho realizado na saúde mental se tornasse reconhecido e respeitado.

Trabalhamos juntos nos momentos difíceis, criando e reafirmando a necessidade de cada CAPS, desconstruindo velhos modelos e construindo novos paradigmas, agregando profissionais e gestores na construção de uma rede eficaz e fortalecida em saúde mental.

Hoje, a região conta com nove CAPS cadastrados no Ministério da Saúde. Em relação ao número de habitantes, foi a região com maior cobertura de CAPS no estado e hoje temos a maior cobertura de leitos em tratamento de álcool e outras drogas. São



52 leitos em hospital geral e duas comunidades terapêuticas disponibilizando 34 leitos cadastrados pelo SUS. Uma rede fortalecida na atenção primária, com referência em saúde mental em todos os municípios da região. O Fórum participa de colegiados de gestão, desenvolveu junto à UNISC o primeiro Programa de Educação pelo Trabalho Regional do Brasil, o PET Saúde Mental, participa da Comissão de Integração Ensino e Serviço da 13ª Coordenadoria de Saúde, integrando o GT que atua na organização e execução do Curso de Extensão Integralidade e Saúde Mental com duas edições regionais. Participou da organização e mobilização das conferências de saúde mental, que atingiram um número de participantes maior do que as próprias conferências de saúde nas regiões. Esteve presente em todas as instâncias em que houve discussões e grupos de trabalho envolvendo a saúde mental, sempre se posicionando na defesa dos direitos dos usuários e nas políticas que veem a este encontro, como a Humanização, a Educação Permanente e outras.

O Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo é um movimento ativo, presente na história da saúde mental da região e do estado. Um movimento do qual nos orgulhamos de participar e, sem dúvida alguma, uma referência na luta antimanicomial e na promoção da saúde mental.

¹ Psicóloga, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santa Cruz do Sul e integrante do Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio do Pardo.

Redução de Danos

O Programa de Redução de Danos (PRD) é uma estratégia de abordagem utilizada na Saúde Pública para reduzir os danos que decorram de alguma prática que coloque em risco a saúde, como, por exemplo, o uso abusivo de drogas. O PRD busca melhorar a qualidade de vida das pessoas que usam drogas, informando-as e respeitando sua liberdade para decidir sobre seu processo terapêutico.

O trabalho do Redução de Danos segue diretrizes e princípios do SUS, da reforma psiquiátrica – na defesa do cuidado em liberdade – e, acima de tudo, da Constituição Federal Brasileira, que prevê que saúde é um direito de todos.

Em Pelotas, o Programa de Redução de Danos da Secretaria Municipal da Saúde existe desde 2001. Atualmente, a equipe é formada pela coordenadora (psicóloga social), enfermeira e seis Agentes Redutores de Danos – ARD (entre eles uma assistente social e uma cientista social). “Estamos aguardando a contratação de mais seis agentes redutores de danos. Nosso maior desafio no momento é trabalhar com equipe reduzida e com a falta de uma rede sensibilizada para atender as demandas das pessoas que usam drogas, além do estresse diário de conviver com as misérias das pessoas acessadas, que em sua maioria são de alta vulnerabilidade social, e o preconceito dos profissionais em trabalhar com pessoas que usam drogas”, diz a coordenadora do Programa, Maria do Carmo Ledesma.

O trabalho de campo em Pelotas é dividido em cinco grandes áreas urbanas da cidade no turno da noite. À tarde, as equipes realizam o trabalho com profissionais do sexo e visitas domiciliares, quando solicitadas. “As pessoas que usam drogas são abordadas nas esquinas, nos becos, nos ‘mocós’ (lugares de uso), em bares, na rua, no território onde vivem. Esse é o diferencial do Redução de Danos”, afirma Maria do Carmo. Para ela, a principal característica de um Agente Redutor de Danos é a paixão pela diferença. “O redutor de danos precisa transitar entre as pessoas que usam drogas sem preconceito, sem julgamento, apenas o acolhendo e o auxiliando

em suas demandas, sejam elas de saúde ou não, construindo com as pessoas o seu plano terapêutico singular e negociando o processo desse em que ambos (ARD e pessoa acessada) têm responsabilidades”.

Para a agente redutora de danos, Elisandra Gimenez Vieira, o trabalho junto às pessoas que usam drogas é muito recompensador. “O agente

Redutor de Danos tem um papel de integrador, agregador, mediador e educador em saúde, tornando-se uma figura importante no cuidado delas”, declara.

Alessandra (28 anos), por exemplo, encontrou no trabalho do Redução de Danos apoio para realizar algumas mudanças em sua vida. Ela é usuária de crack e passa as noites cuidando de carros na Av. Dom Pedro II, em Pelotas. “O Redução de Danos me modificou muito. Eu era uma pessoa que ninguém chegava do lado, eu era um animal.





Equipe do Programa de Redução de Danos de Pelotas

Eles conseguiram me acalmar, conseguiram tocar meu coração com palavras. Eles são a família que não tenho”, diz Alessandra. A equipe apresentou a ela alguns pontos de apoio importantes, como o Centro de Referência de Assistência Social para População de Rua (Creas-Pop). “Não somos nós que temos que dizer o que ela tem que fazer. Cada um é protagonista de sua vida. Ela tem que fazer o que ela acha melhor e a gente tem que estar junto”, explica Elisandra.

Seguindo esse princípio, pequenos avanços na redução do vício são comemorados como grandes vitórias, como no caso de Alessandra: “Eu uso crack e não escondo de

ninguém. Eu fumava de segunda a segunda, noite e dia, eu passava sete noites sem dormir. Hoje eu não fumo nas sextas, sábados e domingo. Isso é uma vitória”, conta.

Elisandra destaca que a aproximação inicial com os usuários é geralmente difícil, principalmente pela descrença que as pessoas que usam drogas e que vivem em situação de rua têm com relação às pessoas e às instituições. Alessandra foi internada e seus filhos foram encaminhados pelo Conselho Tutelar para adoção. Agora, ela tenta reverter essa situação, seguindo sua vida marcada pelo vício: “Se eu não arrumar meus filhos de volta, eu vou morrer com meu cachimbo”, afirma.

Já M. (24 anos) é morador de rua e vive em uma esquina do centro de Pelotas. Ele recebe o incentivo dos agentes redutores de danos para melhorar sua qualidade de vida, indo a locais onde possa tomar banho e comer ou procurar um local para dormir mais reservado, que não o deixe tão exposto. “O M. antes dormia aqui na esquina e corria o risco de alguém fazer mal a ele. Hoje, procura um lugar mais escondido e seguro”, conta Elisandra.

São histórias de vida como essas que estimulam a continuação do trabalho do Redução de Danos. Para conhecer de perto o trabalho do Projeto em Pelotas, entre em contato pelo telefone (53) 3284.7711.

“O redutor de danos precisa transitar entre as pessoas que usam drogas sem preconceito, sem julgamento, apenas o acolhendo e o auxiliando em suas demandas, sejam elas de saúde ou não, construindo com as pessoas o seu plano terapêutico singular e negociando o processo desse em que ambos (ARD e pessoa acessada) têm responsabilidades”.

Entrevista com Roberto Tykanori

O Governo Federal quer ampliar os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial em 2012 e até 2014 espera investir, somente em ações com o “Plano Crack”, cerca de R\$ 2 bilhões. Confira a entrevista com o Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori.

Atualmente qual o principal foco de investimento do Governo Federal na área de saúde mental?

No final do ano passado, estabelecemos por meio de um conjunto de portarias a Rede de Atenção Psicossocial. A Rede é destinada ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Queremos, nos próximos anos, priorizar o acesso à Rede e qualificar seu atendimento. Para isso, estamos adotando estratégias de aproximação com estados e municípios, para atingir um número cada vez maior de pessoas.

O processo de “desospitalização” dos usuários do serviço de saúde mental já está disseminado no país ou ainda há resistência?

A ideia principal que envolve a “desospitalização” é a mudança de eixo do investimento. Precisamos sair do raciocínio centrado no hospital e construir outro tipo de modelo, o que inclui a transferência de recursos. No Rio Grande do Sul, o Hospital Psiquiátrico São Pedro segue um modelo completamente anacrônico. Nosso intuito é promover discussões com o objetivo do fechamento do São Pedro. A superação do São Pedro é um desafio que está composto da mesma proporção que foi o de Barbacena, em Minas Gerais. Precisa-

mos unir esforços para que esse hospital seja substituído pela Rede.

Como as comunidades terapêuticas são vistas pelo Governo? Que lugar na política de saúde mental elas ocupam?

As comunidades terapêuticas são entidades que estão em um limbo institucional. O Estado precisa institucionalizar tais comunidades, garantindo que não haja retrocesso em relação aos marcos legais já consolidados. Esse é um setor que está desregulado. Existem bons exemplos, assim como exemplos abomináveis. Para estarem de acordo com a política do ministério, as comunidades deverão cumprir políticas e pré-requisitos do SUS. Aquelas comunidades que quiserem se relacionar com o SUS terão que estar adequadas, seguindo parâmetros aceitáveis, tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista ético.

Qual a sua visão sobre internação compulsória?

Em primeiro lugar, é importante esclarecer alguns termos. Existe uma confusão entre os termos recolhimento e internação compulsória. O recolhimento compulsório não está na esfera da saúde, é quando o Estado atua, mediante decisão prévia, sobre a restrição de certos grupos. As internações compulsórias são subordinadas a laudos médicos, são feitas de acordo com a lei que prevê tal atuação. A internação involuntária deve ser operada dentro daquilo que está previsto na lei, ou seja, supõe uma avaliação. Ela supõe uma avaliação e uma indicação de internação que no caso vai se colocar contra a vontade do sujeito. As ações involuntárias são focadas e pontuais, só se justificam quando é uma questão de crise aguda.

Entrevista com Décio de Castro Alves

O psicólogo, especialista em Saúde Mental Pública e em Gestão de Serviços de Saúde, assessor técnico da divisão de Saúde Mental da Secretaria da Saúde de São Bernardo do Campo, Décio de Castro Alves, fala sobre a criação de uma política inclusiva e integral, orientada pelos princípios da luta antimanicomial na perspectiva da redução de danos e pela garantia dos direitos humanos.

O senhor acredita que as comunidades terapêuticas são os novos manicômios?

Não, mas acho que podem ser piores que o hospício. Estão espalhadas por todo território nacional, capilarizadas e alimentadas, boa parte delas, por “princípios religiosos”, o que as tornam dispositivos de fé e evangelização, apoiadas pelas comunidades que professam da mesma fé e embasadas na ideia de que o Estado não faz/fez nada para enfrentar a “epidemia do crack”, o que, absolutamente, não é verdade. Praticam uma política segregacionista, de afastamento dos sujeitos às suas realidades, em ambientes fechados, condição básica – segundo a ONU – para a violação de Direitos Humanos dos cidadãos submetidos a sua ordem. Além disso, a “Epidemia da mídia sobre o crack” torna a opinião pública tendenciosa, ansiosa por uma solução rápida para todos estes problemas seculares de desigualdade social.

As internações compulsórias ainda são defendidas por parte da sociedade. Quais suas principais críticas a essa prática?

A internação compulsória é um dispositivo jurídico/institucional previsto em lei e que deve ser utilizada pelo Estado em condições bem específicas, quando todos os dispositivos de cuidado em saúde mental já foram

utilizados e não produziram o resultado esperado, que é reduzir o risco iminente de morte que os sujeitos possam produzir a si próprios ou a terceiros. Transformar a internação compulsória em dispositivo geral da política pública tem um nome: higienização. Há pelo menos 400 anos sabemos que esta prática é ineficaz e produtora de mais sofrimento humano e violações de toda a ordem contra os sujeitos a quem o Estado tem o dever de ofertar tratamento em saúde.

Na sua opinião, quais são as atividades ou práticas mais eficientes no tratamento de pessoas com transtornos mentais e dependentes de álcool e outras drogas?

Todas aquelas previstas, discutidas e aprovadas pela IV Conferência Nacional De Saúde Mental - intersetorial de 2010. As práticas que respeitam o cidadão como sujeitos plenos de direito, ofertando conjuntos de cuidados que vão para além da Atenção Integral em Saúde Mental, previstas pelo SUS.

O que o senhor acredita que é necessário para que a rede pública de atenção psicossocial funcione melhor? Em que áreas o Governo deveria focar seus investimentos?

No caso da Saúde Mental, não tenho dúvida que o investimento prioritário deve ser nos dispositivos de atenção integral de base comunitária, os chamados CAPS III, com funcionamento 24 horas e com oito leitos para hospitalidade diurna/noturna. No caso de Álcool e Drogas, as equipes de redutores de danos e os consultórios de rua, assim como as repúblicas terapêuticas, devem ser capilarizadas pelo território nacional.

Confira a entrevista na íntegra no site www.crprs.org.br.

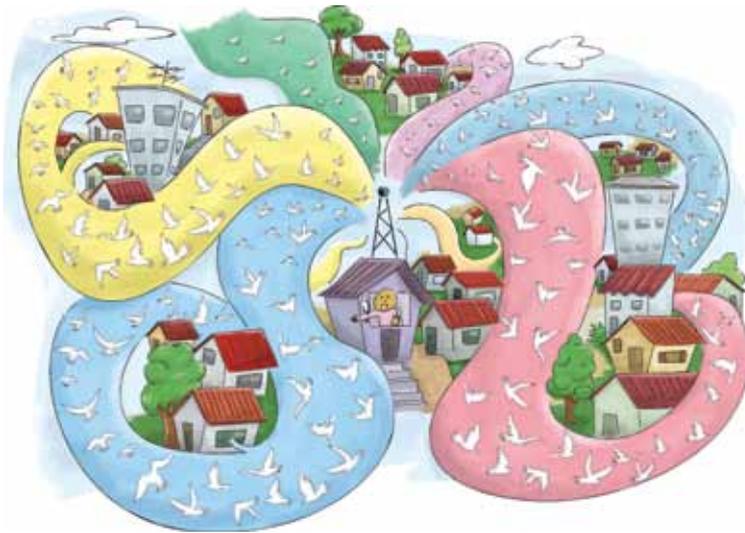
Usuários dos Serviços de Saúde Mental conquistam espaço nas rádios comunitárias

Diversas práticas de cuidado em saúde mental orientadas pela Reforma Psiquiátrica estimulam formas de atenção à saúde por meio de manifestações artísticas, como as experiências de radiodifusão protagonizadas por usuários e trabalhadores da rede de serviços de saúde mental em Porto Alegre.

Mário Francis Petry Londero, psicólogo e residente de saúde mental da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, participa do programa Quartas Intenções e explica que o projeto é uma ação intersetorial a partir de seu laço com a cultura, com a arte e suas potências de vida, que vão para além de um cuidado específico de determinada patologia. “Desloca o sujeito que normalmente está situado por uma lógica enraizada no sofrimento, na procura de serviços que tratem de sua doença, que diminuem sua vida, a produzir novos sentidos, em seu potencial expressivo”, afirma Francis. Outro exemplo nesse sentido é o coletivo de Rádio Potência Mental. Marlon Farias, usuário de saúde mental, participa do Potência Mental e conta que o grupo escolhe os assuntos e as músicas que serão apresentados em uma reunião semanal. São temas como amizade, juventude e velhice, discos voadores, flores, teatro e prostituição. “Eu gosto do programa, eu gosto de paixão, eu morro de paixão. Sou fã dos programas de rádio que têm voz de locutor como eu. Na rádio eu falo das coisas que eu gosto,

coisas da minha vida, do meu interior e até declamo poesias”, conta.

Já Ari Izolan Velasque, usuário de saúde mental, considera o programa uma terapia. “É aqui que se constrói, que se tem amigos. A pessoa que tem um problema assim, parece que a sociedade reprime. Eles acham que a pessoa que tem problema tem uma doença que pega. Como pessoas que estão para ajudar ainda têm medo? Medo do que?”, declara.



Potência Mental

O programa vai ao ar quinzenalmente às sextas-feiras, às 10h, na Rádio Comunitária da Lomba do Pinheiro – 87.9 FM.

<http://potencialmental.blogspot.com.br>

Quartas Intenções

O programa vai ao ar todas as terças-feiras, das 14h às 15h, na rádio comunitária AMORB, no bairro Rubem Berta.

<http://radioquartasintencoes.blogspot.com.br>

Dicas de leitura sobre o tema

Artigo “Do AT à radiodifusão como estratégia de ocupação da cidade” – Analice Palombini, Karol Cabral e Márcio Belloc. Disponível em http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/MR_399c.pdf

Livro “Tecnologias em Rede. Oficinas de Fazer Saúde Mental” de Analice Palombini, Cleci Maraschin e Simone Moschen.

Eu Sou Você

O livro “Eu Sou Você”, lançado no final de abril, é uma produção da pesquisa e extensão de docentes e discentes dos Institutos de Psicologia e de Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, organizado pelas professoras Dra. Tania Galli Fonseca e Dra. Blanca Brittes, a partir do trabalho da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Trata-se de um catálogo de obras de “artistas-loucos, loucos-artistas” em que sujeitos expressam, livre e criativamente, suas mais complexas possibilidades de ser-estar na vida, em que a loucura faz parte. Muda o olhar, que desvia do doente medicalizado para o sujeito singular, mostrando que outras formas de se expressar são possíveis. Oportunidades como essas, de não reprodução da lógica manicomial, surgem como emergência em nossa sociedade, como espaços de presença ativa de uma linguagem enunciativa



operacional, oportunidades de novas vidas. Espaços produtores de rupturas de sentidos fecundos de uma linguagem enunciativa.

O acervo foi tomado como campo de pesquisa e extensão para a Psicologia e para as Artes propiciando um importante material para problematizações referentes às relações entre arte, loucura e sociedade. Aponta para a potência da arte no sentido da produção de um possível diálogo entre normalidade e patologia, do qual emerge uma linguagem que se encontra distante dos diagnósticos e do costumeiro *apartheid* sócioafetivo instituído pela sociedade em relação à ‘desrazão’.

ONDE ENCONTRAR

O livro pode ser adquirido em Porto Alegre, na Oficina de Criatividade (Rua Bento Gonçalves, 2460) e na loja Koralle do Santander Cultural (Rua Sete de Setembro, 1028).

Patologização e Medicalização da vida em discussão

Preocupados com o modo como a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doença Mental — DSM-V (que será lançado em 2013) apresenta a classificação dos “quadros psiquiátricos”, respondendo ao processo de medicalização da vida em curso na atualidade, o Conselho Regional de Psicologia – em parceria com professores do Curso de Psicologia da UFRGS e profissionais vinculados à Associação Psicanalítica de Porto Alegre – tem discutido a temática e estratégias para promover o debate público sobre o assunto.

O debate tem circulado por diferentes autores, que entendem a medicalização como um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. Esse processo promove, cada vez mais, falta de capacidade de enfrentamento autônomo de adoecimentos e dores cotidianas, que passam a ser entendidas como fenômenos que necessitam de intervenção biomédica.

Desde o lançamento do DSM III, há um crescente “achatamento” da psicopatologia ao estudo de sinais e sintomas. Na Medicina, com os avanços tecnológicos na busca de marcadores biológicos, se intensifica em reconhecer toda e qualquer manifestação como uma possível doença a ser observada no funcionamento do corpo.

O campo psíquico não se restringe a um substrato orgânico, por isso o conjunto de sinais e sintomas se agrupa em “transtornos”, caracterizados como a oposição a uma suposta normalidade, o que, muitas vezes, carrega um viés moral, uma normatização. Nessa lógica, não se considera a produção de sentidos para os sinais e sintomas, procedendo-se apenas a sua compilação. Com isso, a clínica se reduz a uma mera relação entre sintoma/diagnóstico e medicação, esvaziando a dimensão singular do cuidado.

A tendência atual da Psiquiatria, a partir dessa lógica, é tratar os sintomas por meio do uso de vários medicamentos. Essa tendência é preocupante por promover o enquadramento de várias modalidades de sofrimento psíquico como um

único e, preferencialmente, sintetizando em forma de tratamentos leve, moderado ou grave. Por esse motivo, o próprio conceito de transtorno já contém em si um viés autoritário, eticamente condenável, por sua intencionalidade de prescrição moral, a partir de uma análise de comportamento mais aceitável socialmente.

Essa simplificação da psicopatologia tem trazido inúmeros benefícios à indústria farmacêutica. Sem uma causa definida para tratar, do ponto de vista biológico, os medicamentos tratam os sintomas decorrentes do transtorno, desconsiderando a história e a experiência de vida do sujeito. Como não há um único psicofármaco que dê conta de todos os sintomas, adotam-se verdadeiros “coquetéis”.

O ser humano tem a necessidade de buscar uma palavra que dê sentido àquilo que sente e busca no discurso social algo para nomear seu sofrimento, chegam aos consultórios já se caracterizando por definições compartilhadas pela sociedade como, “eu sou bipolar”, “eu tenho síndrome do pânico” e não descrevendo seus sintomas. Ou seja, utilizam um diagnóstico para relacionar sintomas e definir como transtorno qualquer manifestação da personalidade com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença. Sem desconsiderar a importância do apoio farmacológico, em muitos casos clínicos o que se observa são prejuízos na vida do sujeito quando tentam substituir o seu discurso por um rótulo.

Encontros discutem o tema

Interessados em integrar o debate devem entrar em contato pelo e-mail imprensa@crprs.org.br, solicitando informações sobre data e local do próximo encontro.

Algumas sugestões de leitura sobre o tema

JERUSALINSKY, A; FENDRIK, S. O livro negro da Psicopatologia contemporânea. São Paulo: Via Lettera. 2011.

CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F. (organizadores). Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Santa Catarina: Editora Unisul, 2010.

18 de maio: Dia Nacional da Luta Antimanicomial

Mental Tchê

São Lourenço do Sul - 17 e 18 de maio

A 7ª edição do Mental Tchê teve como principal Linha de Cuidado em Saúde Mental “O cuidado que eu preciso”. O CRPRS promoveu a Roda de Conversa Saúde Mental da Diversidade e esteve presente na abertura oficial do evento.



Roda de Conversa sobre Experiências Exitosas em Saúde Mental

Porto Alegre
15 de maio

A Comissão de Políticas Públicas do CRPRS promoveu Roda de Conversa sobre Experiências Exitosas em Saúde Mental. A psicóloga e atual Secretária Municipal de Saúde de Candelária, Aline Gewer Trindade, apresentou o trabalho “Organização da rede para a prevenção do suicídio no município de Candelária”. Já a psicóloga do CAPS II de Santa Cruz do Sul, Carla Guimarães, falou sobre “Fórum Regional permanente de saúde mental do Vale do Rio Pardo: 16 anos de história”.

Mobilização de usuários

Pelotas - 16 de maio

A Associação dos Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental de Pelotas organizou mobilização no centro de Pelotas, prestando esclarecimentos à população e expondo trabalhos de artesanato realizados pelas oficinas terapêuticas dos CAPS. A atividade foi idealizada pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas que tem a participação do CRPRS.



Interlocações entre experiências e serviços

Caxias do Sul - 17 de maio

Debate com a participação do usuário de serviços da saúde mental de Florianópolis, Nilo Marques de Medeiros Neto; do estudante de sociologia da UCS, Roque Júnior e da psicóloga do CAPS de Farroupilha, Nádia de César dos Reis.

Exibição e debate dos documentários “Ruínas da Loucura”, de Rafael Wolski, e “Adaptação Inteligente”, de Nilo Neto. Atividade promovida pelo CRPRS em parceria com o Diretório Acadêmico da UCS.



Palestra sobre Saúde Mental

Santa Maria - 15 de maio

O CRPRS promoveu em Santa Maria palestra com os psicólogos Guilherme Carlos Corrêa (UFSM) e Débora

Rocha da Costa (CAPS), que relataram experiências criativas com diversidade, a mudança de paradigma epistemológico na saúde mental e práticas de cuidado aliadas à ética do cuidado.

Debate Rupturas e Desafios da Reforma Psiquiátrica

Caxias do Sul - 18 de maio

Apresentação de atividades de serviços de Saúde Mental e debate com a participação da conselheira do CRPRS, Maria de Fátima Fischer; da psicóloga, Simone Chandler Frichembruder e do usuário Nilo Neto. Atividade promovida pela Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul.



Pensar e Fazer

Psicologia no contexto das Políticas Públicas



Silvia Giugliani e Carolina dos Reis - Assessoras Técnicas do CREPOP

Nesta nova edição do EntreLinhas, temos mais uma oportunidade de ativar nosso canal de comunicação! Aproveitamos o momento para atualizar com a categoria profissional nossas articulações e atividades!

Neste ano de 2012, o CREPOP estará integralmente dedicado à realização da pesquisa com foco nos psicólogos que desenvolvem práticas profissionais, tendo como campo as ações destinadas à População de Rua.

Mais uma vez nosso contexto será intersetorial, sem descartar nenhuma experiência. Estamos iniciando o mapeamento dos psicólogos considerando os campos da Saúde, Assistência Social e Educação. Devemos ampliar a localização dos profissionais, levantando informações junto à política de Moradia e Geração de Renda.

Neste primeiro semestre, será realizada uma reunião aberta para disparar o debate da temática de forma intersetorial e multiprofissional. No segundo semestre, provavelmente entre os meses de setembro e outubro, realizaremos o encontro presencial, tendo os profissionais da psicologia como convidados para compartilhar suas experiências e reflexões.

Aproveitamos este espaço para compartilhar que os Encontros Conversando Sobre a Psicologia e o SUAS estão acontecendo com sistemática mensal na

sede do CRPRS (Porto Alegre) e bimestral na Subse-
de Serra (Caxias do Sul). Retomaremos os encontros iniciados em Santiago, agora considerando a região abrangida pela Subsele Centro-Oeste (Santa Maria).

Assegurando a execução do planejamento proposto, estaremos organizando a realização dos encontros também junto a Subsele Sul (Pelotas).

Acreditamos que estes espaços fortalecem nossa articulação, potencializam nossa intervenção e especialmente efetivam a presença da psicologia no campo das Políticas Públicas, neste momento tendo o SUAS como campo disparador desta articulação que deverá ser ampliada a médio prazo para Saúde e Educação. Cronograma e informações gerais sobre os encontros podem ser acessados no site do CRPRS.

Fique atento para as chamadas das Consultas Públicas, parte do processo de atividades do CREPOP, que compõe os procedimentos finais para elaboração dos Documentos de Referência Técnica dos campos já pesquisados.

Esta conexão de informações deverá potencializar encontros, contatos, trocas e muitas outras demandas que poderão ser trazidas pela própria categoria. Encerramos esta matéria ressaltando que a luta por assegurar práticas de saúde mental antimanicomial também deverá ser defendida nos espaços das Políticas Públicas.

FIQUE ATENTO E PARTICIPE!

Prepare-se para participar das atividades que marcarão as comemorações dos 50 anos da regulamentação da Psicologia no Brasil.

I Mostra Regional de Práticas em Psicologia – A Técnica Aliada à Arte – “50 anos de História”
Inscrições de trabalhos a partir de junho. A Mostra acontecerá nos dias 24, 25 e 27 de agosto na Casa de Cultura Mário Quintana. Detalhes da programação em breve no site do CRPRS.

Exposição Itinerante “Psicologia: 50 anos de Profissão no Brasil”

Agosto em Porto Alegre

De 02 a 10/08 na Câmara Municipal de Porto Alegre

De 13 a 18/08 no Mercado Público Central de Porto Alegre

De 20 a 27/08 na Casa de Cultura Mário Quintana

Acompanhe a itinerância da Mostra pelo estado no site do CRPRS.

2ª Mostra Nacional de Práticas em Psicologia

20, 21 e 22 de setembro no

Anhembi em São Paulo / SP

Informações:

<http://mostra.cfp.org.br>



PROFISSIONAL DESTAQUE

50 ANOS DA PSICOLOGIA

O CRPRS irá homenagear cinco psicólogos que são ou que foram referência para a psicologia no Rio Grande do Sul nestes 50 anos de regulamentação da profissão. Os nomes dos homenageados serão escolhidos pelos psicólogos regularmente inscritos. Participe dando a sua indicação no site www.crprs.org.br/profissionaldestaque.

Práticas alternativas

Esclarecimento quanto ao uso de técnicas e/ou práticas em desacordo com os critérios científicos ou metodológicos da Psicologia enquanto ciência e profissão

Os profissionais psicólogos só podem associar, utilizar e anunciar sua prática profissional a princípios e técnicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional.

As práticas ditas “alternativas”, ou as que não estão contempladas pelos critérios científicos e reconhecidas no âmbito da profissão, só poderão ser utilizadas pelo psicólogo quando em pesquisa. Tal fato decorre da obrigação delegada aos Conselhos de Psicologia em definir, em termos legais, quais são as técnicas e práticas psicológicas autorizadas ao uso, proporcionando as devidas orientações à sociedade em geral, assim como assessorando os profissionais psicólogos quanto a atenderem tais requisitos, numa clara manifestação de responsabilidade social e ética frente aos que buscam os serviços psicológicos. Vale lembrar que não há uma lista de práticas alternativas, a análise deve ser feita por cada profissional quando decidir utilizar determinada técnica.

Sugerimos a leitura das Resoluções CFP nº 010/1997 e nº 011/1997, que podem ser

acessadas pelos seguintes endereços eletrônicos – www.pol.org.br (Resoluções) ou www.crprs.org.br (Resoluções).

Quanto à realização de pesquisa com uma determinada prática, essa deverá seguir critérios estabelecidos para a pesquisa envolvendo seres humanos. Sugerimos a leitura da Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 016/2000 e da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, CNS nº 196/1996 (www.conselho.saude.gov.br).

O reconhecimento da validade dessas técnicas dependerá da ampla divulgação dos resultados derivados da experimentação e do reconhecimento da comunidade científica, não apenas da conclusão da pesquisa.

O Serviço de Orientação e Fiscalização do CRPRS está à disposição para esclarecer dúvidas com relação ao uso de técnicas e/ou práticas que não estão de acordo com os critérios científicos ou metodológicos da Psicologia enquanto ciência e profissão. Agende horário de atendimento pelo telefone (51) 3334.6799 ou pelo email orientec@crprs.org.br.

TRÂNSITO

O CRPRS convida todos os Psicólogos do Trânsito a participar de encontros para refletir sobre melhorias necessárias para que a Psicologia possa contribuir ainda mais com a segurança no trânsito.

“A prática precisa ser valorizada e respeitada por todos. A atuação do Psicólogo do Trânsito contribui para promover a segurança dos usuários do sistema de trânsito e, conseqüentemente, de toda a sociedade, já que o psicólogo é um dos responsáveis pela aprovação do candidato para a condução de veículos automotores”, afirma a presidente da Comissão de Trânsito e Mobilidade Humana, Sinara Tres.

Ao final desses encontros, haverá o Seminário itinerante “Psicologia do Trânsito em Trânsito pelo Brasil”, em 27/07, na sede do CRPRS.

Confira a agenda completa dos encontros:

- 04/05 – Santa Maria, das 19h30 às 22h
- 26/05 – Porto Alegre, das 09h30 às 12h, na sede do CRPRS
- 15/06 – Pelotas, das 19h30 às 22h, na subsede do CRPRS
- 29/06 – Caxias do Sul, das 19h30 às 22h
- 13/07 – Passo Fundo, das 19h30 às 22h (em local a definir)

Cursos

Psicanálise Vincular e Psicopatologia
2 de junho de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019.5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Cuidando de Quem Cuida: Programa Continuado de Suporte aos Profissionais da Educação
04 de junho, 02 de julho, 06 de agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019.5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Psicoterapia Infantil – Psicoterapia Média por Contos
16 de junho de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51) 3581.4055 / (51) 9326.2497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Avaliação Psicológica Aplicada a Trabalhadores em Espaço Confinado
16 de junho de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3330.4000
projecto@terra.com.br
http://www.projecto-psi.com.br

Transtornos do Humor - Avaliação e Tratamento
7 de julho de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019.5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Psicoterapia Infantil – Lugar dos pais na Psicoterapia de Crianças e Adolescentes
14 de julho de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51) 3581.4055 / (51) 9326.2497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Curso de Extensão “Harry Potter e as magias da adolescência”
18 de julho de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51) 3581.4055 / (51) 93262497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Curso de Extensão “Psicoterapia breve”
21 de julho de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51) 3581.4055 / (51) 93262497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Especialização em Psicologia Hospitalar
Início em agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3359.8507
L-PICCAP-PsicologiaHospitalar@hcpa.ufrgs.br
http://www.hcpa.ufrgs.br

Formação em Psicanálise das Configurações Vinculares
Início em agosto
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019.5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Formação em Teoria Psicanalítica e a Clínica Psicoterápica
Início em agosto
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019.5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Especialização em Psicologia Hospitalar
Início em agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3359.8507
L-PICCAP-PsicologiaHospitalar@hcpa.ufrgs.br
http://www.hcpa.ufrgs.br

Curso de Extensão - Violência Conjugal
Início em 3 de agosto de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51) 3581.4055 / (51) 93262497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Os transtornos Alimentares e a Obesidade no Contexto Interdisciplinar - Uma Abordagem Contemporânea
4 de agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019.5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Curso de Extensão “Escrever a Clínica”
11 de agosto de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51)3581.4055 / (51) 93262497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Curso de Formação em Terapia Individual Sistêmica
Início em agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: http://www.cefipoa.com.br

Curso de Especialização em Orientação Vocacional e de Carreira
Início em agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3330.4000
projecto@terra.com.br
http://www.projecto-psi.com.br

Debates e Grupos de Estudos

Encontro com Christian Dunker
Início em 1º de junho de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3062.7400
sig@sig.org.br
http://www.sig.org.br

Grupo de Estudos sobre Antonino Ferro - “Fatores de Doença, Fatores de Cura”
2 de junho, 06 de julho, 10 de agosto
Bento Gonçalves/RS
Informações: (51) 3451.9813
iepprn@brturbo.com.br

VII Encontro Internacional da IF-EPFCL
6 a 9 de julho de 2012
Rio de Janeiro/RJ
Informações: (21) 2537.1786
rio2012ifepfcl@gmail.com
http://www.rio2012if-epfcl.org.br

Grupo de Estudo “Freud”
3 de agosto de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51)3581.4055 / (51) 93262497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Exibição do filme “O Discurso do Rei”
9 de agosto de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51)3581.4055 / (51) 93262497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Exibição do filme “O Segredo dos Seus Olhos”
10 de agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019-5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Encontro - A Clínica da Transicionalidade - De Freud a Winnicott
23 a 26 de agosto de 2012
Fortaleza/CE
Informações: (85) 3261.5849 / (85) 8639.6685

Exibição do filme “O Menino do Pijama Listrado”
24 de agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019-5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Curso de Extensão “Avaliação Psiquiátrica”
Início em 25 de agosto de 2012
Novo Hamburgo/RS
Informações: (51)3581.4055 / (51) 93262497
ipsi@via-rs.net
http://www.ipsi.com.br

Congressos, Jornadas, Simpósios

V Jornada Lacan na IPA - O Real, O Simbólico e o Imaginário: O Sujeito e o Sintoma no Século XXI
15 e 16 de junho de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3224.3340 / (51) 3333.6857 / (53) 3227.1610
secretaria@sbspdepa.org.br

I Seminário Nacional “Conhecimento para Transformação Social - o papel dos egressos do stricto sensu”
18 a 20 de junho de 2012
Lages/SC
Informações: egressoseventolages@gmail.com
http://www.egressosseminariolages.com.br/inscricoes.php

V Congresso Internacional de Convergência – O Ato Psicanalítico – suas incidências clínicas, políticas e sociais
22, 23 e 24 de junho de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3333.2140
info@congressoconvergencia.com
http://www.congressoconvergencia.com

X Congresso Brasileiro de Terapia Familiar
25 a 28 de julho de 2012
Curitiba/PR
http://www.abraterf.org.br/congresso2012/inscricoes_trabalhos.html

VI Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos
2 a 4 de agosto de 2012
Brasília/DF
http://www.asbro.org.br/congresso2012

X Jornada Científica Psicanálise Vincular 2012
17 e 18 de agosto de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 3019.5340
ensino@contemporaneo.org.br
http://www.contemporaneo.org.br

Seminário - Escuta Analítica
18 de agosto de 2012
Passo Fundo/RS
Informações: (51) 3062.7400
sig@sig.org.br
http://www.sig.org.br

XIV Encontro Paranaense de Psicologia e I Congresso Internacional de Psicologia da Triplice Fronteira
23, 24 e 25 de agosto de 2012
Foz do Iguaçu / PR
Informações: (41) 3013.5766
http://www.epp.org.br

I Congresso “Persona, Mundo y Coexistencia”
9 de setembro de 2012
Lima/Peru
http://www.congreso.logoterapia.pe

Seminário - O homem dos ratos
15 de setembro de 2012
Passo Fundo/RS
Informações: (51) 3062.7400
E-mail: sig@sig.org.br
Site: http://www.sig.org.br

II Congresso Internacional Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial
3 a 5 de outubro de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: (51) 2108.3111
saudemental2012@officemarketing.com.br
http://www.ulbra.br/saude-mental/

I Congresso Brasileiro e Latino-Americano de Terapia Cognitiva da Infância e Adolescência
1 a 3 de novembro de 2012
Porto Alegre/RS
Informações: http://www.concriad.com.br

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> endereço insuficiente
<input type="checkbox"/> falecido	<input type="checkbox"/> não existe o número indicado
<input type="checkbox"/> recusado	<input type="checkbox"/> desconhecido
<input type="checkbox"/> não procurado	<input type="checkbox"/> inf.porteiro/síndico
<input type="checkbox"/> mudou-se	<input type="checkbox"/> outros (especificar)

_____/_____/_____
data

rubrica do responsável

VISTO