

Jornal do Psicólogo

ano 23 nº 84 jul/ago 2006

27 de agosto, Dia do Psicólogo



Robson Abreu/Alevi Ferreira

Profissionais mineiros comemoram a data com grande evento. Há quase 50 anos, no dia 27 de agosto de 1962, foi oficializada a profissão de Psicólogo no Brasil e, desde então, a data vem sendo usada para comemorar o nosso dia. Dentro dessas comemorações, o CRP-MG promoverá, nos dias 25 e 26 de agosto, o II Psicologia nas Gerais: o Psicólogo na Saúde Pública e, no dia 27, o Fórum Regional de Psicologia e Saúde Pública.

PÁG. 3

INSPEÇÃO

Confira, na íntegra, o relato da inspeção aos Centros de Internação Provisória de Adolescentes em Conflito com a Lei promovida em BH.

PÁG. 5

SAÚDE MENTAL

Encontro Nacional em Saúde Mental reúne 1.300 participantes.

PÁG. 9

SEMINÁRIO

Sindicato dos Psicólogos promove evento inédito para os profissionais da Psicologia.

PÁG. 10

ARTIGO

Gastão Wagner de Souza Campos

PÁG. 11

Editorial

A presença do psicólogo nas políticas públicas, pelo número crescente de postos de trabalho e pela importante produção de novos conhecimentos para a profissão, constitui hoje um assunto de alto interesse do Sistema Conselhos de Psicologia, de outras entidades da psicologia e de parcela significativa dos Psicólogos.

Neste foco, 2006 foi escolhido como o ano da Psicologia e Saúde Pública. Os Conselhos Federal e Regionais de Psicologia e a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia - ABEP vêm mobilizando a categoria e a sociedade para o debate em torno do tema e já se constata que os resultados terão grande impacto sobre as práticas e a formação do psicólogo brasileiro.

Em todo Brasil a mobilização envolveu milhares de profissionais, estudantes e pesquisadores. Em Minas Gerais, nos eventos promovidos pelo CRP-MG e ABEP Minas, até agora, estiveram presentes cerca de 1.200 pessoas e foram escritas 150 teses sobre o assunto. E nos dias 25, 26 e 27 de agosto de 2006 as atenções estarão voltadas para o *II Psicologia nas Gerais: o Psicólogo na Saúde Pública* e o *I Fórum Regional de Psicologia e Saúde Pública*. As inscrições já ultrapassaram a marca de 1.500 participantes, demonstrando o grande interesse que o tema despertou.

O Sindicato dos Psicólogos de Minas Gerais - Psind-MG, entrando no debate, também organizou um evento onde serão abordadas questões sindicais, como a jornada de trabalho, o piso salarial da categoria e o trabalho em equipe no SUS.

De 20 a 22 de outubro deste ano, acontecerá o Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, em Brasília, com a participação de delegados de todo o País, para definir diretrizes de atuação do Sistema Conselhos em relação à Saúde Pública.

Todo esse o esforço certamente fortalecerá o compromisso da Psicologia com o avanço do SUS, que constitui uma das mais importantes políticas de inclusão social em curso no Brasil, se não na América Latina, e reafirmará o lugar do psicólogo como agente de mobilização e de mudança no fazer em saúde.

A escolha da política pública de saúde como eixo de mobilização da Psicologia, em 2006, já se mostrou exitosa. Aliando-se a estratégia de focar o campo da política pública à efetivação do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - Crepop, e escolhendo o tema do VI Congresso Nacional da Psicologia, que acontecerá em 2007, como sendo: "do compromisso social da psicologia à produção de referências para a prática - construindo o projeto coletivo da profissão", o Sistema Conselhos aponta uma perspectiva de futuro para a profissão que, com certeza, merecerá a atenção dos psicólogos e da sociedade brasileira.

Boa leitura!

CRP-MG REALIZA ASSEMBLÉIA GERAL

No dia 29 de setembro de 2006, o CRP-MG promove em sua sede em BH a Assembléia Geral dos psicólogos inscritos na entidade. A primeira convocação acontecerá às 19h30, com o quorum legal da maioria dos psicólogos inscritos; ou às 20h, em segunda e última convocação, com qualquer número de psicólogos presentes. A Assembléia é um espaço em que todos os psicólogos são chamados a participar da gestão do CRP-MG. Serão apresentadas a execução orçamentária e os projetos realizados no exercício de 2006, bem como o valor da próxima anuidade, a proposta orçamentária e os projetos previstos para o exercício de 2007.

III ENCONTRO JUIZFORANO DE PSICOLOGIA & ENCONTRO DE PSICOLOGIA DA ZONA DA MATA

Com o tema *Psicologia em Construção: Desafios Teóricos e Práticos* acontecerá o III Encontro Juizforano de Psicologia & I Encontro de Psicologia da Zona da Mata, de 26 a 29 de setembro, no Victory Business Hotel, em Juiz de Fora (MG).

O encontro visa promover a troca de conhecimento entre pesquisadores, professores, profissionais e estudantes. A proposta é discutir a Psicologia enquanto ciência e profissão; teoria e prática, por meio de palestras, mesas redondas, minicursos, oficinas, apresentação de trabalhos científicos e mostras de vídeo. Para outras informações, acessar www.enjupsi.com.br.

CIÊNCIA E PROFISSÃO

O *II Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão* acontecerá em São Paulo, de 5 a 9 de setembro. Confira a programação completa do evento no endereço eletrônico www.cienciaeprofissao.com.br. Outras informações pelo telefone 0800-770 6605. O Congresso é uma realização do Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira, composto por 17 entidades.

OBESIDADE MÓRBIDA

Nos dias 29 e 30 de setembro acontecerá a *Jornada sobre Obesidade Mórbida - Um olhar sobre as questões psíquicas*, no Auditório do Hospital Belo Horizonte, Av. Antônio Carlos, 1694 - 1º andar, BH/MG. O evento, que conta com o apoio do CRP-MG, objetiva reunir profissionais e estudantes de diversas áreas da saúde interessados no tema *Obesidade Mórbida*. A inscrição, até 31/8, custa R\$ 25 para estudantes e R\$ 40 para profissionais. Após essa data, R\$ 35 para estudantes e R\$ 50 para profissionais. Para se inscrever, é preci-

Agenda

so ser profissional e/ou estudante da área de Psicologia e da saúde em geral. Outras informações e inscrições, pelo telefone (31) 3499-4220 ou pelo endereço eletrônico www.fundep.ufmg.br.

JORNADA DE ESQUIZOANÁLISE

O CRP-MG, através do Escritório Setorial do Triângulo, em parceria com a Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro, Universidade de Uberaba, Universidade Federal de Uberlândia, Quinto Canto, Instituto de Esquizoanálise Felix Guattari de Belo Horizonte e Instituto Gregório Barembliitt, promoverá a *Jornada de Esquizoanálise do Triângulo Mineiro*, com o psiquiatra argentino Gregório Barembliitt. O encontro acontecerá de 24 a 27 de agosto nas cidades de Uberaba e Uberlândia. Outras informações pelo telefone (34) 3235 6766.

III DIÁLOGOS EM SAÚDE MENTAL

Tema: O Psiquiatra na Rede

Data: 25 e 26 de agosto de 2006

Local: Belo Horizonte (MG)

Informações: Élide (Associação Mineira de Psiquiatria), fone (31) 3213-7457

XVI CONGRESSO DO CÍRCULO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE

Tema: Fronteiras da Psicanálise: Saúde, Educação, Direito e Neurociências

Data: 31 de agosto a 2 de setembro de 2006

Local: Natal (RN)

Informações: www.sppb.com.br

XXVI CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ANÁLISE TRANSACIONAL

Tema: Saúde Mental e Desenvolvimento Humano

Data: 6 a 9 de setembro de 2006

Local: Salvador (BA)

Informações:

www.dagaz.com.br/dagazhotsite/index.php

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA
MINAS GERAIS - CRP-MG

SEDE
Rua Timbiras, 1532/6º andar,
Lourdes - CEP 30140-061
Belo Horizonte/MG
Telefax: (31) 2138-6767
e-mail: crp04@crp04.org.br
www.crp04.org.br

ESCRITÓRIOS SETORIAIS
Triângulo Mineiro/Uberlândia
Tel.: (34) 3235-6765.
e-mail: uberlandia@crp04.org.br

Região Sudeste/Juiz de Fora.
Tel.: (32) 3215-9014.
e-mail: sudeste@crp04.org.br

Sul de Minas/Pouso Alegre
Tel.: (35) 3423-8382.
e-mail: sul@crp04.org.br

JORNAL DO PSICÓLOGO
Informativo do Conselho Regional de
Psicologia Minas Gerais - CRP-MG

Diretoria
Humberto Cota Verona
Conselheiro presidente
Lúcia Helena Garcia Bernardes
Conselheira vice-presidente
João Carlos Vale
Conselheiro tesoureiro
Tânia Regina Lopez Vaz de Melo
Conselheira secretária

Conselho Editorial

Robson Abreu, Rogério de Oliveira
Silva, Humberto Cota Verona, Lúcia
Helena Garcia Bernardes, João Carlos
Vale, Tânia Regina Lopez Vaz de Melo,
Rodrigo Tôres e Wladimir Riomar.

Jornalista Responsável
Robson Abreu - Mtb 5836
ascom@crp04.org.br
Estagiário: Alevi Ferreira
ascom2@crp04.org.br

Revisão: Márcio Rubens Prado
Edição Gráfica: Grupo de Design
Gráfico - 3225-5065

Tiragem: 20 mil exemplares

II Psicologia nas Gerais vai debater a Saúde Pública em Minas Gerais

Encontro reunirá mil profissionais de todo o Estado para tratar de temas atuais

O CRP-MG promoverá, nos dias 25 e 26 de agosto, no Ouro Minas Palace Hotel, em Belo Horizonte, o *II Psicologia nas Gerais*. Este ano, o evento tem como tema o Psicólogo na Saúde Pública. O encontro, dentro das comemorações do Dia do Psicólogo, reunirá cerca de mil psicólogos que atuam na área da saúde pública de todo o Estado para debater questões importantes para a categoria. Além disso, no dia 27 será realizado o Fórum Regional de Psicologia e Saúde Pública, com a participação restrita dos delegados eleitos nos eventos preparatórios. Desde março, o CRP-MG vem recebendo inscrições de profissionais e estudantes de todo o Estado, superando as expectativas da organização.

O *II Psicologia nas Gerais* debaterá temas importantes, como atenção básica, rede substitutiva e ambulatorial especializada; rede hospitalar, serviço de apoio diagnóstico e serviço de urgência; controle social, gestão em saúde e saúde do trabalhador; mobilidade humana e trânsito; inserção dos psicólogos na saúde pública, além de oficinas simultâneas.

Medidas sócio-educativas e Saúde Pública

Para a coordenadora do projeto Arte da Saúde, Rosalina Martins, que ministrará a oficina *Medidas Sócio-educativas e suas Implicações na Saúde Pública: Contribuições da Psicologia*, a Psicologia é um valioso instrumento a ser utilizado na recuperação de crianças e adolescentes. Especialista em Saúde Mental, ela afirma que o que se tem feito é lançar o olhar da psicologia para os Centros de Internação. Além de tratar o transtorno, Rosalina aponta maneiras mais adequadas para reinserir as crianças na sociedade.

Rosalina afirma que o preconceito é uma barreira a ser quebrada pela sociedade. "Como elas precisam ser atendidas nos postos de saúde, por exemplo, acabam sendo encaradas como bandidos e não como pessoas que precisam de tratamento", diz a coordenadora. "Os psicólogos que atuam no serviço de Saúde Pública precisam estar preparados para atender os públicos mais diversos". Além da experiência nos Centros de Internação, Rosalina apresentará, na oficina, o vídeo *Arte da Saúde: atelier de cidadania*, onde será possível conhecer o projeto.

Redução de danos e Saúde Pública

Integrante da ONG *Associação Casa Viva/Centro de Convivência Entre Nós*, em Juiz de Fora, o psicólogo

Wulmar dos Santos Bastos vai mostrar em sua oficina *Redução de Danos*, um projeto social, que é uma política de saúde pública, que visa reduzir os efeitos advindos do uso abusivo de drogas. Ele afirma que o trabalho tenta acabar com os vários estigmas carregados pelo dependente químico. "Para a justiça, é criminoso; para a igreja, pecador; para a saúde, ele é um doente", diz. "Nós apresentamos ao sujeito todo o aparato social. Devolvemos a cidadania, os direitos humanos e, principalmente, a saúde ao usuário de drogas".

Wulmar dos Santos explica, ainda, que a *Redução de Danos* trata o usuário de maneira multidisciplinar, contando com a ajuda de médicos, pedagogos, assistentes sociais, entre outros profissionais. "O psicólogo entra facilitando a abordagem e atendendo a demanda que surge do tratamento", informa. A demanda de tratamento psicológico surge, segundo o psicólogo, porque o serviço vai ao encontro do usuário de drogas. Em Minas Gerais, os pacientes são atendidos gratuitamente pelo SUS.

Saúde do trabalhador

Para a professora da Universidade Federal de Minas Gerais e especialista em Psicologia do Trabalhador, Elizabeth Antunes, certas atividades podem causar alguns transtornos mentais no trabalhador. Em sua oficina *Saúde Mental no Trabalho*, ela debaterá onexo causal entre transtorno mental e o trabalho. Segundo ela as pessoas tentam descobrir quais atividades estão ligadas a quais tipos de transtornos e se é possível estabelecer alguma relação. "O que vamos discutir é se essa relação existe ou não e como é possível identificá-la", informa a professora.



Robson Abreu

Wulmar: projeto social para reduzir o uso de drogas

Psicoterapia e Saúde Pública

"Devemos colocar a psicoterapia a serviço da autonomia e independência das pessoas", afirma Lourdes Machado, assessora da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Ela, que ministrará a oficina *Psicoterapia na Saúde Pública*, pretende discutir de que maneira a psicoterapia pode auxiliar os psicólogos no tratamento do portador de sofrimento mental. "A psicoterapia não deve ter o lugar central, não deve ser o eixo diretor de ações e estratégias. As ações e estratégias são de ordem diversa, que podem nos levar a intervir no âmbito da política, do direito, da legislação, da cultura, do trabalho", afirma.

O Psicólogo na Atenção Básica

Já o coordenador de Projetos Educacionais em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Marcelo Arinos Drummond Junior, acredita que a atenção básica é uma estratégia que trabalha com o primeiro nível de complexidade de saúde, um nível essencial de prevenção e promoção da saúde. Segundo ele, em um programa de Atenção Básica, como o *Saúde da Família (PSF)*, os profissionais da área devem trabalhar próximo das comunidades, atendendo os problemas onde eles se originam. Drummond Júnior informa que isso oferece uma outra forma de se fazer Psicologia. "Não é dentro de um consultório, analisando o paciente, mas no território da pessoa que necessita de tratamento", avalia. É preciso ter versatilidade para atender os diversos públicos e problemas, observa o coordenador. Ele lembra que os psicólogos nem sempre estão e são preparados para trabalhar longe dos consultórios: "Esse é um enorme campo de trabalho para os profissionais".

O *II Psicologia nas Gerais* tem por objetivo promover a mobilização e organização dos psicólogos para a discussão da política de saúde implantada no País. O evento se propõe a refletir e produzir propostas de intervenção da Psicologia na área de saúde pública; discutir e aprovar propostas encaminhadas pelos eventos preparatórios; elaborar documentos sobre o exercício profissional do psicólogo na área de saúde pública, a serem encaminhados aos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, bem como sugestões para a definição de diretrizes de intervenção do Sistema Conselhos; e constituir-se em um momento privilegiado para a coleta de dados e informações para alimentar o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - Crepop na área da saúde pública.

II Psicologia nas Gerais

PROGRAMAÇÃO

Dia 25/08

17h às 19h30 – Credenciamento
17h30 às 19h30 – Mostra de vídeo
19h30 – Apresentação Cultural
Homenagem aos 60 anos da Escola de Saúde Pública
Abertura oficial
Coordenação: Humberto Cota Verona - presidente do CRP-MG
20h30 – Conferência de abertura
Tema: Subjetividade e Saúde Pública
Dra. Regina Benevides
21h30 – Coquetel e lançamento de livros

Dia 26/08

MESAS REDONDAS

8h às 10h - Atenção Básica, Rede Substitutiva e Ambulatorial Especializada
Coordenador: Paulo Sérgio dos Prazeres
Expositores: Marta Elizabete de Souza, Eliane Oliveira Cândido Pinheiro, Marisa Alves e Lauren Moraux

10h às 12h - Rede Hospitalar, Serviço de Apoio Diagnóstico e Serviço de Urgência
Coordenador: Elaine Zanolla
Expositores: Rhânia F. Socorro Viegas, Emma Elisa Carneiro de Castro, Érika Finote e Fabiane Rossi dos Santos

13h30 às 15h30 - Controle Social, Gestão em Saúde e Saúde do Trabalhador
Coordenador: Georgina Mota Veras
Expositores: Elizabeth Dias, Alcina Mendes Brito, João Carlos Vale e Andréia Garbin

15h30 às 17h30 - Mobilidade Humana e Trânsito – Uma questão de saúde pública
Coordenador: Rogério Oliveira
Expositores: Roberto Marine, Ronaro de Andrade Ferreira e Adriana Miserani de Freitas

18h às 20h - Inserção dos Psicólogos na Saúde Pública – Avaliação, impasses e desafios
Coordenadora: Maria de Fátima Lobo Boshi
Expositores: Luciana Assis, Luciana Kind, Francisco Viana, Wallace Medeiros e Roges Carvalho

LANÇAMENTO DE LIVRO

18h às 20h - Trajetórias dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004
Convidado especial: Jaime Giolo – INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais

OFICINAS

8h às 10h30

Sala 1 - OFICINA 1

A legislação que contempla o psicólogo na Saúde Pública
Coordenador: Aparecida Rosângela

Sala 2 - OFICINA 2

O Psicólogo na Atenção Básica na Saúde Pública

Coordenadora: Maria Helena Jabour
Oficineiro: Marcelo Arinos Drummond Junior

Sala 3 - OFICINA 3

A participação do psicólogo no controle social do SUS
Coordenador: João Carlos Vale
Oficineiro: Milton dos Santos Bicalho

Sala 4 - OFICINA 4

Educação permanente de psicólogos para o SUS
Coordenadora: Lúcia Helena Garcia Bernardes
Oficineira: Tereza Cristina Peixoto

Sala 5 - OFICINA 5

Saúde do Trabalhador
Coordenadora: Georgina Mota Veras
Oficineira: Elizabeth Antunes

Sala 6 - COMUNICAÇÃO ORAL

Relatos de Pesquisa em Saúde Pública
Coordenador: José Guedes

13h30 às 16h

Sala 1 - OFICINA 6

Redução de danos e Saúde Pública
Coordenadora: Helena Abreu Paiva
Oficineiro: Wulmar Bastos

Sala 2 - OFICINA 7

Psicoterapia na Saúde Pública
Coordenador: Rodrigo Tôrres Oliveira
Oficineira: Lourdes Machado

Sala 3 - OFICINA 8

Formação em Psicologia e Saúde Pública
Coordenadora: Lécya Moreira Rodrigues
Oficineira: Eunice Miranda

Sala 4 - OFICINA 9

Autismo, Deficiência Mental e Saúde Pública
Coordenador: Daniel Augusto dos Reis
Oficineiro: João Luiz Leitão Paravidini

Sala 5 - OFICINA 10

Medidas sócio-educativas e suas implicações na Saúde Pública: contribuições da Psicologia
Coordenador: Anselmo Duarte
Oficineira: Rosalina Martins

Sala 6 - COMUNICAÇÃO ORAL

Relatos de experiência em Saúde Pública
Coordenador: José Guedes

Dia 27/08

Fórum Regional de Saúde Pública

8h - Credenciamento dos delegados e convidados
8h30 - Instituição da mesa diretora dos trabalhos e leitura do Regulamento do I Fórum Regional de Psicologia e Saúde Pública
9h - Grupos de trabalho por eixos temáticos
12h - Intervalo
14h - Grupos de Trabalho por eixos temáticos/pontos da rede
16h - Plenária final com eleição dos Delegados
18h - Encerramento

27 de Agosto, Dia do Psicólogo

Em 27 de agosto de 1962, a lei 4.119 instituiu a profissão de Psicologia no Brasil e, desde então, a data passou a ser utilizada para marcar o Dia do Psicólogo no País. São quase cinquenta anos, acompanhando as mudanças da sociedade brasileira. A Psicologia vem amadurecendo como ciência e profissão, comprometendo-se socialmente, expandindo suas intervenções, teóricas e práticas, às diversas camadas sociais, no mesmo período histórico em que o *mundo do trabalho* se transforma, pondo em cena o *sujeito* e a *subjetividade*.

Atualmente existem no País cerca de 150 mil profissionais da Psicologia, sendo 20 mil deles em Minas Gerais. A todos os psicólogos brasileiros que, nestas duas últimas décadas, produziram uma Psicologia comprometida com o social, politicamente participante, que escuta todas as camadas sociais e constrói práticas, para os diversos campos da vida humana, apoiadas no acolhimento das diferenças individuais e socioculturais – os nossos Parabéns!

Parabéns
Psicólogo!



Quem é o psicólogo brasileiro?

Um retrato da profissão de psicólogo no Brasil. Este é o resultado que a pesquisa nacional *Quem é o psicólogo brasileiro?* pretende alcançar ao mapear os serviços prestados pela categoria à sociedade brasileira. Os dados dessa pesquisa irão ajudar a construir políticas de atuação e formação profissional mais sintonizadas com os desafios e perspectivas da profissão. Um Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia em parceria com a UFBA, de forma colaborativa e integrada está realizando a pesquisa.

O último levantamento da atuação profissional dos psicólogos aconteceu em 1980. Dois anos depois, o Conselho Federal de Psicologia publicou o livro *Quem é o Psicólogo Brasileiro*. Desde então, muita coisa mudou no mundo, abrindo novos campos e ferramentas para a psicologia. Para participar da pesquisa é muito simples: basta acessar o endereço eletrônico www.psicologobrasileiro.ufba.br, cadastrar-se e preencher o questionário.

A pesquisa é patrocinada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e conta com o apoio do Conselho Federal de Psicologia e do Sistema Conselhos, da Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho – SBPOT e da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia – Anpepp.

A sangue-frio

Relato da inspeção promovida em dois Centros de Internação Provisória de Adolescentes – Dom Bosco e Santa Therezinha, em Belo Horizonte. O texto abaixo faz parte da *Amostra das Unidades de Internação de Adolescentes em Conflito com a Lei* editado pelo Conselho Federal de Psicologia e lançado em todo o Brasil. A inspeção contou com o apoio da Ordem dos Advogados do Brasil e envolveu 145 profissionais simultaneamente em todo o País.

As pálidas impressões das blitzes nos centros de adolescentes, em conflito com a lei, mais de cinco meses passados

VIRGÍLIO DE MATTOS

Coordenador do Grupo de Pesquisa sobre Violência, Criminalidade e Direitos Humanos da Escola Superior Dom Helder Câmara

“El laberinto no tiene salida”¹

I. DE COMO VOCÊ SE VÊ METIDO EM CERTAS FRIAS ROUBADAS

Tava escuro. Tava cansado.

Fomos todos instados, por alguém que pedia sigilo sobre o convite e a tarefa – fazer alguma coisa para a qual nenhum de nós tinha técnica ou tato, tendência ou te-são: *blitzen*.

Pedia-nos a Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, em conexão com a Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil, fizéssemos *blitzen* nos centros de internação, provisória ou não, dos adolescentes em conflito com a lei, em Belo Horizonte.

Naquela madrugada, entre o trânsito de trabalhadores ainda com sono pelas ruas da cidade que desperta, vários veículos saíam das sedes dos Conselhos Regionais de Psicologia nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Bahia, Sergipe, Ceará, Paraíba, Piauí, Pernambuco e Distrito Federal, levando psicólogos, advogados, pesquisadores e membros da sociedade civil interessados no controle de nossos desviantes adolescentes, ou de nossos adolescentes em risco, ou “sem controle” – como alguns mal intencionados costumam dizer – o que não é o mesmo, mas parece ser igual.

Pessoas que, em sua maioria, jamais haviam se encontrado antes, estavam juntas para uma tarefa difícil, insólita, esta-fante: análise, *a frio*, das características

da unidade de internação; projeto arquitetônico; percentual de reincidência; saúde; alimentação; recursos humanos; proposta pedagógica profissionalizante; ocorrências de crises e violência; fiscalização e controle social; atuação da justiça; articulações entre a unidade de internação e as redes locais; tudo no prazo máximo de 12 horas.

Estava em uma dessas *blitzen*. A tarefa aparentava ser mais do que difícil; tinha certo ar de inexecutável.

Tava amanhecendo.

II. DE COMO SEMPRE, NAS PIORES ADVERSIDADES, NÃO BASTA CONTROLE

“As leis não bastam. Os lírios não nascem da lei. Meu nome é tumulto, e escreve-se na pedra”²

Desenganada a errônia de quem pensa poder resolver os problemas da criança e do adolescente, principalmente quando em situação de risco ou de prática de ato infracional, impondo-lhe uma medida sócio-educativa de internação.

É o extremo da segregação, muita vez mal começada a adolescência, que vai incluir quem nunca esteve incluído? Só se for para dizermos, com De Giorgi e Luhmann que *“toda inclusão é uma exclusão”*.

Voltemos ao que os olhos viram e retiveram reféns as fatigadas retinas: o cheiro que só os olhos vêem – é que os narizes acabam se acostumando.

Tempo e depósito dos que não têm o que fazer com próprio tempo em um tempo em que não há fábricas, trabalho, jornadas fixas e alguma garantia. O sindicato... nada disso: hoje só calos e o patrão no sapato. Quando ainda há alguma possibilidade de patrão, e alguma alforria atávica no símbolo de andar de sapatos.

São todos muito jovens. Não podem saber de nada disso.

Não têm a escola mínima, básica, *singular*. Vão para a escola, quando vão, quando há escola, com a barriga vazia e o medo escondido nos calcanhares. O medo jovem é o medo do “atropelo”. Da correção,

violenta e automática, do grupo, ou melhor: da força do coletivo. Sempre bruto.

“Tudo falta. Só sobram (soçobram?) meninos amontoados na falta de espaço”³

A carreira dos funcionários também é pesada. Nenhum deles é concursado. A cada seis meses, o mal-estar, que faz doer o estômago, da renovação do contrato.

A inexistência de segunda chance. O sistema, para os funcionários, inadmitte erros. Todo deslize é notado. Toda falta é grave. Todo erro é grande. A pressão de trabalhar sem poder errar, muita vez, pode implicar em truculência.

Aliás, no centro de internação os relatos de truculência são regra sem trégua: alguma coisa de mão dupla espelhada nas cicatrizes, nos rostos, no “clima”.

III. A MODO DE CONCLUSÃO: ABRIR AS PORTAS, AS MENTES E OS BRAÇOS

“Excetuando situações trágicas, nenhuma experiência de infração se dá abruptamente, são seqüências de rupturas... (...) o contato com as agências de controle e repressão adestram os adolescentes a um cotidiano de horrores e humilhação, ante o qual só podem querer reafirmar mais fortemente a capacidade de resistir ao medo e à violência. Ser mais forte que a punição é o caminho: ser mais bandido, ser mais violento...”⁴

Para que você não diga que ficou piegas, pense se não é sempre melhor abrir do que levantar os braços.

O modelo de contenção, de controle, não pode ter medo do adolescente. Não pode continuar sendo patético na sua mal disfarçada tentativa de neutralização, via exclusão. Não alcança. Não resolve.

É risível pensarmos em desperdício de comida em um país de famélicos. Um país de 33 milhões de miseráveis, que serão os alvos fáceis da seleção penal, seja ela primária ou secundária, adolescente ou adulta.

Após a indescritível impressão do “isolado”, o lado mais “embaçado” da cadeia de adolescentes – o centro de internação, qualquer deles, não passa de cadeia de adolescente. Ainda que tivessem tentado ocultar, escamotear “maquiagem”. Após muito empenho, monta-se qualquer cenário. Por maior que seja o disfarce, é impossível ocultar o precário. Escuta com alguns adolescentes: *“Isso aqui nunca tinha acontecido antes”*.

– O quê? – eu pergunto.

“Conversar assim, sozinho”. A porta estava fechada. Difícil a gente comemorar a possibilidade de uma porta fechada.

Na fachada, as “celas de aula”. E eu pensava na precariedade absoluta de um conhecimento preso em uma cela de aula.

Pensava na fala de um deles, dentre os vários deles, que dizia preferir estar ali, porque tinha, pelo menos, o que comer. Do relato, depois, de um deles que chorou ao ser liberado da internação provisória. Libertado de quê mesmo?

Tantas equações, miríades de incógnitas.

Na verdade, em pálidas tentativas de resolução, só encontramos mais incógnitas, como dizia o poeta Luiz Rufato.

Visto a sangue-frio, cinco meses depois, bem verdade que é de ser comemorado, comedidamente, o fechamento do isolamento do CIA. Já não há mais a possibilidade de se enfiar alguém naquele espaço enlouquecedor.

A população do CEIP foi bem reduzida. As *blitzen* produziram efeito. Trouxeram algumas conquistas. A sensação de “sem saída” é que, incômoda, permanece.

Naquela noite, com as ruas de sonolento trânsito, que já havia levado os trabalhadores para descansar um pouco em casa, a “areia nos olhos”, típica do trabalho dos vigias, incomodava e tardava o ponto final no relatório.

Passava da meia-noite.

Eu pensava em voltar pra casa. Livrar-me do cheiro. Jantar. Beijar a mulher.

Tava escuro. Tava cansado.

(¹) Nicanor Parra - de Obra gruesa (Santiago, Universitaria, 1969) - (²) Carlos Drummond de Andrade. Poesia Completa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002, p.125 - (³) Mattos, Amanda. Relatório oral para construção da memória escrita - (⁴) Vicentim, Maria Cristina Gonçalves. A vida em rebelião: jovem em conflito com a lei. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2005, p. 39.

A sangue-frio

Exterior. Dia.

Na entrada do CEIP Dom Bosco o desconforto de sempre, as salas das vexatórias revistas pessoais, algumas grades já são vistas ao fundo.

A sala de espera.

Impossível descrever o cheiro.

No rosto do porteiro o medo de toda a instituição estampado no olhar desconfiado.

Interior. Dia.

O cheiro de impossível descrição parece impregnar, até que nossas nauseadas narinas possam se acostumar, a sala de espera precária. Também nós estamos ali depositados, até que chegue a diretora, até que chegue alguém.

Em papel barato, um cartaz:

HIGIENE

3 sabonetes

1 pasta de dente

1 escova de dente

1 hidratante pequeno

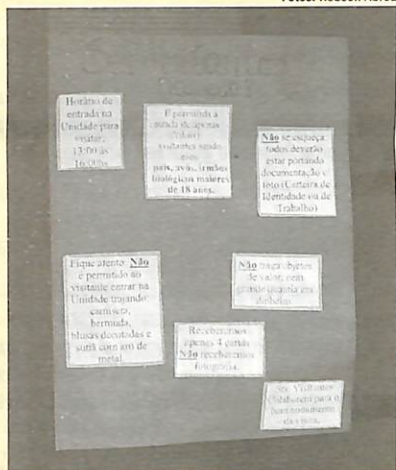
1 desodorante creme

2 cuecas

1 condicionador pequeno

1 xampu pequeno.

Fotos: Robson Abreu



Visitantes: a ordem é clara e todos têm que obedecer

São os itens que entram nas visitas semanais, quando os adolescentes podem trocar de roupa.

A rotina fora das superlotadas celas não é muito diferente das demais instituições fechadas (nos moldes de Goffman):

8h - café

8 e pouco - futebol e tevê (embora a sala de atividades tenha virado cela, sem banheiro; mas cela)

11h - almoço

14h - lanche da tarde

Entre 17h e 18h - ninguém sabe ao certo quando -, é servido o jantar.

Não há obesidade, nem Deus. Só "atropelo", que é a surra que os próprios adolescentes aplicam uns nos outros - um, porque coçou a boca durante o almoço; outro, porque tossiu no refeitório; e, aquele outro, porque levantou a camisa no dia de visitas.

O psicólogo novo e bem intencionado deixa escapar: "Não deu para me odiarem ainda". Há a burocracia, a existência de poucos funcionários para a hercúlea e impossível tarefa de contenção e controle do incontido, do incontrolável. Poucos funcionários, nenhum deles concursado, no precário contrato espelham uma pre-

cariedade, já por si, difícil de crer.

Em um espaço previsto para 60 adolescentes, encontramos 143.

Hora do almoço

Com superlotação, almoço é sempre no chão. Não há espaço para todos à mesa.

"Já teve pior". Deixa escapar alguém.

A atual superintendência não é conivente com os maus-tratos. Os adolescentes confirmam.

Inacreditável incidência zero de SIDA (mais conhecida pela sigla em inglês AIDS), e de doenças sexualmente transmissíveis, faz lembrar Cícero: "Quem controlaria os controladores?"

O cheiro fica cada vez mais forte e impregna a precariedade - trancada pelo robusto cadeado de latão maciço de 16 pinos, tetra-chave que não abre qualquer esperança.

Oito adolescentes se espremem onde cabem, apenas no projeto, três.

Sem banheiro, o cheiro de fezes humanas embrulha nossos estômagos vazios. Os que vão ao sanitário, depois de muito clamar, são lá mantidos por horas.

Até 2000, diz uma técnica, homicídios e latrocínios só eram encontrados em jovens do interior. Após 2001, a violência explode na vivência dos aglomerados. Miríades de estupros e internações por tráfico a acompanham.

"NOSSA! FAZIA MUITO TEMPO QUE EU NÃO VIA MEU ROSTO. NOSSA SENHORA!", diz o interno, que historia longo acompanhamento psiquiátrico, ainda que, dentro da instituição, não receba nenhum.

Um portador de sofrimento mental sorri. Delira ter um corpo para cada nome; *Elias Lewer Washington Mickeyshiu Astefani*, por exemplo, é o seu nome verdadeiro.

Os meninos são obrigados a dormir "de valete (posição em que dois adolescentes dormem em um mesmo colchão, como na carta do baralho); não há espaço para a colocação de colchões ou não há colchões?

Tudo é provisório, menos a precariedade.

CIA - SANTA THEREZINHA, O PIOR DA CADEIA PARA ADOLESCENTES.

"Tomá no cu de todo mundo; isso aqui é uma desgraça!" (fala de um interno de 15 anos, cumprindo medida de internação por ato infracional, análogo ao homicídio, e homicídio tentado).

É difícil de entrar para quem não é adolescente infrator.

Na primeira tentativa fomos barrados, por telefone, pelo diretor. Só pudemos entrar horas depois, com uma autorização vinda de Brasília. Conversando com alguns internos, percebemos que essas horas fizeram toda a diferença... Segundo eles houve, às pressas, uma faxina geral na unidade. "Até o diretor, que não é de entrar na cela, entrou". A maioria de seus pertences foi retirada da cela e, um menino, ao proteger a coberta trazida por sua mãe, recusando-se a sair de cima da cama, acabou sendo derrubado no chão pelo próprio diretor. "Se fosse a gente era 155; mas como é o diretor...".

Curiosamente, todas as celas do "isolado" estavam vazias.

Assumidamente uma cadeia para o pior do pior, para o refugio do sistema de controle, via encarceramento, de adolescentes em conflito com a lei. 100% pobres, 100% puros e 100% burros.

A psicóloga da equipe técnica que nos recebeu, revelou temer os adolescentes a tal ponto, que não se sentia em condições de atendê-los sem a presença de um agente de segurança - o que contraria o Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia. Na entrevista com os adolescentes, surge a frase: "Tem coisa que a gente gostaria de falar com a psicóloga que não falamos por causa

do agente". A sensação é a de que, ali, até as associações livres estão presas.

Têm a correspondência 100% violada, censurada, impedida.

O barulho das portas é inconfundível: cadeia. A lógica também é a mesma: só se abre a porta seguinte quando a anterior estiver fechada.

"Cadeia é longa, mas não é perpétua. Eu saio, um dia", diz o adolescente, preso por um homicídio consumado e um outro tentado. "A comida é ruim, o leite é azedo".

Inacreditavelmente, dois adolescentes jogam xadrez.

A taxa de funcionários é de quase um por um. Isto é: para cada adolescente, um funcionário. São 28 adolescentes presos. Nos últimos 12 meses, 21 fugas.

"Tá embaçado: o isolado".

Dentro de um corredor lateral, mais escuro do que o normal. Sem qualquer ventilação, quatro celas formam o temível e terrível "isolado". As celas do castigo. Castigo porque respondeu mal; porque não respondeu; ou, talvez, porque não deu a resposta certa.

O ambiente é patético: sem luz, sem ar.

"Se a gente machuca um agente, assina um Boletim de Ocorrência Policial e vai pro isolado. Se um agente machuca a gente, não dá nada".

Em um país com 33 milhões de miseráveis, é duro ouvir que há desperdício de comida; e adolescentes encarcerados reclamam mais uma refeição.

Nas tentativas de fuga, o castigo é ainda pior: algemados, são brutalmente espancados para, depois, serem encaminhados para o *Isolado*.

Celas de aula

"A única coisa de bom é a escola", as CELAS DE AULA.

Em um espaço apertado, algumas poucas carteiras de aula, as inacreditáveis "celas de aula" são seis.

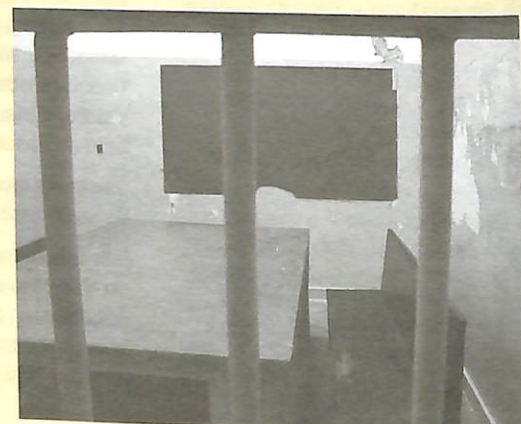
Pelo menos, menos patético do que a realidade encontrada no CEIP Dom Bosco, onde existe a coordenação da Escola Estadual "Jovem Protagonista", mas que não tem escola. Ali, a escola é apenas uma placa.

A diretora tenta emendar: "Porque aqui - no CEIP - é provisório, não dá pra dar aula. Só de reforço, o que, por enquanto, não está funcionando devido à precariedade atual. O jovem que está aqui perde 45 dias de aula".

Sala de informática

No CIA, a realidade é outra: há até computadores; alguns adolescentes presos fazem curso básico de informática em sala montada na instituição, que tem características das salas de aula vistas nas escolas particulares; fazem curso de *pizzaiollo*, na Pizzaria Burnets...

Ao nos despedirmos, a mesma psicóloga, que nos recebeu de modo assustado e prestimoso, queixava-se da "bomba" que o diretor ausente colocara em suas mãos.



Aulas: celas dão lugar às salas de estudo para os adolescentes

Roteiro para as visitas às unidades de Internação de Adolescentes em Conflito com a Lei no Brasil

1. Identificação da Unidade de Internação (UI):

Nome:
CENTRO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA DOM BOSCO - CEIP I

Endereço: Av. dos Andradas, n. 4.015
Telefone: (031) 3481.16.07 - 3481.5145
Cidade/Estado: Belo Horizonte - Minas Gerais.

2. Identificação do responsável pela UI:

Nome: Maria Cristina Alvim Amaro
Profissão: Psicóloga
Natureza do estabelecimento: Público.

3. Características da UI:

Internação provisória para o sexo masculino, com capacidade para 60 e atualmente comportando 143.

Dentre os adolescentes presos (impossível aqui não nos referirmos conforme o ECA: não estão acautelados, ou internados: estão PRESOS), 25 deles já foram sentenciados à medida de internação e aguardam transferência.

4. Projeto arquitetônico da UI:

Os alojamentos são inadequados e precários. Construídos em forma de prisão, ou presídio para adultos, havendo clara superlotação em cada cela, acarretando a transformação de espaços de atividades recreativas (basicamente televisão) em celas que sequer possuem vaso sanitário.

Originalmente previstos para três adolescentes, cada cela comporta um mínimo de seis a nove adolescentes.

Os adolescentes possuem horário regular para movimentação em área adequada? Se se pode entender uma precária quadra de esportes e um apertado refeitório com capacidade para 20 adolescentes, o que faz que muitos deles comam no chão, a resposta poderia ser sim.

6. Percentual da reincidência dos adolescentes na UI:

36,01 por cento, de acordo com a estatística fornecida pela direção da unidade.

7. Quanto à saúde dos internos:

Há adolescentes com problemas de saúde tais como, dermatoses variadas (conhecidas, na gíria carcerária, como "zicas", significando doenças de pele de diversos tipos, exemplificativamente, coceiras, escabiose, pteríase versicolor, etc.), inexistindo qualquer controle em relação a tuberculose, DST/AIDS, e sofrimento ou transtorno psíquico, deficiências e dro-gadição.

Um adolescente baleado na véspera, estava sem atendimento adequado em uma cela superlotada.

O número de profissionais da saúde é insuficiente para atender as demandas, inexistindo atividades preventivas em saúde.

Os adolescentes não recebem preservativos.

Não há relato de soropositivos. Nem mesmo de programas de prevenção à drogadição.

Como tudo, a situação dos medicamentos disponíveis é bastante precária.

É crível inferir que os adolescentes costumam ser medicados com psicotrópicos por problemas de comportamento.

As principais queixas dos adolescentes na área da saúde estão relacionadas às doenças respiratórias. Entretanto, a rotina do setor de saúde é a vermifugação em massa.

O serviço de psicologia informa que é prática na UI o atendimento "individualizado", com monitoramento e acompanhamento dos agentes de segurança parados na porta do local de atendimento, impossibilitando a escuta do adolescente e o diálogo entre este e o terapeuta.

8. Alimentação:

Não há queixa dos adolescentes em relação à alimentação.

9. Recursos humanos na UI:

Quais profissionais trabalham na UI e suas especialidades? Seis psicólogos, cinco assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, duas pedagogas, dois advogados, um estagiário de Direito, três médicos hebea-tras e dois técnicos em enfermagem.

Têm autonomia para desenvolver projetos socioeducativos? Não.

Há condições éticas de trabalho para a atuação dos profissionais (psicólogos, assistentes sociais, advogados, etc.)? Não.

10. Quanto à proposta pedagógica profissionalizante da UI:

Considerando a natureza da instituição de internação provisória, em que pese a existência da escola - Escola Estadual Jovem Protagonista - na prática só existe a placa -, os adolescentes ficam 45 dias sem atividades educacionais (a LDBEN 9394/96 prevê que o educando terá direito a, no mínimo, 200 dias letivos e/ou 800 horas). No que diz respeito a atividades de lazer, há uma ONG - Sonho de Liberdade - que desenvolve atividades esportivas (futebol).

No campo do atendimento jurídico, os adolescentes são atendidos quando pedem, recebendo o atendimento no mesmo dia, segundo informação do estagiário que nos atendeu, que acumula as funções de agente de segurança, só não havendo frequên-



Celas: sujeira, desordem e o mal cheiro na convivência do dia-a-dia dos adolescentes

cia em atendimento às terças-feiras em razão das visitas. Os advogados não estiveram no estabelecimento durante a visita.

Não existe acompanhamento de egressos.

11. Ocorrências de crises e violência na UI, fiscalização e controle social:

Foram relatados pelos próprios adolescentes um suicídio e um caso de morte por enforcamento. As demais informações deste item não puderam ser prestadas posto que os funcionários que nos atendiam estavam na casa há poucos meses.

Historicamente, há o registro de 12 fugas, desde a criação, sendo uma no último ano. Não houve relato de maus-tratos.

As crises são gerenciadas pelo próprio Diretor de Segurança, que informou haver capacitação dos educadores, técnicos e gestores para mediar conflitos e gerenciar crises.

Informaram não haver qualquer instituição que realize visitas com frequência, senão as visitas de representantes do Ministério Público ou dos Juizes da Infância e Adolescência. Não foram relatadas rebeliões.

12. Violência na UI:

Os adolescentes relatam violências apenas entre eles, os "atropelos".

As celas fortes, quatro, estão reservadas para o seguro, com todas as restrições e circulação (impossibilidade de sair da cela), sendo o isolamento determinado pelos próprios agentes.

13. Quanto às visitas:

Só podem visitar os adolescentes os pais, avós e irmãos biológicos maiores de 18 anos, sendo permitido apenas o recebimento de dois deles por semana. Os visitantes são rigorosamente revistados pelos agentes de segurança; há desnudamento nas revistas; não são permitidas visitas de adolescentes e crianças; utilizam-se detectores de metais.

14. Atuação da Justiça na medida sócio educativa de internação:

Não há ação civil pública proposta em face da Unidade. Há dois advogados e um estagiário de Direito; segundo informações deste, os atendimentos são feitos sempre que pedidos, até no mesmo dia. Não há defensor público na unidade e, quando do vencimento do prazo de internação provisória, os adolescentes são encaminhados ao Juizado da Infância e Adolescência. Entretanto, as informações colhidas junto aos adolescentes indicam que raramente conversam com seus advogados.

15. Comunicação:

Os adolescentes possuem acesso restrito à televisão, sendo suas correspondências deliberadamente violadas. Podem, porém, comunicar-se com seus familiares através de telefone, carta e recado; pessoalmente, apenas nos dias de visita.

16. Segurança da UI:

Não se admite que os funcionários portem armas em qualquer situação.

17. Articulações entre a UI e as redes locais:

Para não dizer que não existem articulações, digamos que são bastante precárias, havendo, de concreto, a ONG *Sonho de Liberdade*, que desenvolve atividades esportivas (organiza peladas). Não há nenhuma articulação com Conselhos Tutelares, Conselho Municipal e Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente ou Frente de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

18. Algumas falas eloqüentes:

"*Rola relacionamento*" entre eles.

A "*pauleira*", antes era mais permissiva pela direção. Ocorre entre os adolescentes, e quando ocorre, há punições e restrição de atividades.

"*Nossa! Fazia muito tempo que eu não via meu rosto. Nossa Senhora!*"

"*Aqui não deveria ter grade alguma doutor. Eu queria cumprir minha medida em outro lugar.*"

Robson Abreu

1. Identificação da Unidade de Internação (UI):

Nome:

**CENTRO DE INTERNAÇÃO
DE ADOLESCENTES
SANTA THEREZINHA**

Endereço: Rua Conselheiro Rocha, 3.800

Telefones: 3481.32.99 - 3481.53.62

Cidade/Estado: Belo Horizonte - MG.

2. Identificação do responsável pela UI:

Nome: Ilcione Pereira das Neves

Profissão: Formado em Ensino médio.

Natureza do estabelecimento: Público.

3. Características da UI:

Internação, masculino.

4. Capacidade da UI:

Com capacidade para 30, abriga 28 adolescentes.

5. Projeto arquitetônico da UI:

Alojamentos totalmente inadequados, com três adolescentes por alojamento, não havendo superlotação nas celas.

Os adolescentes possuem rígido horário para movimentação, sendo inadequada a área para as atividades mais elementares, restritas a uma quadra de futebol e a um antigo pátio para secagem de café.

6. Percentual da reincidência dos adolescentes na UI:

Não foi informado.

7. Quanto à saúde dos internos:

Há adolescentes com problemas de saúde tais como, dermatoses variadas (conhecidas, na gíria carcerária como "zicas", significando doenças de pele de diversos tipos, exemplificativamente, coceiras, escabiose, ptiíase versicolor, etc.), inexistindo qualquer controle em relação a tuberculose, DST/AIDS, e sofrimento ou transtorno psíquico, deficiências e drogadição.

O número de profissionais da saúde é insuficiente para atender as demandas, inexistindo atividades preventivas em saúde.

Os adolescentes não recebem preservativos.

Não há relato de soropositivos. Nem mesmo de programas de prevenção à drogadição. Como tudo, a situação dos medicamentos disponíveis é bastante precária, sequer havendo previsão médica.

É crível inferir que os adolescentes costumam ser medicados com psicotrópicos por problemas de comportamento, sendo referida inadequabilidade da medicação prescrita.

Relatado um caso, não visto pela equipe, de colostomia.

Uma das profissionais de psicologia foi quem respondeu às perguntas, por determinação do diretor que, tendo impedido anteriormente a visita da equipe, na parte da manhã, conseguiu conveniente "motivo justificado" de ausência, passando esta profissional. Ela alegou "ter medo dos adolescentes", "porque aqui estão os mais perigosos". Esta situação não é compartilhada por todos os profissionais. Segundo ela, o atendimento é feito sem privacidade, sem sigilo e com acompanhamento

permanente e acintoso dos agentes de segurança que, parados na porta da sala, impossibilitam a escuta do adolescente e o diálogo entre este e a terapeuta.

8. Alimentação:

Principais queixas dos adolescentes em relação à alimentação são: baixa qualidade da comida, leite azedo e sujeira do refeitório.

9. Recursos Humanos na UI:

Trabalham na UI dois profissionais de psicologia, uma pedagoga, uma terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais, havendo uma vaga para um profissional de psicologia.

Existem ainda quatro médicos: dois hebiatras, um clínico geral e um psiquiatra que sequer aparece. Existem dois técnicos de enfermagem, um advogado e há uma vaga para estagiário de direito.

Não há autonomia para desenvolver projetos sócio-educativos.

Não há condições éticas mínimas de trabalho para a atuação dos profissionais (ética, sigilo e privacidade).

10. Quanto à proposta pedagógica profissionalizante da UI:

Há cursos de informática e *pizzaiollo*, aos quais nem todos têm acesso. Há também o *Projeto Memória Gráfica*, que consiste em atividades que visam a lembrar o passado para melhor elaborar o futuro.

O lazer resume-se a futebol e TV. Não existe acompanhamento de egressos.

11. Ocorrências de crises e violência na UI, fiscalização e controle social

Não foram relatados casos de adolescentes mortos nos últimos 12 meses, referida apenas uma tentativa de suicídio.

As denúncias de maus tratos são constantes, com extrema pressão dos agentes e direção sobre os adolescentes.

Não houve nenhum funcionário morto em conflito na UI, nos últimos 12 meses; houve, entretanto, relato de agentes e adolescentes terem sido feridos gravemente em conflito.

Não há histórico de rebeliões na UI, mas um impressionante número de 21 fugas em 12 meses.

São os próprios agentes que gerenciam as crises na UI, não havendo menção confiável à capacitação dos educadores, técnicos e gestores para mediar conflitos e gerenciar crises.

Quem visita esporadicamente a UI são os Juizes da Infância e Juventude e alguns poucos representantes do Ministério Público.

12. Violência na UI:

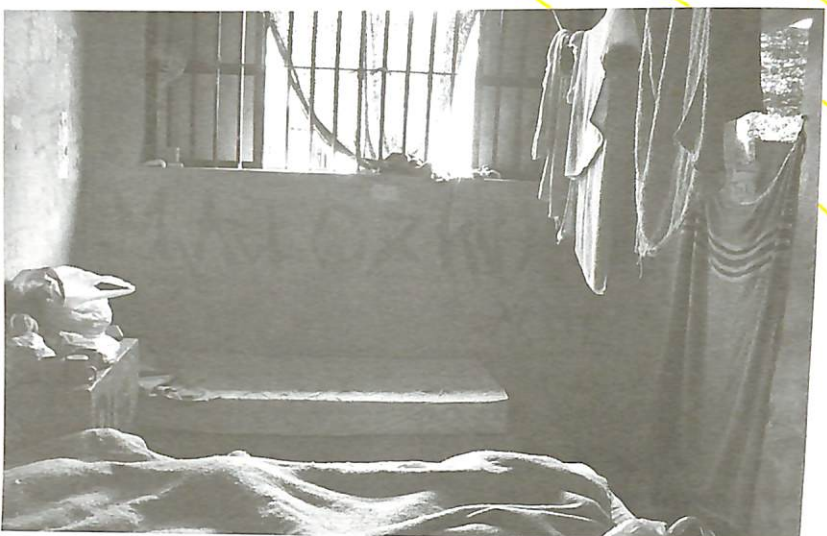
As violências mais freqüentes por parte dos agentes do Estado são humilhações, castigos físicos e ameaças.

Não há relato de qualquer medida que tenha sido tomada pela Direção da UI diante das violências, exceto com elas compactuar.

Há uma área "medieval", contendo quatro celas fortes de castigo, o temível *isolado*, onde ficam por até 30 dias, em condições sub-humanas de aeração, iluminação, sa-



Arrumação: depois da notícia da inspeção, as celas quase pareciam vitrines de tão organizadas



Lotação: onde só caberia cinco, existem 10 ou mais adolescentes amontoados nas celas

lubridade e higiene. Quem determina o isolamento são os agentes de segurança.

13. Quanto às visitas:

Podem visitar os adolescentes apenas os ascendentes e colaterais de primeiro grau. Os visitantes são duramente revistados, havendo desnudamento nessas revistas. Não são permitidas visitas de adolescentes e crianças, havendo detector de metais na entrada da UI.

14. Atuação da Justiça na medida sócio-educativa de internação:

Não há notícia da existência de qualquer ação civil pública ajuizada com relação à UI. A UI não oferece assessoria jurídica aos adolescentes. Raramente os adolescentes conversam com seus advogados, quando as famílias podem constituir-lhes, o que é bastante raro. Não há defensor público atuando na UI.

15. Comunicação:

Os adolescentes possuem como único acesso aos meios de comunicação poucas horas de tevê por dia, admitindo-se, como uma forma das formas de punição, subtrair-lhes esse acesso. As correspondências dos adolescentes são sistematicamente violadas. Os adolescentes podem comunicar-se com seus familiares por telefone - cinco minutos por mês -, carta, recado e pessoalmente nos dias de visita, sempre de forma monitorada e censurada.

16. Segurança da UI:

Não se admite que funcionários portem armas dentro da UI.

17. Articulações entre a UI e as redes locais:

Para não dizer que não existem articulações, digamos que são bastante precárias, havendo, de concreto, a ONG *Sonho de Li-*

berdade, que desenvolve atividades esportivas (organiza peladas).

Não há nenhuma articulação com Conselhos Tutelares, Conselho Municipal Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente ou Frente de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

18. Observações gerais feitas pela equipe durante a visita à UI:

"Tomá no cu de todo mundo, isso aqui é uma desgraça!"

Resume bem a impressão do grupo.

Equipe

VIRGÍLIO DE MATTOS

Criminalidade, Violência e Direitos Humanos - ESDHC

ADRIANA MAGALHÃES DE CASTRO
Fórum Mineiro de Saúde Mental

GUILHERME PORTUGAL

Criminalidade, Violência e Direitos Humanos - ESDHC

GUSTAVO RIBEIRO BEDRAN

Comissão de Direitos Humanos da OAB-MG

ÂNGELA MARIA MACEDO PACHECO
Comissão de DH da OAB-MG

AMANDA ROCHA LEITE DE MATTOS
Comissão de DH do CRP-MG

TÂNIA REGINA LOPES VAZ MELO
CRP-MG

ROBERTO DA SILVA SALES
CRP-MG

ROBSON ABREU
Assessoria de Comunicação e fotografias - CRP-MG

Encontro Nacional em Saúde Mental reúne profissionais, militantes e familiares

Evento ressalta necessidade do tratamento antimanicomial

“Celebrar os progressos no tratamento dos portadores de sofrimento mental que culminaram com o fechamento de 50 mil leitos manicomial nos últimos 15 anos e a instituição dos serviços substitutivos. Pensar em formas de acabar com os (quase) 45 mil leitos que ainda funcionam e com o preconceito que persiste contra o portador de sofrimento mental. Construir o futuro sem esquecer o passado violento das instituições psiquiátricas, para que não se repita, tendo como base as recentes conquistas na luta antimanicomial”. Estes foram os principais pontos discutidos durante o *Encontro Nacional em Saúde Mental – A Reforma Psiquiátrica que queremos: por uma Clínica Antimanicomial*, que aconteceu de 13 a 17 de julho, em Belo Horizonte, na Universidade Federal de Minas Gerais. O evento reuniu aproximadamente 1300 participantes, entre profissionais da saúde mental, estudantes, militantes e usuários da rede de atendimento aos portadores de sofrimento mental.

De acordo com o presidente do CRP-MG, Humberto Cota Verona, a Clínica Antimanicomial oferece um tratamento mais humano para os portadores de sofrimento mental. “Além de tratar o sofrimento produzido pelo mal-estar, a Clínica também lida com o preconceito, com a marginalização. Temos que considerar o contexto em que o portador vive, o seu território”, diz o presidente do CRP-MG. “A exclusão social do portador do sofrimento mental continua sendo um grave problema social e cultural”, afirma o psiquiatra Mark Napoli, coordenador do Colegiado da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial e membro do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

Segundo o vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia, Marcus Vinícius de Oliveira Silva, a forma como o evento foi organizado, reunindo diversos atores do tratamento antimanicomial, foi extremamente importante para o nível dos debates realizados. “É importante reunir o conhecimento clínico e teórico com o conhecimento prático daqueles que enfrentam o problema no cotidiano. O fazer clínico não pode ser apenas técnico, mas tem que compreender, inevitavelmente, uma dimensão ideológica e política”. Marcus Vinícius também ressaltou que a categoria dos Psicólogos tem lutado, por mais de 20 anos, por uma Clínica Antimanicomial.

INCLUSÃO SOCIAL

Formas para permitir a inclusão podem vir por meio da arte, como, por exemplo, o trabalho desenvolvido pela Companhia Teatral Ueinz, coordenada pelo filósofo e professor da PUC-SP, Peter Pál Pelbart, que proferiu a conferência *Um Convite à Cultura: Nem o Império da Ordem, Nem a Inércia do Caos*. Segundo ele, o teatro pode ser um dispositivo, entre outros, para a reversão do poder sobre a vida, em potência de vida. Além do teatro, o trabalho surge como outra forma de inclusão.

Durante o encontro, uma feira foi montada para que os usuários dos CAPS e CERSAMS expusessem e vendessem seus produtos artesanais. Além disso, as bolsas que formaram o *kit* distribuído aos participantes foram confeccionadas pela Associação de Trabalho e Produção Solidária – Suricato. A Associação, fundada em 1999, reúne cooperativas de usuários do serviço de saúde mental de



Foto: Robson Abreu/Alevis Ferreira

Profissionais da Saúde Mental: o Brasil precisa discutir o futuro do tratamento antimanicomial e avançar nas soluções para uma sociedade mais humanizada



Mesas: lotação esgotada nos auditórios durante os quatro dias de evento



Oficinas: participação maciça dos profissionais da saúde mental

Belo Horizonte e trabalha em quatro grupos de produção: culinária, moda e *design*, marcenaria e mosaico.

De acordo com a coordenadora de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, a psicóloga Rosemeire Silva, propor a inclusão dos portadores de sofrimento mental à cidadania, é ir além de um ideal de democracia centrado no homem de razão. “Pretendemos e necessitamos, para fazer nova e substancialmente distinta nossa clínica, sustentar a cidadania enquanto acesso a direitos civis e sociais como patamar mínimo e condição de vida para todos, mas também à igualdade de direitos. Precisamos agregar a noção de equidade, do direito à diferença”, afirmou a coordenadora.

SITUAÇÃO

Em Minas Gerais, existem cerca de 3000 leitos psiquiátricos, sendo ocupados por 1500 pessoas. No Brasil, existem ainda 45 mil leitos; estimativa do Ministério da Saúde indica que, entre 15 mil e 18 mil usuários, estão internados em situação de longa permanência, ou seja, por um período superior a dois anos. Por outro lado, existem mais de 800 serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em todo o País. “O objetivo é a extinção completa do hospital psiquiátrico, onde ainda ocorrem mortes violentas, mas não temos estrutura para fechar todos de uma vez. Mas, em breve, o Brasil será um país sem manicômios”, afirma Mark Napoli. Segundo a coordenadora Estadual de Saúde Mental, Marta Elizabeth de Souza, é decisão do Governo Estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, permanecer apoiando os tratamentos antimanicomial. “Não vamos ceder às pressões de donos de hospício e de outras forças políticas que às vezes aparecem querendo dizer não à reforma”, afirma.

táculo ao desenvolvimento do SUS, uma vez que impõe um padrão de gastos inadequado às necessidades de saúde e ao movimento de reforma do sistema.

4. Dentro dessa linha de mudança de modelos, há uma diretriz que, se adotada, teria grande possibilidade de ampliar a eficiência, eficácia e humanização do sistema. Trata-se da criação de mecanismos organizacionais que tornem clara e bem estabelecida a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde.

Instituir arranjos que garantam clareza na responsabilização implicará uma verdadeira revolução cultural e uma real alteração dos padrões de gestão contemporânea, balizando, com dados concretos, o planejamento, os contratos de gestão e o acompanhamento permanente de sistemas locais e de serviços de saúde.

Poder-se-ia, para fins analíticos e de gestão, classificar a responsabilidade em macro e microssanitária.

A responsabilidade macrossanitária volta-se para a regionalização do sistema, buscando a definição precisa do que compete a quem. Para isso, seria fundamental a criação de um organismo em cada região de saúde (à semelhança das câmaras bipartites), com poder para estabelecer planos regionais, acompanhando e avaliando a gestão regional. Isso significa definir que modalidade e que volume de atenção caberia a cada município. Dentro de cada cidade, estabelecer o que se encarregará cada serviço hospitalar, de especialidades ou de urgências. Criar responsabilidade macrossanitária é tornar efetivo e transparente o encargo sanitário de cada cidade e de cada organização do sistema, e, com base nesse encargo, estabelecer compromissos de co-financiamento entre os entes federados bem como possibilitar a gestão do acesso, de maneira que todos os necessitados de cada região tenham acolhimento equânime.

No caso de excesso de demanda, a adoção de critérios de risco para assegurar acesso a exames complementares ou a outros procedimentos é medida importante e complementar à programação de novos investimentos para a correção dessas distorções.

Há ainda a responsabilidade microssanitária, que depende da reorganização do trabalho em saúde quer na atenção primária, nas enfermarias, nos ambulatórios, quer nos centros de especialidades.

Aquela teria, como alvo, a inscrição de clientela com uma determinada equipe interdisciplinar e também a constituição de sólidos vínculos terapêuticos entre essa equipe de referência e pacientes com seus familiares.

Esse tipo de organização precisa atingir todos os serviços do SUS, guardando-se as especificidades de cada local. Caberia a todas essas equipes de referência a responsabilidade pela abordagem integral de cada caso em seu nível de responsabilidade.

Durante o período de tempo em que esteja encarregada do projeto terapêutico de determinada pessoa, deverá mobilizar recursos e rede de apoios necessários para a recuperação e aumento da capacidade de autocuidado (efeito Paidéia) das pessoas e famílias envolvidas.

Não é difícil compreender essa diretriz – a da responsabilidade sanitária –, tampouco é complicado organizarem-se arranjos que a façam funcionar no cotidiano (pactos de gestão, contratos com definição de encargos, programas clínicos ou preventivos com caráter vinculatório). O difícil é sustentá-los ao longo do tempo, pois esses arranjos alteram as relações de poder entre usuários, profissionais de saúde e gestores.

A reforma do sistema hospitalar e do atendimento especializado depende centralmente de sua reorganização segundo regras de vínculo e de acordo com um sólido processo de pactuação de responsabilidades em cada uma das regiões de saúde do Brasil.

5. Outro projeto de reforma em andamento, mas com ritmo e resultados ainda insuficientes, é o do Programa de Saúde da Família. Pelo menos 80% dos brasileiros necessitariam estar matriculados em equipes de atenção primária. Pela teoria dos sistemas de saúde, uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 95% deles constitui condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde. Com essa finalidade, as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda).

No Brasil, temos valorizado a dimensão de saúde coletiva e subestimado as duas outras. Na Europa, observa-se tradição distinta, com predomínio da função clínica, o que se reflete na própria composição das equipes, em geral reduzidas a um médico geral e técnicos de Enfermagem. No Brasil, em função de algumas especificidades de nossa história, influência norte-americana (atenção primária focal e voltada para programas preventivos ou de promoção) quando da definição do conceito de centro de saúde e de atenção primária, e em decorrência da importância da doutrina do campo da saúde coletiva na constituição do SUS, tendemos a valorizar a função de saúde pública na atenção primária em detrimento da ação clínica. Não seria por outro motivo que nosso programa oficial de atenção primária – o Programa de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 1996) – estipula a maior e mais complexa equipe entre todos os sistemas públicos atualmente existentes.

Toda essa confusão epistemológica e doutrinária, mais uma série de inconsistências na política e gestão desse programa, produziram uma lentidão na constituição do Programa de Saúde da Família ou similares no Brasil, e isso tem comprometido o SUS como um todo. O financiamento aos municípios é insuficiente – sustentar essa equipe mínima, além de medicamentos e outras despesas, custa bem mais do que os repasses. Os municípios não têm conseguido resolver complexos entraves na gestão de pessoal devido ao apoio tímido dos estados e do Ministério da Saúde. A rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre Atenção Primária e especialidades ou hospitais.

6. Outro ponto essencial na reforma da reforma é a revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS, tanto aquele utilizado para administrar os serviços próprios quanto o vigente na relação com prestadores privados ou filantrópicos. Há que se considerar os limites de qualquer reforma gerencial ou do modelo de gestão; em geral, o desempenho das organizações depende de um complexo de fatores, entre eles, o contexto político, econômico e cultural, e não somente de alterações tecno-gerenciais, ainda que estas interfiram no desempenho dos serviços. Mesmo assim, é importante complementar-se a Lei Orgânica da Saúde, criando novas modalidades de organização para os serviços próprios do Estado e nova forma de relação entre entes federados e prestadores privados ou filantrópicos.

Acumulam-se evidências sobre a inadequação do modelo atualmente vigente na Administração Direta para a gestão de hospitais e serviços especializados. A rigidez

exigida na execução orçamentária, o emperramento na administração de pessoal, a excessiva interferência político-partidária, tudo isso tem levado grande número de serviços públicos à burocratização e mesmo à degradação organizacional. Ao longo dos anos, gestores inventaram “remendos” para contornar parte dessas dificuldades, ressaltando-se a criação de autarquias, agências e fundações de apoio com a função de facilitar a gestão financeira e de pessoal. Recentemente, apareceu a alternativa de delegar a gestão desses serviços a entidades civis privadas, criando-se leis e normas que permitiram a existência de organizações sociais (Ibañez, 2001), ou OSCIPS, integradas à rede do SUS. Essa última linha de mudança indica uma desistência da Administração Direta, já que investe em modalidades de gestão com base em contratos entre o gestor-restrito ao papel de regulador – e entes privados sem fim lucrativos. Essa alternativa tem antecedentes no país, uma vez que, há anos, existem convênios entre o SUS e santas casas, com problemas que se acumulam tanto em decorrência da insuficiência de financiamento como de problemas gerenciais, ocorrendo também inúmeros casos de degradação organizacional.

Essa discussão sobre o modelo de gestão para o SUS tem sido marcada por posições polares de defesa do *status quo* da administração pública (estatistas) ou de privatizações em diferentes modalidades (privatistas), com fundamentação bastante ideológica e principista. Há necessidade de se construir proposta com amplo consenso, forte o suficiente para romper a inércia da última década. Seria conveniente inverter-se essa lógica, construindo-se um modelo indutivo, isto é, compor um desenho organizacional a partir de um conjunto de características consideradas importantes para o bom desempenho de hospitais e dos centros especializados do SUS, isso, óbvio, composto por diretrizes e leis fundadoras do sistema: deve-se respeitar o fato de que esses serviços fazem parte de um sistema público, hierarquizado e que devem funcionar em rede com outros serviços.

Deste trabalho, poderia surgir um desenho do que seriam os hospitais do SUS. Com isso, poder-se-ia criar as organizações do SUS sob gestão municipal, estadual ou federal. Esse novo desenho para a Administração Direta deveria resolver alguns dos entraves já identificados decorrentes da atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular.

REFERÊNCIAS

- IBAÑEZ, Nelson. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 2001, pp. 391-404.
- MENDES, Rosa & MENDES, Áquila. Os Des(caminhos) do Financiamento do SUS. *Saúde em Debate*, 27(65), 2003, pp.8-25.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, documento oficial da Secretaria de Assistência à Saúde, março/1996.
- POCHMANN, Márcio. Proteção Social na Periferia do Capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 2004, pp. 3-16.
- PORTO, S. et al. Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, 27(65), 2003.

Artigo integrante do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições Técnicas e Políticas para Avançar o SUS editado pelo Conselho Federal de Psicologia. A íntegra do material pode ser adquirida no site www.pol.org.br.