

SOBRE UM PROJETO DE FORMAÇÃO NA REDE PÚBLICA

Grupo de Supervisores *

1. INTRODUÇÃO

O Curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae iniciou, em 1984, sua participação no projeto de formação dos trabalhadores de Saúde Mental da rede pública, através de um convênio firmado com a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CSM).

Durante estes cinco anos de trabalho ocorreram algumas mudanças (nota 1), tanto a nível da equipe responsável pelo convênio, quanto a nível do desenvolvimento da proposta inicial de formação e sua articulação com os diferentes momentos políticos.

O texto que se segue procura delinear algumas reflexões de nosso trabalho ao longo desses anos.

2. PRIMEIROS CONTATOS

As propostas iniciais se enquadravam dentro de um projeto da CSM (nota 2) dirigido à transformação do esquema de atenção aos problemas de Saúde Mental da população então dominado pelo modelo manicomial e medicamentoso. A estratégia para esta transformação passava pelo desenvolvimento e fortalecimento de outros níveis de atenção (rede básica e ambulatorial), com a perspectiva de esvaziamento do hospital psiquiátrico, além da regionalização e hierarquização dos diferentes serviços de saúde.

Tais medidas constituíam uma condição necessária mas não suficiente para a modificação desse sistema. Era preciso, também intervir a nível de certas características do atendimento tais como a mecanização e ritualização do processo diagnóstico, a supermedicalização, a escassez de recursos psicoterápicos, a burocratização das práticas existentes... O modelo manicomial tendo como baluarte o hospital psiquiátrico estendia seus efeitos às mais diversas áreas — a nível dos preconceitos presentes na população, a nível da estrutura de organização das instituições, a nível das concepções de doença e saúde existentes nos próprios profissionais, a nível de atitudes e “condutas técnicas” com as quais se abordavam os problemas veiculados pela demanda. Havia ainda a insatisfação dos trabalhadores — indicio de um desejo de mudança.

Esta avaliação inicial onde se destacava por um lado uma situação política favorável e, por outro, trabalhadores interessados em mudanças, apontava a possibilidade de entrada na instituição pública. Havia um caminho aberto para a democratização das relações, um espaço para discutir e repensar experiências numa busca conjunta de alternativas terapêuticas, configurando-se condições particularmente propícias para a inserção do trabalho formativo como elemento vivo e integrante da prática institucional.

Nosso propósito era desenvolver um trabalho de formação a partir da perspectiva de profissionais vinculados a uma instituição como o Sedes — reconhecida por sua participação política — e marcados pela especificidade de uma prática psi-

canalítica. A complexidade dessa inserção nos remeterá constantemente a questionar as formas de nossa entrada na instituição pública e o desenvolvimento das propostas de formação.

3. PRIMEIRAS AVALIAÇÕES

As primeiras atividades formativas estruturaram-se sob a forma de seminários teórico-clínicos destinados aos profissionais da área de Saúde Mental e foram realizados no Sedes. Esta proposta permitia um intercâmbio e aprofundamento de questões que um esquema de cursos breves sob temas gerais, como o solicitado pela CSM, viria a obliterar. A instituição reconhecia a necessidade de formação, mas revelava também a expectativa de que esta se desse com rapidez e em grande escala — o mesmo pedido se faz aos trabalhadores na sua prática cotidiana.

Os profissionais respondem com interesse à proposta de formação. Mas, trata-se tão somente de um desejo de formação ou, sentindo sua ação como pouco resolutive (segundo um modelo médico que dá, cura, salva), buscam um saber eficaz que também se traduz em pedi-

(*) O Grupo de Supervisores é constituído por: Cleide Monteiro, Eliana Vaz Macia, Fernando Cantalice de Medeiros, M. Laurinda R. Souza, Mary Ono, Mario Fucks, Mauro Hegenberg, Rita Cardeal e Vera Collucci.

dos como cursos rápidos, de psicoterapia de grupo, psicoterapia breve etc., que possa vir a ser administrado como “a vacina”, “o leite”, “o remédio”?...

Citamos Grinover e Delorenzo: “O desejo de usufruir um espaço de troca (seminário) está permanentemente interferido pelo medo de ouvir algo que desestruturasse um discurso e uma prática já estabelecidos. A opção pelo diagnóstico que cataloga e a conduta terapêutica subordinada a uma rotina quase que exclusiva de receitas, são procedimentos que definem um certo saber, dão uma identidade...”²

Desde o início até hoje temos questionado sob diversas formas, o desejo e a real possibilidade de mudanças e quais os efeitos de nossa intervenção.

Será que aquilo que se demanda não é apenas uma modernização da psiquiatria? Será que este modelo manicomial, que estende seus braços a todas as práticas em Saúde Mental (fora mesmo dos muros do hospital psiquiátrico), não tenta emprestar técnicas mais sofisticadas que dêem conta de seus propósitos — solucionar uma demanda por vezes criada e cronificada pela própria instituição? Qual o lugar da psicanálise na instituições? Poderia o conhecimento psicanalítico atuar como mobilizador de mudanças institucionais? Citando Mendes e outros: “Não seria mais profícuo que nosso trabalho junto aos profissionais se desse concomitantemente à intervenção no funcionamento institucional? Não haveria maior abrangência na partici-

pação de psicanalistas em esferas decisórias da política de Saúde Mental?...”³

4. UMA PROPOSTA DE MUDANÇA

Após dois anos de atividade, embora os trabalhadores que participassem dos seminários pedissem sua continuidade relatando aproveitamento, uma observação mais exigente apontava outras direções. Nossa avaliação mostrava a dificuldade dos profissionais em se apropriar desse novo conhecimento (a escuta e compreensão psicanalítica), considerado um instrumental idealizado e difícil de ser assimilado em sua prática. Queixas sobre questões institucionais surgiam frequentemente — os profissionais se defrontavam com dificuldades do trabalho em equipe, integração e diferenciação de papéis e funções, compromisso com os pacientes, abandono da clientela, exigências de produtividade, diretrizes da política de saúde, questões trabalhistas e outras.

Embora em muitos momentos tivessem nitidamente um caráter resistencial, estas queixas pareciam demandar outra compreensão, e o trabalho realizado parecia insuficiente, indicando uma intervenção de efeito muito pulverizado.

Nessa conjuntura, propusemos uma concentração de atividades numa única região, onde desenvolveríamos supervisões clínicas e institucionais junto às equipes, além de seminários teóricos a propósito de temas relevantes para as mesmas. Esta mudança foi também estimulada pela implantação dos Escritórios Regionais de Saúde — ER-SAS (nota 3) que descentralizavam a Secretaria de Saúde. Saíamos do Sedes, um *setting* mais definido e que nos garantia certa identidade e

distância das questões com que se defrontavam cotidianamente os trabalhadores para nos aproximarmos de forma mais contundente dos mesmos.

O ERSAs escolhido deveria preencher ao menos duas condições: ter projetos de trabalho em desenvolvimento e uma demanda de formação.

Os critérios poderiam ter sido outros. A opção por um ERSAs que estivesse se organizando propiciaria uma participação na definição de programas e decisões de prioridades. Se por um lado, o grupo de supervisores entendia como necessárias as alterações na política de saúde mental que implicassem em melhor atendimento à população, por outro hesitava quanto à forma de viabilizá-las, questionando o papel que lhe caberia nestas alterações. Deveria intervir diretamente na formulação e gerenciamento de programas? Seria este envolvimento transgressivo em relação à sua neutralidade? Pretenderia, assim manter a extraterritorialidade e a isenção da Psicanálise?

5. O ERSAs 3

No final de 1986, o ERSAs 3 faz ao CADAIS (Centro de Apoio e Desenvolvimento às Ações Integradas de Saúde) um pedido de supervisão para os trabalhadores de Saúde Mental da região, solicitando ao Sedes que assumisse a tarefa.

O ERSAs 3 contava, naquela data, com uma direção eleita e um grupo de Saúde Mental organizado. Tinha um projeto político e técnico que favorecia a valorização dos recursos humanos, comprometendo os profissionais com o trabalho no setor público em contraposição ao setor privado.

O projeto de formação se ampliava. As atividades abrangeriam aspectos teórico-técnicos e institucionais levando à possibilidade de acompanhar como os trabalhadores conduziam o desenvolvimento dos

programas e a integração entre os vários níveis de atenção. São propostas 18 atividades para a região, quando até então desenvolvíamos 8, dirigidas a toda a rede. É a ilusão da utopia por fim realizável.

Esse "inflacionamento" de perspectivas, de algum modo, parece fazer parte do movimento das instituições que, em dado momento, vislumbrando alguma abertura, tiram do "baú do reprimido" toda sua demanda, que ressurgue, então, intensificada e idealizada. Promessa incumprida mas que mantém a possibilidade de atuação.

O contato mais próximo com os profissionais do ERS 3 vai clareando o que era próprio do sonho. Este ERS 3 tem realmente alguns espaços mais organizados, mas compartilha dos males de toda a rede: equipes desfalcadas e recursos insuficientes para preencher todas as atividades. Havia ambulatório sim, mas um único para bairros totalmente distantes entre si... Havia equipes sim, mas algumas vezes, de um único profissional isolado. Profissionais de licença, transferidos, demissionários não eram repostos...

Mudanças vão ocorrendo também na Secretaria de Saúde que delineiam um entrijecimento nas exigências tanto em relação ao tipo de atendimento — retorno da tendência hospitalocêntrica, privatizante e medicamentosa — quanto em relação à produtividade — priorização da quantidade, o que vai coartando e deserticulando o trabalho.

Com o tempo a realidade se impõe, as 3 supervisões do Ambulatório se tornam uma, o mesmo ocorrendo no Hospital da Água Funda e em outras atividades. A partir de 1988, o número se estabiliza novamente em 8.

Diversos acontecimentos se desenrolaram. A intervenção no Hospital da Água Funda, ocorrida em 1986, abriu suas portas e permitiu uma discussão do modelo manicomial de atendimento, centrado no médico, na psicopatologia, no remédio, na clausura e na alienação do doente mental. Foi um momento significativo que se viu abruptamente desfigurado com a destituição da diretoria do ERS 3 devido à mudança de governo. A assessoria de Saúde Mental e o diretor do hospital comprometidos com o projeto de mudança do hospital, parte dessa política de desmanicomialização, se demitem em seguida.

6. ALGUMAS CONCLUSÕES

Constatamos, neste percurso, que embora um momento político favorável não seja em si condição suficiente para produzir mudanças, também os trabalhadores, mesmo tendo criado algumas novas experiências, têm muita dificuldade em mantê-las ou valorizá-las se não houver uma política global que as reconheça e sustente.

Evidencia-se algo que ficava escamoteado desde o início, a aproximação entre os trabalhadores do SUDS 3 (nova denominação dos ERSAs) com o Departamento de Psicanálise do Sedes, ancorada na questão técnica, tem também um caráter de busca de prestígio, de poder, que propicie a consolidação de uma determinada política de saúde.

Se a princípio a questão do prestígio está colocada no saber psicanalítico que lhes dá competência, quando ocorrem mudanças e as diretrizes da instituição vão tomando características mais autoritárias, recorrem também ao poder e prestígio da "Instituição Sedes" — comprometida com a realidade social — para obter um reconhecimento externo que os sustente, já que a força que obtém através das reuniões entre pares, parece insuficiente para dar conta dessa necessidade.

Indagamo-nos ainda se não se associam a isso os reiterados pedidos de formação dos profissionais, como se nunca tivessem passado por experiência formativa alguma. Há que se considerar que a formação é interminável, que a tarefa é complexa, que as equipes estão sempre mudando e que os currículos acadêmicos estão pouco atentos à prática institucional, mas não se trata apenas disso. Considerando que é o modelo médico o dominante, os outros profissionais percebem seu saber como desvalorizado. Na verdade, permanentemente reproduzem este modelo aspirando a sua certeza e suposta eficácia sintetizada na concretude da medicação. Sua especificidade é definida por exclusão — tudo o que não for detectável como "orgânico", biológico. Pretendem uma identidade através da contraposição, da exclusão ou até da complementariedade, não conseguindo caracterizar sua ação como pertencendo a outra ordem de conhecimento.

Não é, pois, por acaso, que são estes profissionais não médicos que demandam supervisão, às quais em geral poucos médicos comparecem. Não estarão com isso, solicitando a entrada de outros discursos na instituição?

Como vemos, a inserção dos trabalhadores na instituição é caracterizada por vários aspectos, o mesmo ocorrendo no que se refere à sua relação com a formação. Há a preocu-

pação técnica — o desejo de criar experiências de trabalho passíveis de serem refletidas e teorizadas. Há o questionamento da instituição — o movimento de modificá-la, de reencontrar-se com o poder, talvez um poder resultante de um novo saber. Há fundamentalmente, a tarefa mais árdua de como e a partir de que lugar atender a essa população que chega às instituições públicas, marcada pelo sofrimento, pela exclusão e por “carências” que devem ser reconhecidas?... preenchidas?... prevenidas?... ignoradas?... Há um constante deslocamento entre essas vertentes que se em alguns momentos traduz um movimento de integração e busca de sentido em outros, se constitui em pontos de resistência.

E quanto a nós?

Em muitos momentos percebemos-nos reproduzindo movimentos do grupo de trabalhadores. Por várias vezes, frente às arbitrariedades político-administrativas, pensamos interromper o convênio e assumir um lugar de denúncia. Continuamos... Continua também, o esforço permanente de estar situado entre nossa identidade de psicanalistas e a preocupação em não psicanilizar as instituições, confundindo ou reduzindo as questões ideológicas e de poder a jogos imaginários intra e inter-subjetivos.

Seguimos indagando-nos sobre a possibilidade de se produzir um discurso próprio da Saúde Mental nas instituições públicas que vá além do empréstimo de discursos, quer sejam estes médico, sociológico ou psicanalítico.

Nota 1

De início, o Curso de Psicanálise era o responsável pelo Convênio. Atualmente ele está vinculado ao Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

Nota 2

A CSM foi extinta em 1987. O Convênio passou, então, a ter ligação com o CADAIS que é o responsável pelo controle e encaminhamento dos programas de Saúde. No momento há também vinculação com o GEPRO (Grupo de Estudos e Programas) de Saúde Mental. Estas instâncias de poder, com seus conflitos próprios, vão marcando um percurso complicado com reflexos no atendimento dos trabalhadores e em nosso Grupo de Supervisores.

Nota 3

Os escritórios Regionais de Saúde (ERSA) são subdivisões administrativas da Secretaria da Saúde, seguindo uma política de descentralização, gerenciam inclusive os recursos financeiros de uma determinada região do Estado de São Paulo. A partir de 1988, com a pretendida unificação do Sistema de Saúde, o ERSA passou a se denominar SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

Nota 4

Bibliografia

1. *Plano de Aplicação de Trabalhos e Recursos do Convênio entre a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria do Estado de São Paulo e o Instituto Sedes Sapientiae* - Curso de Psicanálise.
2. *Reflexões sobre a Experiência com Grupos de Trabalhadores de Saúde Mental* - 1985 - Helena Grinover e Rubia Delorenzo.
3. *Projeto inicial de pesquisa junto aos profissionais de Saúde Mental do Estado* - 1987 - Beatriz T. Mendes, Cecília Hirschzon, Rubia Delorenzo Moraes, Vivian Montag.
4. *Relatório das atividades desenvolvidas em 1987 pelo Grupo de supervisores do Convênio no ERSA-3.*