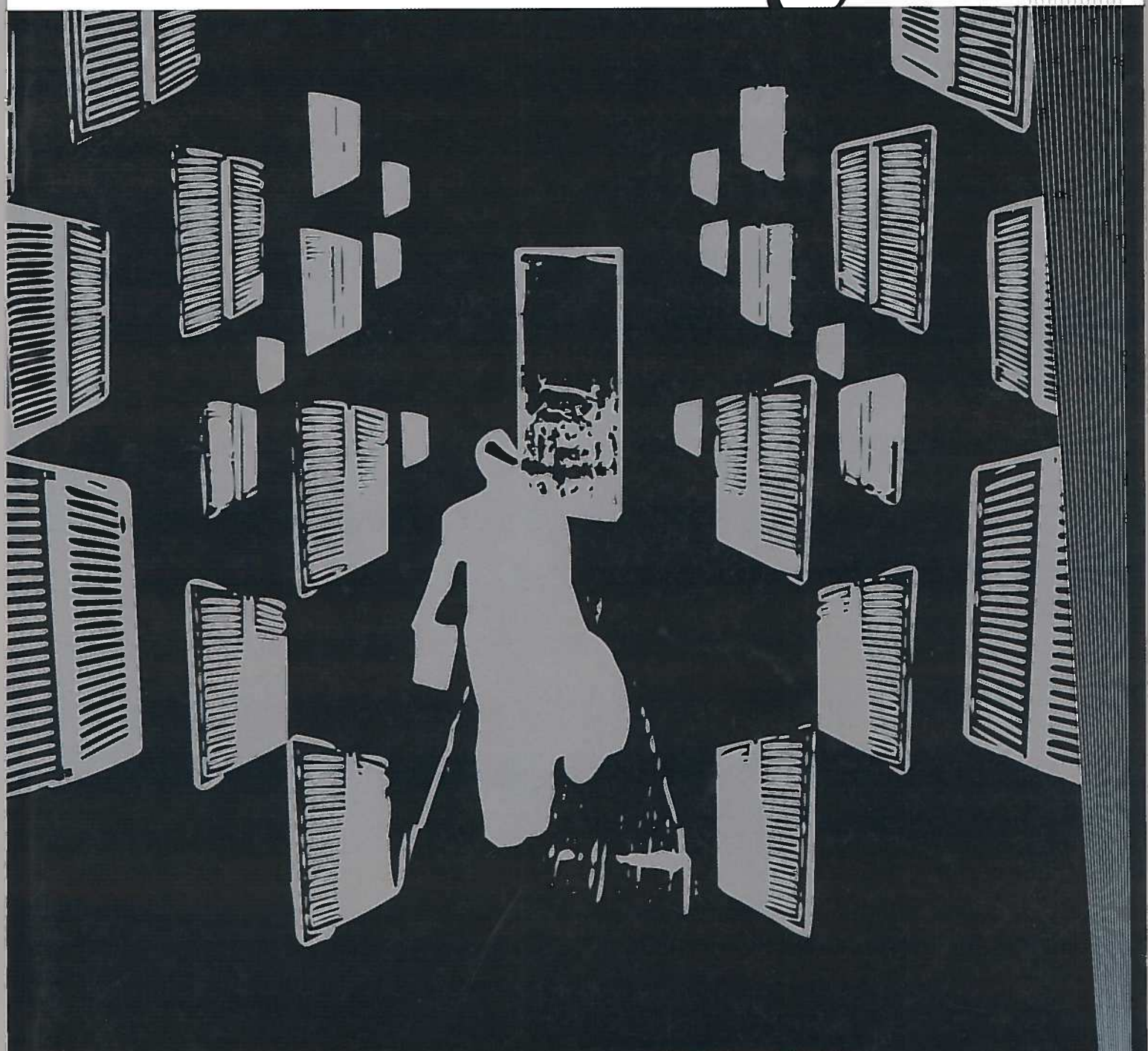


PSICO
LOGIA

Ciência e Profissão

Diálogos



PSICOTERAPIA

O futuro do campo em debate

- *Conversa com Luiz Alberto Hanns sobre diretrizes*
- *Carlos Drawin e Simone Neno discutem eficácias*
- *Loucuras do desemprego e dos manicômios*

NO PRÓXIMO
NÚMERO DA REVISTA
CIÊNCIA E PROFISSÃO
DIÁLOGOS O
TEMA EM DEBATE SERÁ

DIREITOS HUMANOS

- Como os psicólogos estão envolvidos no atendimento a vítimas de todas as formas de violência?
- Como andam as pesquisas nesse campo?
- Quais são, na atualidade, as principais indagações e respostas sobre esse delicado assunto?



Diálogos

www.pol.org.br

PSICOLOGIA

CIÊNCIA E PROFISSÃO

Diálogos

Ano 1 - nº 1 - 2004

EDITORES RESPONSÁVEIS

Odaí Furtado (CFP)

Marcos Ribeiro Ferreira

Francisco José Machado Viana
(CFP)

CONSELHO EDITORIAL

Bellkiss Wilma Romano (SP)

Darcy Cesário Franca (PA)

Eriko Netto de Lima (GO)

Fernanda Otoni de Barros (MG)

Genaro Ieno Neto (PB)

Henrique Figueiredo Carneiro (CE)

Neuza M. F. Guareschi (RS)

Rosemary Achcar (DF)

Tonio Dorrenbach Luna (PR)

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Monica Torres Maia

RP. 16.500-RJ

A&M Comunicação

SECRETARIA

Maurício Miranda Sarmet

(CFP)

ARTE

Terra Comunicação

Multidisciplinar

CHARGES, ILUSTRAÇÕES

E TIRAS

Pablo Alejandro

TIRAS

O personagem principal - Psicólogo da Silva - foi inspirado na peça de teatro homônima do psicólogo Tonio Dorrenbach Luna

FOTOS

Daniela Kutschat

José Paulo Lacerda (*Agência Pixel*)

Patrícia Mendes

(*Ad. People Comunicação*)

William Dias

Abril/2004

Esta revista é produzida pelo Sistema Conselhos de Psicologia, composto pelos 16 Conselhos Regionais de Psicologia (ver na 3ª capa) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP):

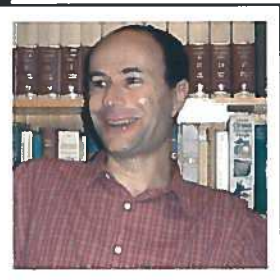
SRTVN, Quadra 702, Edifício Brasília
Rádio Center, 4º andar, Conjunto 4024 A,
CEP: 70719-900 - Tel: 61 429-0100
Fax: 61 328-1728

Email: revistadiálogos@pol.org.br

Distribuição gratuita aos psicólogos inscritos nos CRPs

Versão *on line* no site
www.pol.org.br

04 **Opinião**
Uma nova revista
O tema em debate



06 **Entrevista**
Luiz Alberto Hanns

14 **Coluna do Psicólogo**
Até Bush precisa de SOS

16 **Considerações**
Um pré-projeto em pauta



17 **Abordagem**
Dimensão de projetos
do Banco Social de Serviços



24 **Exposição**
Formação e busca do profissional



Analisando 29
Série "Máfia no Divã"

Resenhas 30
Da fala ao sofrimento
Vastas confusões

Cara a Cara 34
Carlos Drawin X Simone Neno



Imagens públicas 39

Artigos acadêmicos 43
• *Abandono de tratamento*
• *Cuidando do doente de Alzheimer*
• *Psicanálise contra o câncer de mama*
• *Descobertas no Sul do Pará*

Prosa, contos, versos 58
Mania de borboleta

O crescimento da psicologia no Brasil é espetacular em diversos sentidos. Somos hoje 130 mil profissionais atuando nos quatro cantos do país; quase 300 mil estão de alguma forma envolvidos com a psicologia. Contamos com mais de 200 programas de pós-graduação nos diferentes níveis. Se no passado nossos congressos reuniam umas mil pessoas, atualmente temos eventos chamados por entidades específicas que congregam mais de três mil. Quando a convocação é feita pelas entidades em conjunto, esse número sobe para algo em torno de dez mil participantes, como foi o caso do Congresso Psicologia Ciência e Profissão, em 2002.

Mas essa grande evolução não é só quantitativa. Diante da complexificação conseqüente disso, a qualidade de nossas organizações tem tido um desenvolvimento também espetacular. O advento e o fortalecimento do Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira marcam um novo patamar na organização da ciência no Brasil. Com ele, chegamos à condição de encontrar numa mesma sala as diretorias inteiras das principais entidades representativas da psicologia para traçar coletivamente planos de futuro para a profissão e para a área de conhecimento. São 18 entidades nacionais de psicólogos, estudantes, professores e pesquisadores da área trabalhando juntas na construção de projetos como a Biblioteca Virtual de Psicologia.

No plano internacional, participamos da constituição da União Latino-Americana de Entidades da Psicologia para congregar os esforços numa área efetivamente adequada aos povos do subcontinente. Neste ano, estamos desencadeando a construção do comitê de psicólogos de países de língua portuguesa, além de termos desenvolvido atividades conjuntas com entidades de psicólogos de países centrais da economia mundial.

Nesse contexto é que surge a nossa Psicologia Ciência e Profissão DIÁLOGOS, com publicação semestral. Os novos desafios ampliaram o trabalho editorial do Sistema. Desde 2003, a Psicologia Ciência e Profissão foi transformada em eletrônica, podendo ser acessada através do sítio do CFP (www.pol.org.br). Trata-se da mesma revista, com uma diferença importante: Poderemos dar vazão a mais de cem artigos que, todos os anos eram avaliados positivamente, mas não encontravam espaço na publicação em papel. Em 2005, será lançado o Anuário Brasileiro de Revisões em Psicologia, em pelo menos dois idiomas. O novo Conselho Editorial é composto por colegas de formação heterogênea, vindos de todas as regiões brasileiras, com vínculos tanto com a prática diuturna da profissão, quanto com o ensino e a pesquisa. Esse grupo está respondendo ao desafio de concentrar a atenção da nova publicação no cotidiano da prática profissional dos psicólogos.

Cada número debaterá um tema atual, em efervescência, na profissão. Este primeiro número, por exemplo, versa sobre a prática da psicoterapia no Brasil. Já o próximo número pretende tratar de direitos humanos, dos serviços prestados por psicólogos às pessoas vítimas de violências de diferentes tipos. Por meio de artigos, resenhas, entrevistas e reportagens, cada fascículo facilitará o acesso do psicólogo aos debates travados no âmbito da profissão, alimentando a discussão com um leque das visões diferenciadas sobre o assunto.

Desde já, convidamos todos a participar das edições, buscando identificar temas relevantes, artigos pertinentes, pontos de vista a serem considerados. Esta publicação pretende ser o que seu nome indica: Um espaço de diálogo entre os psicólogos e entre os Conselhos e a profissão. Participe dessa ampla conversa de forma ativa e propositiva, aproveitando esse produto do esforço coletivo em todo o seu potencial.

PARTICIPE!**ENVIE A SUA CARTA DO LEITOR****No próximo número da DIÁLOGOS, opine, comente, dê sugestões. Escreva-nos!**

A escolha desse tema foi inspirada por vários motivos. Em primeiro lugar, a maior parte dos psicólogos se dedica a essa prática profissional e assim define sua identidade - como psicoterapeuta. Como a nova versão da Ciência e Profissão, a DIÁLOGOS, estará mais voltada para a qualificação dos psicólogos em atividade, buscando contribuir com o seu dia-a-dia de trabalho, nada mais razoável de que o primeiro número atendesse à real demanda de discussão de um tema que, além de polêmico, é atualíssimo.

O outro aspecto é a regulamentação da psicoterapia estar sendo discutida em vários cantos do planeta. É o que ocorre atualmente nos Estados Unidos e na Europa, especialmente na Espanha e na França. A história da psicoterapia, ela mesma, é de uma multiplicidade impressionante e na sua construção recebeu contribuições de várias áreas das ciências humanas e médicas. Então, quem reúne a competência para exercer a psicoterapia atualmente no Brasil? Somente o psicólogo? Os médicos também, ou somente os médicos, como alguns desejam? Outros profissionais, como é o caso do assistente social que atende famílias?

Todos sabemos que não se trata de uma discussão fácil, mas é necessário fazê-la.

O fato é que a mudança na Lei de Diretrizes e Bases da Educação e a definição das diretrizes curriculares para o ensino superior no país abriram a perspectiva para a definição de novas competências, diminuindo a influência da formação específica. Temos que estar preparados para a nova realidade do mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, procurar garantir um direito da população que é o de atendimento com garantia de qualidade. Isso significa ter disponíveis profissionais gabaritados nos consultórios, nos hospitais, nos postos de saúde. Nossa profissão não pode ficar à mercê do mercado e das concepções neoliberais de empregabilidade.

São esses aspectos que estamos abordando neste número, através de artigos científicos, de entrevistas, de textos sobre bastidores da discussão, de literatura e até de bom-humor.

Vale a pena ainda remeter essa conversa ao poeta Carlos Drummond de Andrade: "Mas que coisa é homem/que há sob o nome.../Como vai o homem junto de outro homem,/sem perder o nome?/...Como se faz um homem?" E perguntarmos: Mas como se faz um psicoterapeuta? Questões cruciais como essa envolvem muitas opiniões, muitas controvérsias. É necessário discuti-las.

Esperamos que a revista, no seu novo formato, possa contribuir decisivamente com a melhoria das condições de atuação dos psicólogos brasileiros e esperamos também, insistimos, que vocês opinem, discutam e ajudem a construir uma revista Ciência e Profissão DIÁLOGOS cada vez melhor.



Luiz Alberto Hanns

“Regulamentação em debate”

Luiz Alberto Hanns, doutor em psicologia clínica, é coordenador de um grupo de trabalho - composto por especialistas de diversas abordagens psicológicas - que elaborou para o CFP um projeto de diretrizes brasileiras para a psicoterapia a ser debatido com a comunidade. Há anos, ele estuda psicoterapia comparada e modelos de avaliação em psicoterapia e afirma que, tal como está ocorrendo em vários países, também no Brasil a questão da regulamentação está em pauta. Na Alemanha, a profissão recentemente foi regula-

mentada, e a comunidade europeia caminha para traçar normas continentais.

- É importante que todas as vertentes de psicoterapia sejam chamadas e escutadas - ressalta.

Autor do “*Dicionário Comentado do Alé-
mão de Freud*” (1996) e de “*A Teoria
Pulsional na Clínica de Freud*” (1999), Hanns ainda coordena a equipe destacada para fazer a nova tradução das obras de Sigmund Freud para o português. Com o rigor científico e a sensibilidade afiados, o especialista esti-

DIALÓGOS - Há procedência nas pressões para regulamentar a atividade da psicoterapia?

LUIZ ALBERTO HANNS - Essa pressão tem crescido internacionalmente, principalmente a partir da década de 80. No Brasil está começando a haver no Congresso e por parte de órgãos públicos um pedido de maior ordenamento do campo. Também de modo indireto se percebe isso na mídia, pondo o campo da psicoterapia como um todo sob suspeita. Há inúmeras causas para isso. Em parte, esses clamores derivam da insegurança do público e dos profissionais de áreas afins e encaminhadores quanto à eficácia e seriedade dos diversos métodos psicoterapêuticos. Para começar, existem mais de 500 psicoterapias já catalogadas por pesquisadores. Imagine lidar com essa diversidade! Embora fundamentalmente tenhamos cerca de 20 abordagens dominantes, mesmo esse número é elevado e é natural que isso deixe as pessoas muito inseguras. Também há um grande número de psicoterapeutas, não só no Brasil, como na Europa e nos Estados Unidos, muito despreparados e que continuam atendendo ao público sem prestar contas a ninguém. Após décadas de experiências com terapias diversas mudou na opinião pública a idéia de que psicoterapia é uma atividade inócua, que não causa grandes danos se for mal conduzida. Basta ver os grandes números de processos éticos que há nos Estados Unidos e que co-

meçam a surgir no Brasil.

DIÁLOGOS - Então a pressão social pela regulamentação da psicoterapia provém basicamente dos problemas derivados dos maus atendimentos?

HANNS - Não só; essa pressão tem várias origens. Por exemplo, o alto custo dos tratamentos psicoterapêuticos na área de saúde. O impacto que a psicoterapia tem no desempenho escolar, na área do trabalho, no stress. Pesquisas atuais mostram que o sofrimento psíquico e suas conseqüências têm um impacto social enorme - hoje há cálculos orçamentários sobre isso - e o tema da psicoterapia vem se tornando uma questão estratégica e, também, uma prioridade econômica.

DIÁLOGOS - O que é possível fazer? Quais os passos para ordenar a atividade no Brasil?

HANNS - Tal como em outros países, também no Brasil, o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia estão se mobilizando nesse sentido. Em 2003, o CFP e o CRP São Paulo solicitaram a mim e a um grupo independente de especialistas de diversas orientações teóricas que elaborássemos um projeto nacional de diretrizes para a psicoterapia. Um projeto muito abrangente, que atingisse desde questões sobre formação, grade curricular mínima, avaliação de novas abordagens que surgem a cada

ma, então, um papel ainda mais relevante para a terapia nos anos que virão, podendo atuar na área de prevenção. Como sonhava Freud, Skinner, Beck etc.

De acordo com ele, a psicoterapia, que hoje já exige um "tremendo preparo" do profissional que a pratica, deverá mais adiante ser adotada pela rede pública brasileira de saúde, mesmo estando-se numa Nação de Terceiro Mundo. "Não se trata de um luxo", ressalta Hanns, "é comprovadamente uma necessidade social".



ano, questões de ética etc. Enfim, um projeto que deveria ser elaborado e submetido à discussão com os grupos atinentes à área - inicialmente, a comunidade de psicólogos e profissionais de áreas afins. Esse pré-projeto está praticamente pronto, estará ainda nesse primeiro semestre sendo submetido pelo CFP à comunidade para discussão. É preciso que seja reconhecido por todo o conjunto do campo como legítimo, adequado. Portanto, não vai poder ser imposto arbitrariamente, a partir de uma visão unilateral, não é? Fundamentalmente, foi feito um diagnóstico do contexto atual, foram identificadas as principais áreas críticas, foi feito um plano estratégico de como atuar sobre cada variável ao longo do tempo. É um projeto que prevê períodos de transição e de adaptação a todos os agentes do campo. E é um projeto que, constantemente, deverá ser realimentado por novos dados do campo, novas abordagens que surgem, para sempre se manter atualizado. Ele tem um perfil necessariamente ousado e combina ações de indução, de persuasão, de negociação, num grande *mix* de ações que visam levar ao campo um maior ordenamento.

DIÁLOGOS - Que conclusões o grupo tirou desses parâmetros que estão construindo?

HANNS - A primeira coisa que decidimos é que era preciso criar regras sensatas de avali-

ação e descrição do campo, deixando-o aberto a inovações. Mesmo as que possam parecer mais estranhas e ousadas, devem ser discutidas por comitês compostos por pessoas de múltiplas perspectivas. Mas, ao mesmo tempo, não é possível se manter 500 ou mais terapias à solta, sendo praticadas de qualquer modo, sem respeito pelas exigências técnicas e éticas. O pré-projeto, então, ataca algumas questões. Em primeiro lugar, foram definidos aspectos técnico-científicos que caracterizam a atividade: Demarcar o que é psicoterapia, distingui-la das terapias psicofarmacológicas e das terapias alternativas, descrevendo exatamente as variáveis com as quais opera, suas técnicas, e a epistemologia que sustenta a psicoterapia como campo. Depois foi feita uma listagem de exemplos longos e bem detalhados dos casos que podem ser tratados por psicoterapia. Em seguida, foram listadas as principais psicoterapias atualmente praticadas no Brasil (e algumas só praticadas no exterior) e o respectivo status atual da teorização e da prática que cada abordagem logrou até o momento obter na comunidade geral de psicoterapeutas, entre o público consumidor e junto à comunidade acadêmica. Foram definidas também que capacidades e proficiências se esperam de um psicoterapeuta generalista e de um psicoterapeuta com formação somente para aplicações específicas. E, por fim, se listaram também, de

um modo bastante crítico, os principais métodos de avaliação, validação, de psicoterapias.

DIÁLOGOS - Quais os resultados desses estudos de avaliação?

HANNS - Primeiro falemos de avaliação sobre a eficácia de psicoterapia em geral. Estudos feitos com seis a sete psicoterapias - sem discriminar uma ou outra - nesses últimos 20 anos, indicam que todas têm em média uma alta eficácia e fazem enorme diferença para um grande número de quadros clínicos. São estudos que foram feitos com diversos tipos de quadros clínicos, em amostras controladas, com ou sem medicação, com placebo, sem placebo, e os resultados são irrefutáveis. Mostram que psicoterapia é tremendamente eficaz para inúmeras configurações e casos. Hoje em dia, esse campo de pesquisa se aperfeiçoou muito, não se trata mais agora de responder essa pergunta: "Se é eficaz ou não?" Sabemos que é. Há outras questões, tais como saber quais as diferenças entre as psicoterapias e o que visa cada uma delas. Estão sendo feitos estudos bastante minuciosos, buscando tanto compreender como funcionam as diferentes terapias, mas também quais parecem mais adequadas para diferentes tipos de configuração. Esses estudos interessam mais ao clínico do que os estudos simples de eficácia na redução sintomática, os quais dominavam o campo de pesquisa em psicoterapia até recentemente. O problema é que a redução sintomática é um mau predictor do curso subsequente, sendo melhor medir os índices de qualidade do processamento psíquico, isto é, mudanças na estrutura e na dinâmica do paciente. Essas pesquisas são muito importantes também para compreender o que acontece dentro de uma sessão, como é que dentro de uma sessão operam as variáveis. Assim, os chamados *outcome studies* - estudos de resultados de redução sintomática - geralmente são muito precários e não captam muitas das variáveis fundamentais. Hoje se trabalha cada vez mais com *process studies*, 'estudos de processos', e há tremendas novidades clínicas e coisas interessantes nessa área. Por isso que, cada vez mais, a psicoterapia é uma área de altíssima especialização. Infelizmente, no Brasil e no exterior, a percepção pública, e de muitos de nossos profissionais, não é ainda essa; a impressão que dá é que psicoterapia é uma coisa muito light e muito opinativa. Embora seja um campo onde há muitas divergências e diferentes opiniões sobre como

melhor lidar com o sofrimento humano, não é mais possível ignorar o muito que já se avançou e pesquisou.

DIÁLOGOS - O senhor estava falando em psicoterapeuta generalista e em psicoterapeuta para aplicações específicas. Isso suscita o debate sobre a formação. Levando em conta que o Sistema Conselhos e mais um grupo expressivo têm defendido arduamente a formação do psicólogo generalista - que possa intervir na realidade brasileira no âmbito em que estiver sendo exigido - e, ainda, as deficiências da universidade brasileira, onde está se dando hoje a formação de um psicoterapeuta? Deve-se considerar que, atualmente, desde que o psicólogo recém-formado tenha um número do CRP, está autorizado a trabalhar em qualquer área da psicologia. Então, como se forma um psicoterapeuta?

HANNS - Essa é uma questão bem complexa mesmo. Primeiro, o campo da psicoterapia



está legalmente franqueado a qualquer pessoa porque o tema não foi contemplado na Constituição brasileira. Na realidade, não existe essa figura do psicoterapeuta em termos legais. Então, não precisa nem ter estudo universitário, qualquer um pode se dizer psicoterapeuta e praticar - é muito difícil mover um processo de charlatanismo ou qualquer coisa contra alguém assim. Nesse sentido, mesmo alguém que fosse um psicólogo clínico com o seu número de inscrição no CRP não precisaria disso para trabalhar como psicoterapeuta; precisa disso para se intitular psicólogo clínico que ainda é outra coisa. Isso também, em algum momento, terá que mudar nesse país, como estará mudando em outros. Afinal, a palavra psicoterapeuta não poderá ficar tão solta e servir, muitas vezes, até para enganar a boa fé do público. Agora, especificamente no caso dos psicólogos clínicos, sabemos que após cinco anos de graduação o sujeito não

teve os instrumentos necessários para poder atender. Não tem nem as horas de supervisão, nem o conhecimento teórico necessários. É impossível que o aluno, por mais talentoso que seja, esteja realmente preparado para ser o que se chama um 'terapeuta generalista', que pode enfrentar uma ampla gama de casos, desde psicoses a casos com grupos, famílias, etc. Não tem esse preparo, não é? Possivelmente, algum dia, tenhamos uma residência em psicologia clínica. Isso são questões a serem negociadas, mas é preciso dar tempo de adaptação e transição.

DIÁLOGOS - Não há um exagero nessa questão dos processos éticos?

HANNS - Em parte há e sabemos que, por vezes, o paciente, motivado pelo seu sofrimento e por frustrações, pode mover processos injustos. Mas devemos tomar cuidado para não desqualificar os pacientes como se fossem incapazes de se pronunciar. É pre-

"Após décadas de experiências, mudou na opinião pública a idéia de que psicoterapia é uma atividade inócua, que não causa grandes danos se for mal conduzida"

ciso mudar a concepção de que psicoterapia se não faz bem, mal não faz. Se você fosse fazer um tratamento dentário, ou mover uma ação, ou se defender de um processo jurídico, ou fazer uma aplicação com consultor financeiro, você não faria isso com um profissional despreparado, que coloca uma plaquinha dizendo que é dentista ou que é advogado, faria? Ora, o campo da psicoterapia aborda temas decisivos na vida das pessoas que procuram esse tipo de ajuda. E não me refiro só aos casos agudos, aqueles onde há risco de vida, ou depressões severas ou casos onde há risco de ruína financeira e social. Também para as pessoas que estão simplesmente passando por fases transitórias, de mudanças de vida, problemas matrimoniais, conflitos com filhos, se adaptando à aposentadoria, lidando com fracasso profissional. Ora, se essas pessoas forem tratadas de forma amadora, ou por terapeutas que se baseiam só em opiniões pessoais, pouco pre-

parados, poderão sofrer prejuízos gravíssimos, às vezes irrecuperáveis. E nem sempre o paciente está em condições de rapidamente perceber esse despreparo. Aqui, como em outros países, começa a haver um movimento dos pacientes pedindo reparação em processos éticos, inclusive com indenizações, obrigando o profissional a justificar a sua prática, e a se explicar.

DIÁLOGOS - Há uma corrente razoável de psicólogos que imagina que a psicoterapia deveria ser exclusiva deles. Acabam concordando que os médicos, desde que preparados, poderiam atuar também. Na realidade, é uma inversão desse campo, não é? Tem-se que compreender aí a condição da própria psicologia, da sua história no Brasil, a história da psicoterapia no âmbito internacional. Na Itália, por exemplo, o psicólogo não exerce a psicoterapia. Em vários países, os médicos tradicionalmente ocupam esse campo. Em outros, há uma abertura que permite que vários profissionais se apropriem desses métodos. Não há exatamente um controle. A França, hoje, está discutindo exatamente quem pode e quem não pode fazer psicoterapia. Então, a quem de direito caberia praticá-la?

HANNS - Na maioria dos estados americanos, na Alemanha, na Inglaterra, na Holanda, e em inúmeros outros países, a prática da psicoterapia, embora seja geralmente ocupada por psicólogos dos quais se exige uma formação de especialista e por psiquiatras que recebem um treinamento adicional e específico, acaba também sendo franqueada aos profissionais que, por tradição, muito antes desse campo ser regulamentado, já vinham desenvolvendo abordagens e práticas. Por exemplo, assistentes sociais, pedagogos, psicanalistas de formação leiga etc. Contudo, também tem havido acordos em diversos países no sentido de credenciar leigos que façam formações em instituições credenciadas pelos conselhos de psicologia e possam se habilitar como psicoterapeutas em determinadas abordagens. Ainda assim, de modo geral, mesmo com esta amplitude de formações a tendência tem sido exigir uma formação muito rigorosa e só permitir o exercício da psicoterapia plena aos que se qualificam em provas práticas e teóricas muito exigentes. Entretanto, na prática, apesar de toda essa abertura do campo às diversas formações, na maioria dos países, o

contingente maior de psicoterapeutas é constituído por psicólogos clínicos que, após estudar psicologia na graduação, fazem uma espécie de residência em psicoterapia.

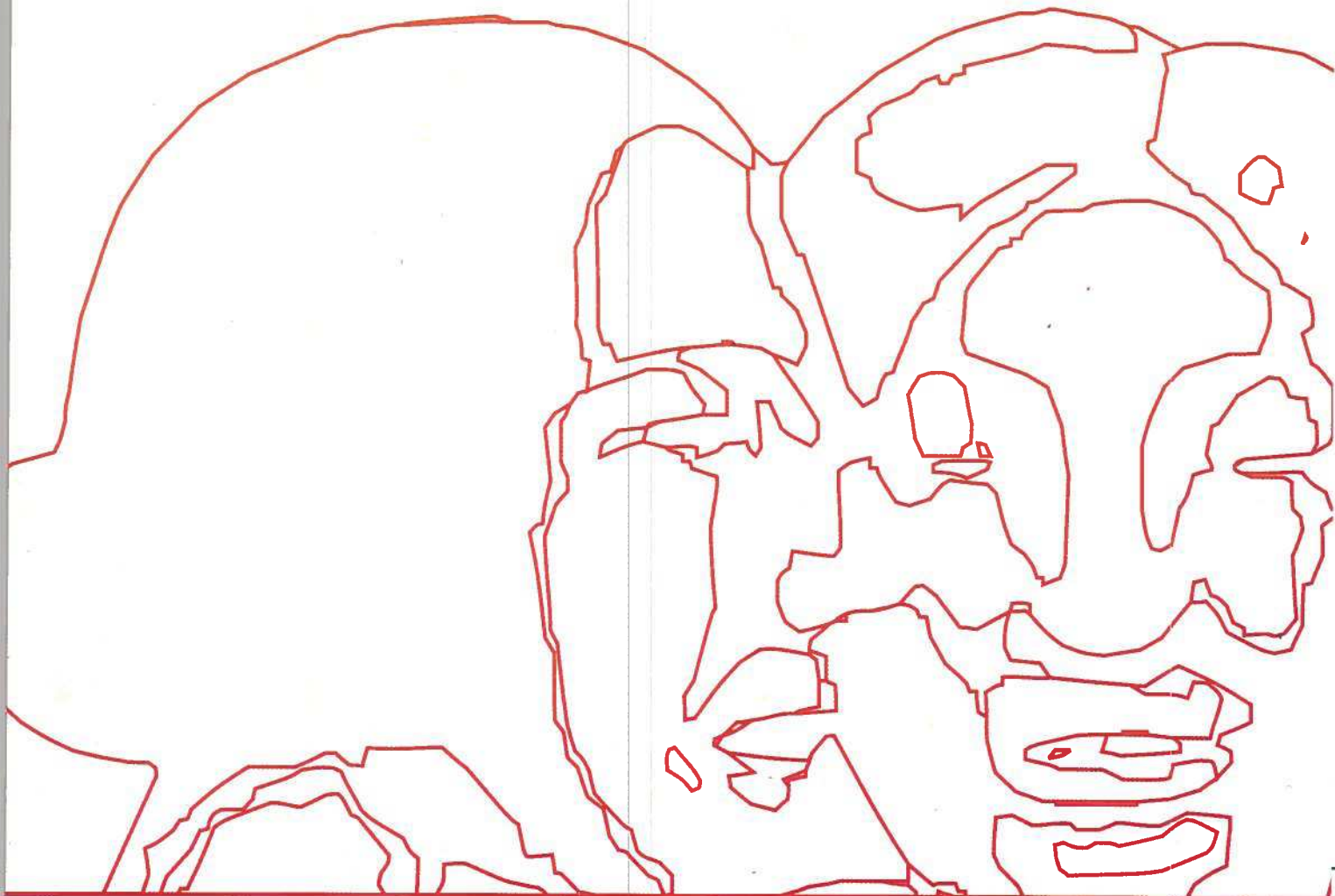
DIÁLOGOS - *Então, a psicoterapia não seria uma área da psicologia clínica?*

HANNS - Do ponto de vista de campo teórico, embora receba influxos de diversas áreas, das neurociências, da teoria sistêmica, de teorias sociológicas, de teorias antropológicas, da psicofarmacologia etc., devemos lembrar que o corpo central da psicoterapia deriva e se calca sobre teorias psicológicas e que, mesmo os conhecimentos oriundos desses outros campos, acabam por ser integrados num arcabouço geral da psicologia. Nesse sentido, o campo da psicoterapia, apesar de se servir de várias teorias oriundas de outras áreas, está claramente ancorado em teorias sobre o desenvolvimento do ser humano em geral, seu funcionamento, e na etiologia dos problemas psíquicos e suas especificidades nos ciclos de vida. Assistentes sociais, psiquiatras, psicanalistas leigos, enfim, todos os que trabalham com psicoterapia se servem grosso modo do corpo central de conhecimentos e de temáticas que são

atinentes à psicologia clínica.

DIÁLOGOS - *Há expectativa de competência na sociedade em relação a qualquer profissional. E, dentro desse campo de competência, há uma margem de erro na medida em que esses profissionais precisam ser formados e a experiência vem com a atividade concreta. Em alguns casos, é verdade que a possibilidade de erro - se o erro é grave - pode ser fatal. A psicoterapia não está nem no ponto em que qualquer erro é reparado, e não está naquele ponto em que todo o erro é fatal. Portanto, a maneira como vem se formando o psicoterapeuta leva isso em consideração, não é?*

HANNS - Quanto aos danos, queria até insistir que podem ser muito graves, embora possam não ser fatais, como, aliás, acontece na medicina e no dentista também. O médico pode fazer pequenas cirurgias que não vão ser fatais, afinal nem sempre se trata de uma cirurgia de alto risco. Também um dentista pode estragar a sua dentição. Não esqueçamos de que um taxista pode matar seu passageiro em um acidente. De modo geral, os órgãos reguladores dessas atividades consideram os diversos riscos envolvidos. Em psicoterapia podem ocorrer, e de fato ocorrem, inúmeras situações

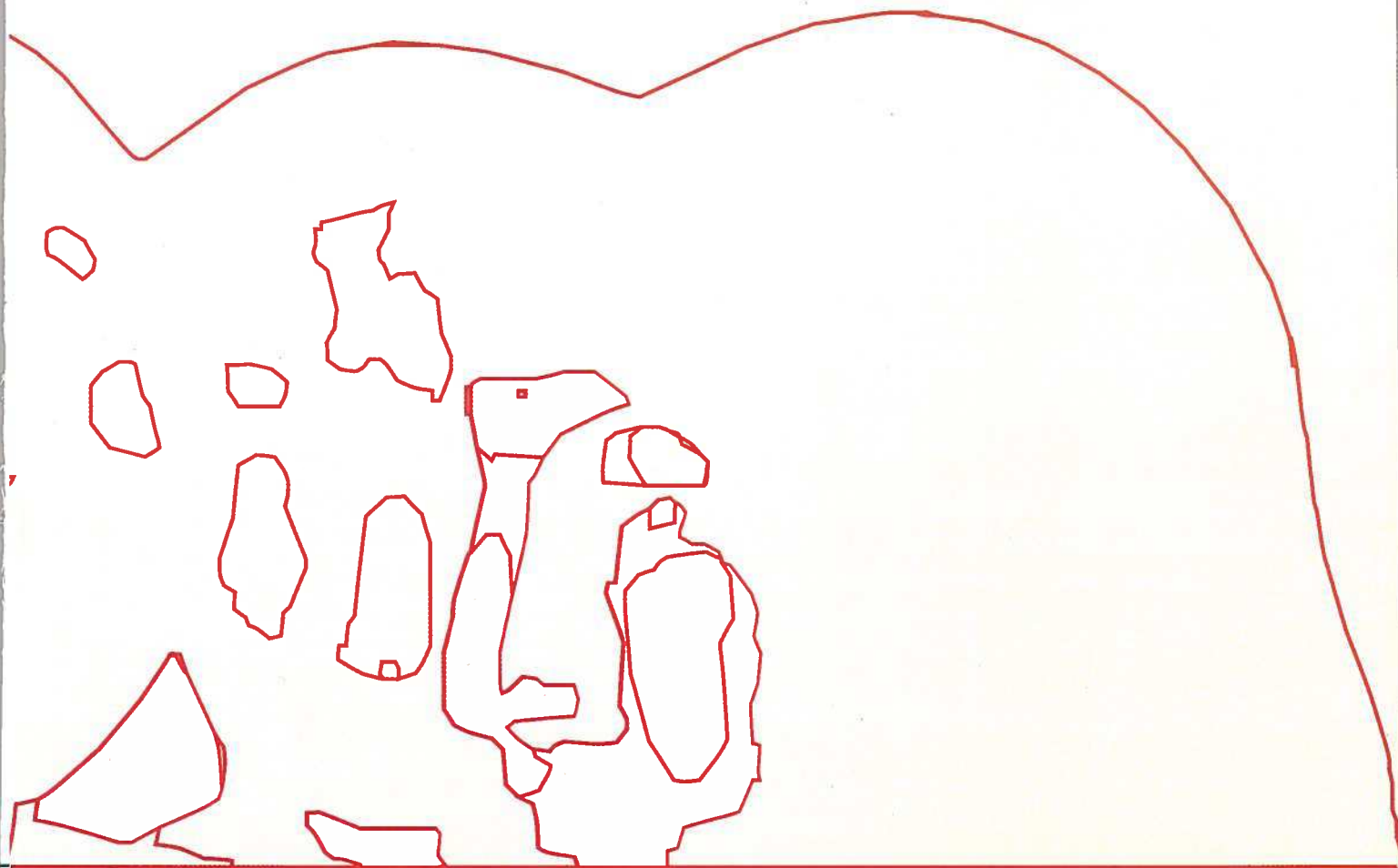


graves, embora geralmente não fatais. Por exemplo, pessoas que se encontram em estado alterado e emocionalmente perturbadas tendem a lidar mal com suas carreiras, com as finanças, com a vida amorosa e familiar, e sem um atendimento adequado tudo isso pode se exacerbar e arruinar vidas pessoais de modo irreversível. Portanto, não se trata só do sujeito morrer ou não morrer, trata-se, às vezes, de danos sérios que são até maiores do que um processo jurídico mal conduzido ou uma cirurgia médica mal conduzida. Acho que as pessoas estão se dando conta, aos poucos, exatamente disso, da importância que pode ter a psicoterapia. Do mesmo modo, como na área médica, na área odontológica ou na área econômica, nem sempre todos concordarão com determinado procedimento. E há uma certa margem de debate: Ninguém pode, com certeza, sempre afirmar o que está errado, o que está certo. Mas, grosso modo, temos certas balizas e há coisas que evidentemente são gritantes, não é? Nesse sentido, as questões técnica e ética se enlaçam.

DIÁLOGOS - *Muitos psicólogos acham que podem abrir mão da técnica porque se trata de uma relação com outra pessoa. Essa noção de pessoa daria a impressão de que não é*

necessário manter-se em contato com os avanços científicos nas áreas afins e, tampouco, estudar psicologia clínica em geral...

HANNS - Primeira coisa: É preciso que o psicoterapeuta, o psicólogo clínico, tenha um conhecimento dos vários fatores que influenciam o psiquismo. Não é possível imaginar que as dificuldades, os sofrimentos humanos, sejam simplesmente redutíveis a um único fator. São combinações complexas, é preciso de fato conhecê-las, pelo menos nas suas principais variantes, e saber compor um caso clínico, destrinchar os principais fatores em jogo e considerar aspectos como a linguagem, a cultura, a aprendizagem, a psicogenética, fatores orgânicos, conhecimentos básicos de psicologia social e psicologia do desenvolvimento, entre outros. Durante o treinamento em psicoterapia o aluno deveria saber formular um caso clínico com uma certa consistência, inclusive tendo consciência das principais limitações que seu instrumental psicoterapêutico tem. Infelizmente, muitas vezes, os psicólogos ficam verdadeiramente alienados e encasnelados em sua abordagem. Nenhuma abordagem atualmente dá conta da complexidade do campo. E pior: Além de não terem uma visão do conjunto do campo, dei-



xam de conhecer as limitações da sua própria abordagem e não sabem de importantes instrumentos por vezes disponíveis em outra abordagem. Isso representa uma grande falha na formação do psicólogo clínico brasileiro que, muitas vezes, não possui critérios de encaminhamento de pacientes e nem sabe trabalhar em equipe com outros profissionais.

DIÁLOGOS - *Isso leva à outra discussão: Na década de 70, as questões epistemológicas eram um campo de batalha, atingindo também a psicologia. Ser estruturalista ou não estruturalista, principalmente nas ciências sociais, era uma questão de vida ou morte. Hoje, essa discussão parece que está arrefecida, não é? O crescimento da importância da fenomenologia, de uma certa maneira, traz esse ponto de vista de que talvez a postura que o cientista assuma seja mais importante do que suas referências metodológicas. As fronteiras já não estão tão delimitadas. É verdade?*

HANNS - A geração jovem, que está chegando hoje ao nosso campo, tem o maior interesse e abertura em conhecer a diversidade, o que cada uma das abordagens psicoterapêuticas vêm fazendo. Outro fator é que as abordagens têm, de fato, em boa parte, integrado, na esfera pragmática, práticas de outras. Ou seja, mantêm-se uma plataforma teórica, conceitual, mais ou menos entre aspas 'pura' naquela abordagem, mas se incorpora práticas e manejos de outras. Isso tem acontecido no psicodrama, na gestalt, na terapia comportamental, na terapia cognitiva, na terapia de *rapid eye movement* e em vários outros. E, muitas vezes, também se vê uma determinada abordagem reconhecer em si lacunas e, por assim dizer, reinventar a roda, introduzindo em seu corpo teórico temas que em outras abordagens já existiam com outras denominações, refazendo, assim, o percurso já concluído por uma abordagem rival. Não poderei citar exemplos para não melindrar suscetibilidades, mas tenho estudado diversos casos desse gênero. Hoje, temos muitos exemplos, praticamente em todas as abordagens, de derivações e práticas que vão se interpenetrando, inclusive na psicanáli-

se. Penso que sempre teremos muitos núcleos divergentes, muitas diferentes linhas em competição, mas também já temos um campo de núcleos convergentes que tende a crescer cada vez mais. Talvez o cenário se torne parecido com o que atualmente ocorre na ciência econômica, onde várias concepções divergentes gravitam em torno de uma plataforma geral consensual, e onde muito da prática depende de eventos não-replicáveis, associados a um contexto único, e as intervenções são fortemente calçadas sobre uma teoria explicativa (e há sempre várias teorias explicativas competindo entre si). Ou seja, nesses campos das ciências humanas, os experimentos controlados em laboratório têm um uso restrito e precisam ser acoplados às teorias, mesmo que essas não estejam comprovadas cientificamente.

DIÁLOGOS - *É preciso discutir a relação entre a psicoterapia - do ponto de vista que o senhor definiu - com vários critérios chamados 'alternativos'. Pessoas procuram a psicoterapia nas suas mais diferentes possibilidades - desde massagens com diagnóstico até formas místicas que estão dentro do mesmo campo. A medicina também é afetada por isso - pessoas buscam nela eventualmente formas mágicas, no campo da sua crença. Como o senhor percebe essa relação? Atrapalha? Afeta esse campo cientificamente definido?*

HANNS - Na realidade, é preciso que traba-

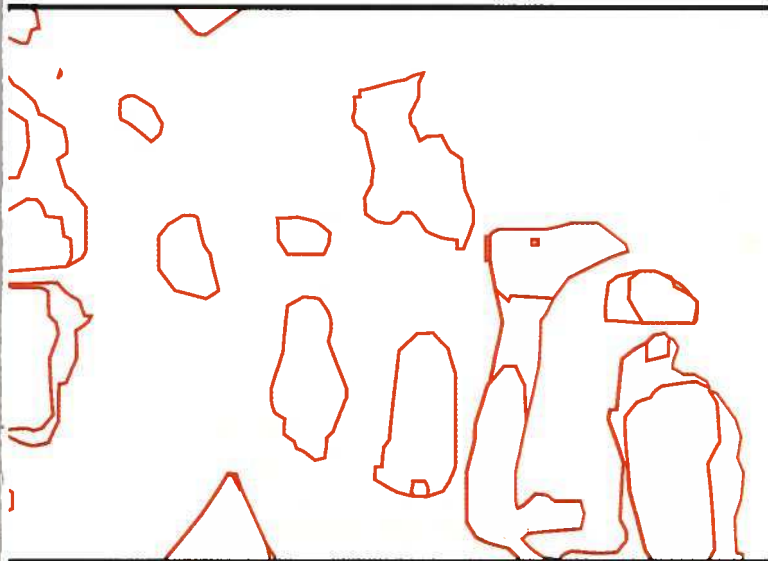
"Não é possível imaginar que os sofrimentos humanos sejam simplesmente redutíveis a um único fator, um único paradigma. São combinações complexas"

lhemos sem preconceitos, mas com seriedade. Nesse sentido, se houver uma demarcação correta do que é uma psicoterapia calçada numa formação em psicologia clínica e em outras áreas afins, diferenciando sua epistemologia dessas práticas alternativas, penso que é suficiente. Não é o caso de fazermos uma caça às bruxas, por exemplo, contra religiosos, pais-de-santo, astrólogos e outros que podem ter um efeito terapêutico nas suas ações. Pensemos, por exemplo, nas ervas medicinais indígenas, na medicina chinesa, nas benzedeadas etc., que em suas culturas

ocupam um espaço social que não nos cabe julgar e que, aliás, em parte, foram estudadas e em alguns aspectos incorporadas na medicina. Nesse sentido também as terapias alternativas, desde que o público não confunda, e não pense que é tudo do campo da psicologia clínica, deveriam ter seu espaço, tomando-se apenas o cuidado de impedir que charlatães atuem enganando e roubando o público. Seria importante que a nomenclatura 'psicoterapia' fosse de algum modo regulamentada, pois deixada livre dá margem a muitas confusões. Deveríamos tentar algum tipo de acordo nacional sobre isso.

DIÁLOGOS - Qual o futuro da psicoterapia no Brasil?

HANNS - Penso que, no geral, a psicoterapia sofreu nos anos 80, 90, um grande refluxo internacional, também no Brasil. Nesse período estavam todas as psicoterapias sob suspeita. Afinal, depois de depositar muita fé e esperança na psicoterapia, nos anos 60, 70 - no continente americano era moda ter o seu psicoterapeuta - houve uma grande decepção também em função das expectativas até irrealistas que se tinha. Mas agora estamos chegando a um ponto de maior equilíbrio. Atualmente, a tendência é que a psicoterapia se transforme numa área estratégica, fundamental, e de aplicação ampla. Na medida em que ela vai se firmando como campo epistêmico, se verifica - até já mencionei isso



antes - não só o impacto social, econômico, da psicoterapia, que é espantoso - o que se perde e o que se ganha de produtividade, de bem-estar, mal-estar, custos econômicos, não é? Também do ponto de vista pessoal do sujeito, uma psicoterapia pode significar uma mudança profunda em sua capacidade de lidar com a vida. Com o tempo, fatalmente, a psicoterapia será incluída na rede pública, mesmo sendo esse um país pobre. Se não por outro motivo, pelo fato de que é economicamente um fator de redução de custos e, comprovadamente, uma forma de

diminuir o tempo da internação hospitalar. Então, há inúmeras aplicações específicas da psicoterapia que vão fazer com que ela seja uma exigência da boa racionalidade econômica.

DIÁLOGOS - Falemos no futuro da psicoterapia na rede pública, as filas são sempre enormes e isso pressiona o profissional a definir prazos, a pensar em critérios. O atendimento privado, por sua vez, trabalha com uma classe média que cada vez mais vive pressionada por questões financeiras e pressiona o terapeuta, abandonando o tratamento prematuramente e, com isso, tirando um pouco daquela característica de atendimento sem prazos como ocorria no contexto de Freud. Como definir critérios de prazos para os atendimentos na rede pública?

HANNS - Sobre isso há diversas posturas. Hoje, os seguros-saúde privados, em boa parte, aceitam psicoterapia, embora em sessões limitadas - me parece que são 12 sessões-ano. Entretanto, esse é um critério puramente negocial e derivado de interesses comerciais. Quais são as diretrizes de atendimento que os governos em alguns países já têm disseminado para certos casos clínicos? Hoje, nos Estados Unidos, em diversos estados, se dissemina que para casos em que há transtornos de humor, sem outras comorbidades e sem uma base orgânica, as psicoterapias levariam algo entre 16 a 24, no máximo 30 horas. Na Alemanha, a psicanálise foi credenciada na rede pública para atendimentos de duração mais longa. Na área privada, nos consultórios, pode estar em jogo, por exemplo, questões como crescimento pessoal, autoconhecimento e um maior controle sobre o próprio destino, exigindo certamente mais do que apenas 16 horas! Voltando à questão dos critérios, já há muitas pesquisas que nos apontam caminhos, contudo é preciso realizar muitas pesquisas de melhor qualidade e mais sofisticadas de modo a se chegar a parâmetros adequados a cada configuração e cada demanda. Dependerá da qualidade de nosso debate com os vários agentes do campo e na comunidade, o tipo de regulamentação que vamos ter no Brasil. De qualquer modo, esse é um desafio epistemológico que se tornou inadiável no país: A discussão sobre a regulamentação da psicoterapia. ■

Coluna do Psicólogo

Polêmica

A Europa está fazendo um esforço para criar normas continentais para a psicoterapia. Mas o assunto é tão polêmico que cada país está fazendo uma regulamentação própria, em parte, incompatíveis entre si; e, até agora, sem satisfazer o conjunto do campo. Na Alemanha, na Áustria e na Inglaterra, as regulamentações estão praticamente concluídas. Na Espanha e na França, por exemplo, estão em pleno debate. A polêmica na França começou em

outubro, quando o deputado Bernard Accoyer apresentou uma emenda conferindo ao ministro da Saúde o poder de fixar por decreto as diferentes categorias da psicoterapia e normas para o exercício profissional. Como não ocorreu antes um debate público sobre o tema, o texto aprovado pela Assembléia rachou a opinião pública. No Brasil, está se propondo um caminho inverso, tentando antecipar o debate.



SOS à guerra

De acordo com agências internacionais, o Exército norte-americano está desenvolvendo um programa de psicoterapia com soldados que regressam do Iraque. O índice de suicídio entre eles e até dos que matam as próprias mulheres subiu depois do conflito. Segundo o próprio secretário-adjunto de Defesa para Assuntos de Saúde, médico William Winkenwerder, em tempos de paz a média é de 10,5 a 11 casos para cada 100 mil soldados. Agora, está rondando os 13,5 para cada 100 mil.

Nos ombros

As Forças Armadas mantêm, em cada divisão, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, a fim de combater o stress entre os militares. Winkenwerder contou que entre 300 e 400 soldados já foram evacuados do Iraque por causa de problemas de saúde mental. Mais uma fatura pesada nas mãos do governo de George W. Bush.

Interfaces

O Conselho Regional de Psicologia da 7ª Região informou que entre os próximos dias 20 e 22 de maio será realizado, em Porto Alegre, o V Congresso Latino-Americano de Psicoterapia, organizado pela Federação Latino-Americana de Psicoterapia. O tema do encontro é "O Desenvolvimento da Psicoterapia e suas Interfaces". Estão sendo esperados centenas de profissionais, brasileiros e estrangeiros.

O site é www.vcongressopsicoterapia.com.br

Nova entidade

Foi lançada, no último dia 17 de abril, em São Paulo, a Associação Brasileira de Psicoterapia. A cerimônia reuniu cerca de 90 pessoas, incluindo representantes das principais entidades do campo. No dia 29 de maio deste ano, será realizada a assembléia de constituição jurídica da nova associação.

Congresso

O Conselho Regional de Psicologia da 1ª Região informou que será realizado em Brasília, entre os dias 9 e 12 de outubro deste ano, o I Congresso de Psicologia da Região Centro-Oeste (Conpsico). Segundo a conselheira-presidente, Rosa Maria Benedetti Albanezi, o tema é "Diversidade em Psicologia: Tendências em Movimento". Os trabalhos candidatos à apresentação no evento deverão abordar: Formação da Psicologia (graduação, pós-graduação e cursos livres), Prática Profissional em Psicologia (contexto e áreas diversas) e Pesquisa em Psicologia. Os resumos dos trabalhos seriam recebidos até o dia 1º de maio. E os completos, até 1º de julho. Os resultados serão divulgados em 30 de agosto.

As inscrições poderiam ser feitas no site www.ucb.br/posgraduacao/psicologia

Lançamento

A psicóloga e escritora Berenice Sica Lamas, de Porto Alegre, lançou no mercado, no último mês de março, mais dois livros. Pela Editora Movimento, "Inventário de Ausências", seu terceiro volume de poemas. E pela EDIPUCRS, "O Duplo em Lygia Fagundes Telles: Um Estudo em Literatura e Psicologia", livro originado de sua tese de doutorado em Letras, concluído em 2002.



Grupo elabora proposta

A partir de março de 2003, um grupo de especialistas de orientações psicoterapêuticas diversas¹ se reuniu para elaborar propostas sobre psicoterapia a serem submetidas pelo CFP à discussão na comunidade de psicólogos. A base das propostas é a concepção sobre o papel que os modelos teóricos e a pesquisa empírica têm no nosso campo:

A psicoterapia se refere ao corpo teórico e prático de intervenções psicológicas, cujos parâmetros não são os de “saúde” e “doença” (conceitos pouco operacionais para os modelos clínicos), mas a qualidade da estrutura de processamento psíquico da pessoa em determinado contexto, o que de antemão implica a especificidade (indivíduo-contexto) e a relatividade das metas terapêuticas em cada ambiente social. Estudos no contexto de saúde mental demonstram a eficácia da psicoterapia para a redução de sintomas em um abrangente número de problemas psicológicos, mas, apesar disso, deve-se ressaltar que o sucesso de determinada psicoterapêutica é melhor medido por parâmetros de qualidade da estrutura de processamento psíquico e não só em índices de redução sintomática. Isso se deve às configurações clínicas específicas da psicoterapia. Em nosso campo operamos com:

- **Eventos não-replicáveis:** A psicoterapia constitui-se de inúmeros eventos complexos e não replicáveis, só algumas correlações são replicáveis em experimentos controlados.

- **Sistemas dinâmicos:** O processo psicoterapêutico pode ser descrito como sistemas e subsistemas em interação dinâmica. Um mesmo elemento pode se ativar em graus diversos e com funções hierárquicas diferentes em cada subsistema, em combinações cruzadas de causação, manutenção e mudança, que interagem entre si.

- **Causação multifatorial:** Os fenômenos da

psicoterapia resultam de interações entre dimensões orgânicas e psicológicas em estreita interdependência com fatores genéticos e ambientais, bem como de processos de aprendizagem. Muitas das variáveis operam em redes complexas, não se deixando isolar.

- **Variáveis desconhecidas:** O conhecimento de outros campos que interagem no evento clínico, tais como psicogenética, semiologia, neuroendocrinologia, psicofarmacologia, ainda não é suficientemente operacional para guiar diversas das intervenções na clínica.

- **Intervenções contínuas e contexto-associadas:** Há uma interação contínua entre psicoterapeuta e paciente e muitas intervenções não podem aguardar uma fundamentação empírica segura, que depende de demoradas pesquisas longitudinais e de conhecimentos ainda não disponíveis em áreas afins.

- **Configurações singularizadas:** Os modelos de diagnóstico ateóricos são gerais e estáticos, não especificam como as variáveis se articulam de modo singular para cada sujeito; o diagnóstico psicoterapêutico é dinâmico e singularizado.

Os estudos controlados ainda são insuficientes para permitir a formulação de modelos complexos de intervenção, portanto, as ações do terapeuta necessariamente têm que ser guiadas por teorias explicativas abrangentes (modelos teórico-clínicos). No entanto, tal como em outros campos do conhecimento que operam com variáveis complexas e instáveis, como a economia, a sociologia, a meteorologia etc., diversas teorias competem entre si para explicar o mesmo conjunto de fenômenos, e o clínico tem que optar pragmaticamente por uma, ou algumas delas, para guiar muitas das decisões no cotidiano. ■

¹ Alice Maria Delite; Ana Maria Serra; Francisco Viana (CFP); Edela Nicoletti; Ednilton José Santa Rosa (CRP-06); Hélio Deliberador; Kátia Rubio (CRP-06); Luiz Alberto Hanns (coordenador); Maria Amália Vittal; Michel Achatz; Raul Albino Pacheco Filho; Rosa Macedo; Sâmia Simurro; Sonia Meyer.



Busca de apoio no Banco Social

Psico-
terapia

O que é que, igual à uma facada, fere mais o desempregado brasileiro? “É o sentimento de culpa”, responde, sem titubear, a assistente social Sandra Império, responsável, na Força Sindical, pelo projeto de apoio psicológico voluntário a trabalhadores sem emprego. Desenvolvido pelo Banco Social de Serviços em Psicologia, numa parceria entre o CFP, Conselhos Regionais e Ministério do Trabalho e Emprego, através do Sistema Nacional de Emprego (Sine), pretende dar suporte a pessoas que, normalmente enfrentando processos de demissão em massa decorrentes do atual cenário econômico, acabam acreditando que são responsáveis por seu próprio fracasso.

— O projeto quer tirar deles essa impressão de que seriam culpados por estarem desempregados, quer livrá-los do sentimento de culpa — corrobora, numa outra conversa, João Martins Lima, diretor-executivo do Centro de Trabalho e Renda da Central Única dos Trabalhadores e responsável pela atividade.

Iniciado na maior capital do país, São Paulo, em 2003, e já implantado em Santa Catarina, o projeto está atendendo centenas de pessoas. Para estancar a ferida, também põe em prática técnicas psicoterápicas.

Os grupos de apoio aos desempregados são formados por psicólogos voluntários. E a palavra de ordem é o resgate da auto-estima.

Consultora do projeto, a professora Maria José Tonelli, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, explica:

— Este projeto tem o objetivo de dar apoio psicológico ao trabalhador em situação de desemprego e se utiliza do recurso psicoterapêutico do trabalho em grupo para a sua atuação.

Segundo ela, os trabalhadores são atendidos em grupos de oito a 12 homens e/ou mulheres, a fim de compartilharem suas experiências. E têm a possibilidade de prolongá-las, se sentirem necessidade. Pelo menos metade das pessoas de cada grupo retorna à sessão de apoio, relata Sandra Império.



O padeiro Ivânio Rodrigues Barbosa (D) tenta há cinco meses conseguir emprego. Enquanto isso, sobrevive vendendo picolés

Quanto maior é o tempo em que está desempregado, pior a sua sensação.

— Ele não vê saída. No fundo, a grande vítima do desemprego se sente responsável por aquela situação — descreve a assistente social.

Como o goiano Ivânio Rodrigues Barbosa, 35 anos, que tentou durante um ano manter-se empregado em São Paulo, mas foi mal sucedido. Faz cinco meses, tenta viver vendendo picolés no centro da capital da República. É padeiro experiente, mas se contentaria com uma vaga de caseiro para abrigar a mulher e os dois filhos sem ter que pagar aluguel, pediu recentemente, meio sem jeito, na agência da Secretaria de Trabalho do Distrito Federal.

Nas duas primeiras semanas de atendimento, na Força Sindical, em São Paulo, relata Sandra, cerca de cem trabalhadores acorreram aos grupos de apoio. Eles estão encontrando ali, acredita ela, o que mais lhes faz falta nesse momento: “Apoio emocional; tratar da situação pelo lado emocional”.

Muitas vezes, declara Ana Bock, a dimensão subjetiva aparece “como algo secundário ou algo que atrapalha”, provocando comentário do gênero: “Ah! Não se preocupe, isso é só psicológico!” E aí, indaga ela, como traçar uma política pública de qualidade para, por exemplo, os desempregados? Como ignorar o grau de fragilização deles nesse quadro?

— As políticas decorrentes buscam solução para diversos aspectos da situação de desemprego, mas ignoram a necessidade de fortalecer psicologicamente o sujeito para que ele possa ampliar sua capacidade de enfrentamento da situação — afirma.

O diretor-executivo do Centro de Trabalho e Renda da CUT conta que o projeto voluntário vem desenvolvendo dinâmicas variadas, como a troca de experiências entre os trabalhadores. Funciona mesmo como uma terapia de grupo: A similaridade entre as histórias acaba fazendo todos crerem que há uma situação estrutural responsável pelo desemprego, aliviando o sen-



É isso mesmo, diz a presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, Ana Mercês Bahia Bock, coordenadora do Comitê Nacional de Acompanhamento do Banco Social de Serviços. Historicamente, lembra ela, grupos sociais ficaram excluídos do acesso a esse tipo de atendimento. O Banco Social, ressalta, “se constitui como um instrumento importante de luta para que a psicologia amplie sua inserção social”. Além disso, o programa tem o papel de resgatar o valor da dimensão subjetiva na composição da realidade.

timento de culpa. E isso não é nada fácil em condições normais, constata a presidente do CRP-SP: “O próprio sujeito que se encontra na situação difícil e que carrega sofrimento decorrente dela tem sido responsabilizado pelas suas fragilidades e insucessos”.

Em seu depoimento, a professora Maria José Tonelli narra que, nos grupos que já ocorreram, “as pessoas ficaram satisfeitas em poder compartilhar e trocar experiências”, percebendo que sua condição de desemprego decorre de uma situação estrutural.

— Com um pouco mais de auto-estima, então, vêem que é possível enfrentar as dificuldades do mundo do trabalho — descreve ela, acrescentando que os grupos de apoio não idealizam a situação. “Não prometemos que essas pessoas conseguirão emprego ou qualquer iniciativa nesta direção”.

Muitos trabalhadores, inicialmente, segundo João Martins Lima, têm dificuldade em desabafar:

— Apresentam uma inibição muito forte, mas vão vencendo.

E, segundo ele, retomam aos poucos o otimismo, a esperança:

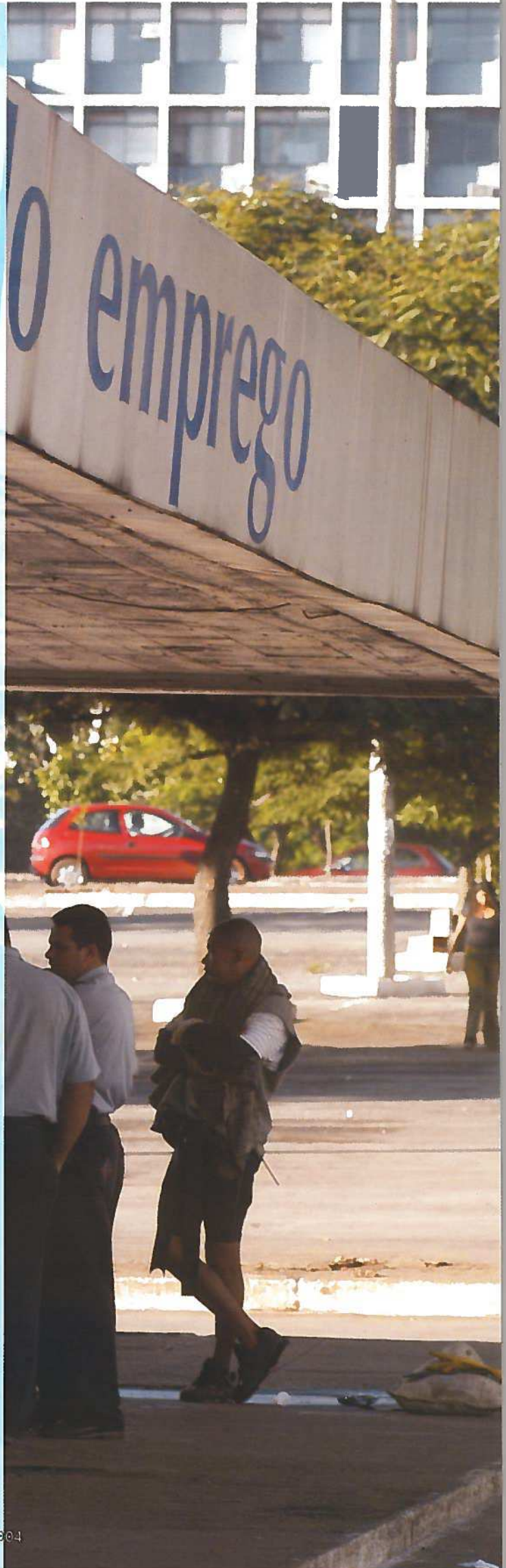
— À proporção que vão acontecendo as atividades, a auto-estima de todos vai aumentando, sem dúvida — reconhece o diretor da CUT.

É um universo expressivo. Desde agosto de 1999, quando foi criado o Centro de Trabalho e Renda, 600 mil desempregados bateram nas portas da CUT. Atualmente, há registro de 385.453 trabalhadores fora do mercado de trabalho nos computadores da central. Todavia, muitos deles, ressalva João Martins Lima, obtêm recolocações por outros meios e não comunicam o novo emprego.

Ainda é cedo para fazer um balanço dos efeitos terapêuticos da experiência. Mesmo assim, ressalta Maria José Tonelli, pôr luz sobre a redoma da solidão da culpa já é um grande passo. Afinal, esses trabalhadores demoram uma média de seis meses para conseguir um novo emprego, conforme dados da CUT. A maioria deles está na faixa dos 18 aos 25 anos.

— O trabalho está começando, por isso ainda não é possível mensurar os efeitos de sua aplicação, mas, desde já, pode-se pensar no benefício indireto que é dar visibilidade social a um tipo de sofrimento que, normalmente, é vivido de forma solitária por aqueles que perdem seus empregos.

Expor a ferida, entre companheiros de experiência, terapêuticamente, têm-se mostrado um bom remédio. ■



**Em vez de
eletrochoques,**

Cidadania

No Banco Social de Serviços, há dimensão psicoterapêutica também numa das mais importantes políticas de saúde posta em prática em julho do ano passado, o Programa De Volta Para Casa. Um programa que começou a ser moldado há 20 anos, quando um grupo composto por psicólogos, usuários (os loucos), seus familiares e outros profissionais de saúde mental, iniciou, no Brasil, o movimento de desconstrução dos hospícios.

Existem hoje, no país, 55 mil leitos psiquiátricos. Pelo menos 20 mil são ocupados por pacientes considerados crônicos ou que, abandonados por suas famílias, se transformaram em “moradores” das instituições hospitalares. Esses pacientes não têm onde viver fora dos manicômios e, também, se adaptaram à lógica torta desses locais que não os prepararam para viver fora de lá. Em vez de dar carinho e incentivar o amparo familiar, privilegiaram tratamentos agressivos, como o dos eletrochoques.

Conforme explica a psicóloga Rosemeire Silva, conselheira do CFP e consultora do De Volta Para Casa, o usuário já estabilizado - sem necessidade, portanto, de permanecer internado - não tem para onde ir e precisa de casa e de redes de apoio para reingressar na sociedade.

— Não dá para acabar com o manicômio esquecendo isso — alerta ela.

O governo federal está propiciando, assim, um auxílio de um salário mínimo aos pacientes prontos para a vida e que vão morar sozinhos ou em serviços residenciais terapêuticos, as casas criadas pelos municípios para receber esses usuários.

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura ainda o tratamento ofertado pelos serviços abertos substitutivos ao hospital psiquiátrico. Mas o De Volta Para Casa não é simplesmente amparo material ao paciente





no seu retorno ao cotidiano: Envolve e requer a inclusão deles na cidadania. Exige, argumenta a presidente do CRP-SP, Ana Bock, a reconstrução de sua identidade.

O programa, de acordo com Rosimeire Silva, disponibiliza psicólogos - também voluntários - para apoiar psíquica e emocionalmente esse paciente durante esse processo de reinserção na comunidade, criando uma rede de solidariedade em torno deles. Afinal, é uma tarefa árdua de re-construção do ser, já que, como nos lembra Rosemeire citando o filósofo Michel Foucault: "Apenas o louco é, em todas as sociedades, o excluído de todos os domínios: Excluído da festa, do trabalho, da família, da sexualidade e, também, da linguagem".

Os loucos, esses sujeitos com os quais se pretende estabelecer uma nova relação de parceria, fortalecendo o compromisso da psicologia com a transformação de suas condições de vida e de seu status social, são também pessoas privadas - e há bastante tempo - do direito à liberdade, frisa Rosimeire. E emenda, taxativa: "São pessoas para as quais o mundo não reservou lugares ou formas de pertencimento, além do manicômio. Seu destino, sua pátria e suas redes relacionais foram prescritos por nossa cultura, tendo o manicômio como lugar e condição exclusivos". ■

Um parceiro da loucura



Rosemeire Silva (*)

Psico
terapia

A instituição psiquiátrica retirou dos loucos, nos anos de clausura, algo precioso: Retirou-lhes o direito à existência pública. Reduzidos ao anonimato e à miséria por anos a fio, esses sujeitos foram privados de tudo de bom que a humanidade foi capaz de produzir, sendo, igualmente, privados da oportunidade de aderirem às lutas pela construção de um mundo melhor para todos. Ou ainda, de se entristecerem, indignarem, sorrirem ou mesmo de assistirem a um simples pôr-do-sol sem ter à frente, como um obstáculo, as grades que vedam as janelas manicomialis. Foram, enfim, privados de ver, viver e sentir o correr da própria vida.

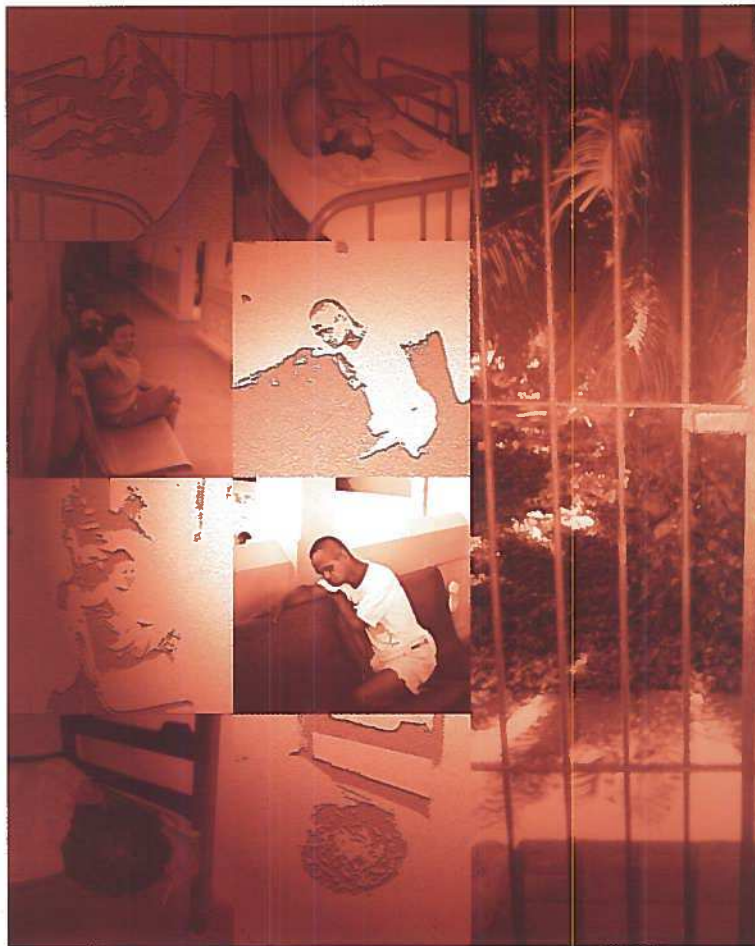
A exclusão, no caso dos loucos, produziu então um outro fenômeno, que a igualdade material apenas não supre: Produziu, segundo Robert Castel⁽¹⁾, desfiliação. E esta se distingue da pobreza ou da privação de bens materiais por agregar à mesma a ruptura dos vínculos e a ausência de futuro, gerando invisibilidade social. Este modo de viver, este *ethos* errante e vulnerável, é destituído de sentido e também frágil: condição na qual se encontram, senão todos, pelo menos grande parte dos usuários inscritos no De Volta Para Casa. Nossos futuros parceiros, parcela significativa dos portadores de sofrimento mental, mais ou menos 20 mil em todo o país, esteve ou está internada em algum hospício brasileiro por, no mínimo, dois anos. Abandonados pela família, pelos amigos e muitas vezes, pelo Estado, aí residem por não terem para onde ir.

A que se propõem os conselhos ao ingressarem neste projeto? Quais são as intenções e os objetivos do convite feito aos psicólogos/protagonistas do Banco Social?

A parceria entre a causa dos loucos e os Conselhos de Psicologia dura mais de 20 anos. E, entre outros resultados, criou, em conjunto com outros e diferentes parceiros, as possibilidades para o surgimento deste projeto específico: A participação de psicólogos na construção de redes de solidariedade aos loucos e de apoio à reforma psiquiátrica. O projeto Banco Social de Serviços no De volta Para Casa tem a intenção de ser um instrumento a mais e potencializador do projeto antimanicomial: Fundamento das políticas de saúde mental.

O que podem fazer os psicólogos/protagonistas neste campo? A intervenção *psi* deverá, neste caso, reduzir-se à oferta de psicoterapia ou técnicas afins? Ou poderá ousar a invenção de uma outra prática que é, na verdade, consequência de todo o processo de reinvenção da clínica e dos territórios para o louco e para a psicologia dentro da reforma psiquiátrica?

Há muito nos ocupamos, muitos de nós, em trazer para o convívio os ditos loucos. Apostamos que a loucura pode e deve



habitar o mundo, apostamos numa mudança. Michel Foucault, num texto de 1964⁽²⁾, se pergunta sobre a possibilidade da inclusão dos loucos. Ele tenta vislumbrar qual poderia ser o suporte de uma nova revolução psiquiátrica, esta sim, capaz de efetivamente libertar os loucos.

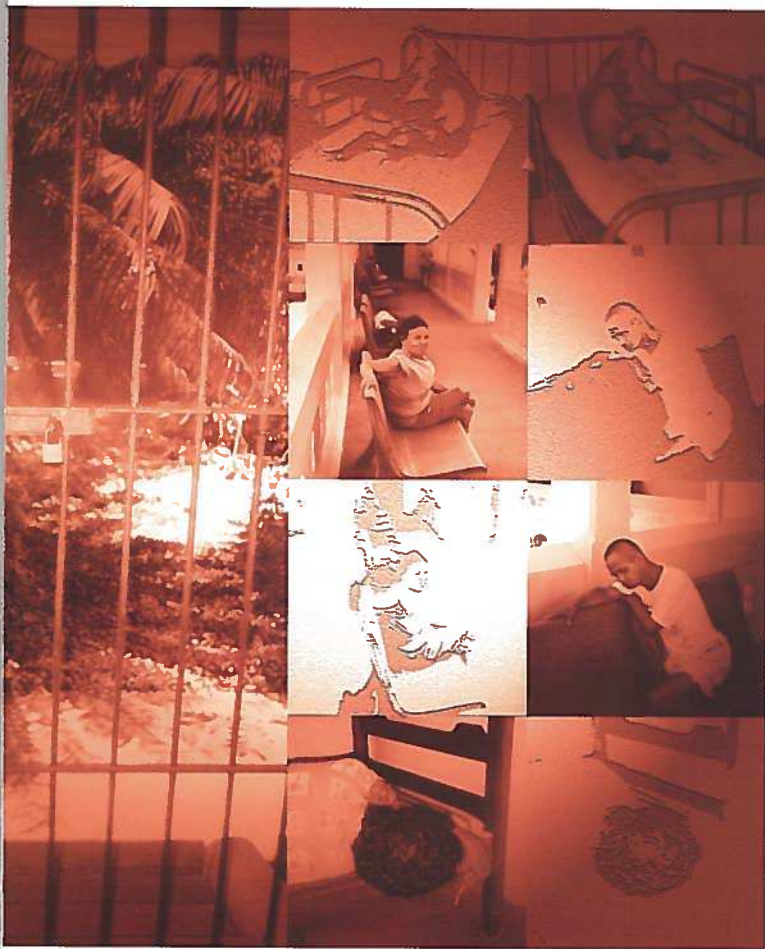
Com descrença avalia os avanços técnico-científicos. Nos diz: “Os progressos da medicina poderão, de fato, fazer desaparecer a doença mental, assim como a lepra e a tuberculose; mas uma coisa permanecerá: A relação do homem com seus fantasmas, com

* Castel, Robert. “Da indigência, à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional”, in *Saudeloucura* nº 04, HUCITEC, 1994.

² Motta, Manoel Barros da. “Michel Foucault. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise”.

seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite; uma vez o patológico posto fora de circuito, a sombria pertença do homem à loucura será a memória sem idade de um mal apagado em sua forma de doença, mas obstinando-se como desgraça”.⁽³⁾

Como Foucault, também não depositamos nossas fichas nos progressos da ciência. Apostamos mesmo é na parceria! Na relação solidária entre loucos e não-loucos, sejam esses técnicos ou não, como ferramenta para desmontar muros. Apostamos no movimento de corpos que desejam e se movem para construir modos de viver singulares e plenos. Apostamos em idéias que fazem aliança com práticas e transformam mundos. Da condição de parceiros queremos inventar novas formas de participação para nós e para o outro - louco ou fraco, vulnerável ou desabilitado. Queremos fazer laço, queremos viver a experiência da *philia* dos gregos: A experiência de saber fazer-se amigo.



Milton Nascimento diz com poética simplicidade que “amigo é o melhor lugar do mundo”. Para Aristóteles, a amizade vale mais do que a justiça, pois “quando os homens são amigos não têm necessidade da justiça, enquanto que quando são justos têm ainda necessidade da amizade”⁽⁴⁾ e esta - a amizade - é o território da semelhança, da possibilidade de me ver no outro. Guimarães Rosa, corroborando com seu lirismo singular o filósofo e o músico, acreditava que só podemos viver perto do outro, sem o perigo de ódio,

se formos capazes de amá-lo. Para ele, “qualquer amor, já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura”.⁽⁵⁾ O amigo é o nosso território-continente. Agradável lugar no mundo e preciosa condição de existência.

A política de saúde mental e, em especial, o projeto De Volta Para Casa, é um instrumento de promoção de justiça social, busca reparar erros e restituir direitos: O direito à saúde, o direito à liberdade, ao trabalho e ao lazer. Mas não pode limitar-se a ser apenas isto. Deve, como propõe Aristóteles, enriquecer-se: Deve refazer o pertencimento e promover laços de *philia*, para ajudar o outro a viver. Simplesmente isto, e tudo isto. Pois a vida é experiência plural. Sendo igualmente plurais os desafios, limites e sonhos de cada vivente.

Ao propor a inserção dos ditos loucos no território, os saberes *psis* abrem mão do poder de controle, historicamente a eles delegado, de gestão da vida do louco ou de controle dos distúrbios de uma população. Abrem mão do *status quo* de mantenedores da ordem pública, abdicando da condição de instrumentos de promoção da segurança pública, para se arrisarem a ser algo vivo, real, delicado e destituído de certezas prévias como a própria vida. O território deixa de ser um lugar distante, estático, inacessível, ou mesmo pura delimitação geográfica, para ser visto e considerado como o espaço da vida em suas possibilidades, saídas e desafios. Em tempos de falência de ideais, devem os *psis* trabalhar, buscando restituir a possibilidade do sonho, do desejo e da partilha. Daí, a aposta na criação de redes de solidariedade: Instrumentos de transformação dos espaços comuns propiciadores de relações de amizade e justiça.

É para este lugar e para esta condição que os Conselhos, comprometidos com a causa libertária dos loucos, fazem novo convite à categoria: Chamam psicólogos a viverem uma experiência de liberdade e ruptura, a emprestarem o próprio corpo para substituir muros, grades e interditos manicomial, ousando experimentar a aventura de se tornarem inventores, realizando nas cidades, com os loucos e ao seu lado, experiências de criação de sentido e exercícios de liberdade.

Os psicólogos estão sendo convidados a ajudarem a remover obstáculos, a criarem pontos de ancoramento na cidade que tornem possível o retorno à liberdade para sujeitos antes condenados ao confinamento e à morte. Estão convidados, portanto, a se tornarem amigos da reforma psiquiátrica e parceiros da loucura. ■

(*) Psicóloga, conselheira federal de psicologia, coordenadora de saúde mental de Belo Horizonte e consultora do projeto De Volta Para Casa no Banco Social de Serviços em Psicologia.

³ *idem*, pg. 211

⁴ Cardoso, Sérgio. “Paixão da igualdade, paixão da liberdade: a amizade em Montaigne” in *Os Sentidos da paixão, Companhia das Letras*, 1986.

⁵ Rosa, Guimarães. “Grande Sertão: Veredas”. Editora Nova Fronteira, 16ª edição, 1984.

Caminhos de conciliação

Ana Maria M. Serra (*)

Estima-se que cerca de uma em cada dez pessoas manifestará alguma forma de transtorno mental ou desajustamento em sua vida, resultando em um grau de angústia e dificuldade que justificará a procura de ajuda profissional especializada. Os custos pessoais, sociais e econômicos desse quadro justificam o emprego de todos os esforços no estudo das origens, da emergência e do tratamento dos transtornos mentais em geral. E, em particular, dos transtornos afetivos. Esses representam o grande desafio com que se defronta hoje toda a comunidade clínica e científica.

Este artigo tem o objetivo de, inicialmente, discutir a definição de psicoterapia, tanto como uma disciplina científica, quanto como uma prática clínica. Em seguida, propõe-se a discorrer sobre alguns dos problemas que confrontam atualmente a área no Brasil. E encerra apontando algumas sugestões aos profissionais e às instituições reguladoras e de ensino, em seu esforço de corresponder às imensas exigências que gradualmente se acumulam e requerem um posicionamento efetivo. Vale salientar que o texto foi gerado a partir da perspectiva particular em que venho atuando nos últimos anos, pretendendo que seja, ao invés de uma tentativa de descrição exaustiva da questão, muito mais o início de uma discussão que enseje a análise crítica e a contribuição de todos.

O que é psicoterapia - Desde a regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil, a ênfase conferida à área de psicologia clínica e à prática da psicoterapia por psicólogos tem sido muito maior do que às demais áreas de atuação abertas a profissionais da psicologia. Esse favorecimento da área clínica, em detrimento das demais, reflete-se hoje no fato de que cerca de 80% dos profissionais atuam nessa área. Há inclusive no imaginário cultural a falsa idéia de uma quase correspondência entre ser psicólogo e ser psicólogo clínico ou psicoterapeuta. No entanto, embora todos pensemos saber implicitamente o que é a psicoterapia, há inú-



meros fatores que tornam a definição do termo uma tarefa complexa. Essa complexidade é agravada especialmente pelo fato de que as várias escolas de psicoterapia possivelmente proporiam definições particulares e, em diferentes graus, diversas entre si, sobre o que é a psicoterapia. Não obstante essas dificuldades, entretanto, há suficientes pontos de sobreposição e correspondência entre as várias abordagens para garantir a possibilidade de uma tentativa inicial de definição abrangente. Uma possível alternativa de definição poderia ser:

"A psicoterapia, como área profissional, refere-se à aplicação de procedimentos psicológicos, derivados de modelos que integram ciência, teoria e prática, fundamentados em aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais, biológicos, psicológicos e sociais do funcionamento humano, de uma perspectiva etiológica e segundo modelos de desenvolvimento que abrangem fatores transculturais, sociais e econômicos, com a finalidade de explicar, prever e aliviar transtornos, deficiências e angústias, bem como promover o desenvolvimento integral e o ajustamento pessoal de indivíduos, através de métodos e técnicas de avaliação, planejamento e intervenção".

Note-se que essa proposta de definição incorre no problema comum de necessitar recorrer a termos e conceitos que demandam, por sua vez, uma definição própria. Por exemplo, a pergunta "o que constituem ou não procedimentos psicológicos" é por si uma questão altamente polêmica, com vários profissionais defendendo alguns procedimentos como sendo psicológicos, para estranheza e até indignação de outros.

Outros fatores, como sujeitos a quem se aplica, contextos e formas de aplicação, dificultam também a delimitação do campo das psicoterapias. O modelo de aplicação individual em clínica particular, hospitais ou outros *settings* clínicos públicos ou privados, embora reflita a prática mais tradicional, constitui apenas uma entre várias formas de aplicação das diferentes abordagens. Psicoterapia pode ser aplicada a indivíduos em todas as faixas de idade, a famílias, a grupos e a organizações. As intervenções podem tomar a forma de intervenções em grupo, *coaching* empresarial, desenvolvimento de habilidades específicas (comunicação, habilidades sociais, resolução de problemas, entre outras), intervenção em esportes e educação. Pode ser oferecida nos mais variados contextos, além do clínico tradicional, desde contextos formais como escolas, empresas e outras instituições, a contextos informais, como associações e até nas ruas, onde profissionais desenvolvem com populações carentes um trabalho que classificariam como sendo de clara natureza psicoterápica.



A hora de ter ajuda

A psicoterapia pode ser aplicada em indivíduos de todas as idades, casais, famílias, grupos em contextos organizacionais públicos e privados.

E nas seguintes situações: a) quando o indivíduo estiver sofrendo devido a conflitos emocionais, cognitivos, de relacionamento ou de contexto situacional; b) quando tais conflitos estiverem inferindo com o funcionamento emocional, profissional, familiar e social, ainda que não produzam sofrimento no indivíduo diretamente afetado, mas nos a ele relacionados, causando problemas interpessoais; c) quando tiver necessidade de realizar a prevenção das situações 'a' ou 'b'; d) para o aperfeiçoamento pessoal em uma ou várias esferas da vida; e) quando problemas individuais e contingências situacionais



estiverem causando dificuldades nas interações entre os membros do grupo ou na atuação do grupo no seu meio (em contextos de casais, famílias, grupos sociais e organizações).

Transtornos e outros males - Os problemas descritos abaixo são compreendidos como causados por aspectos orgânicos, psíquicos e ambientais, segundo um modelo multidimensional psico-neuro-endócrino-genético-sócio-cultural. A psicoterapia terá um papel central ou coadjuvante, conforme o peso de cada dimensão na causação, na manutenção e na prevenção de recaídas. Portanto, em cada contexto clínico varia o peso ponderado dos diversos fatores etiológicos (orgânicos, culturais, organizacionais, de aprendizagem), determinando o

Sistemas de psicoterapia - Na literatura, são descritas mais de 400 abordagens psicoterápicas. Possivelmente todas advocariam para si o status de "sistema de psicoterapia". Naturalmente, isso conduz à necessidade de se definir um conjunto de critérios a serem satisfeitos a fim de que diferentes abordagens possam reclamar esse status.

Propomos que, para ser considerada um sistema de psicoterapia, uma escola deva oferecer primeiramente um modelo de desenvolvimento humano e um modelo de psicopatologia, descrevendo como desvios de desenvolvimento, conforme o primeiro modelo, podem conduzir a quadros que configurariam uma patologia, conforme o segundo. Um sistema de psicoterapia deve oferecer ainda um modelo aplicado, reunindo técnicas e estratégias terapêuticas coerentes com seus modelos de desenvolvimento e de instalação e manutenção das psicopatologias. Além desses, deve especificar a que classes de transtornos ou disfuncionalidades o modelo psicoterapêutico se aplica, bem como evidências que sugiram validade interna do sistema e aplicabilidade eficaz às classes de transtornos ou disfuncionalidades que se propõe a tratar. Sistemas devem ainda, além de qualidade científica, segundo metodologia adequada às suas características específicas, apresentar qualidade pragmática e evidências de capacidade para realizar na prática o que propõem realizar. Por último, um sistema deve apresentar ainda um importante fator: Um modelo de treinamento que efetivamente possa conduzir profissionais à proficiência na aplicação dessa abordagem.

Esse ideal é muito mais fácil de ser proposto do que de ser executado. Várias classes de dificuldades se apresentam para que uma abordagem psicoterápica possa satisfazer a esse critério, especialmente as características intrínsecas a cada modelo de psicoterapia. Além disso, uma dificuldade ainda maior seria definir que instituições tomariam para si a tarefa de avaliar e aprovar propostas de abordagens psicoterápicas. E, ainda, de que recursos necessitariam dispor a fim de executar seus objetivos de análise e avaliação de forma exemplar.

Outra dificuldade que confronta os vários sistemas de psicoterapia é representada pelo fato de que seus modelos aplicados devem acomodar fatores que dificultam sua proposição, os quais refletem características como singularidade e subjetividade, indissociáveis do processo psicoterápico. O processo terapêutico compõe-se de eventos únicos que refletem as experiências do paciente, associadas ao contexto e ao tempo; e às especificidades da aliança terapeuta/paciente. As metas terapêuticas refletem a interpretação pelo terapeuta dos desejos e objetivos

do paciente, dentro de limitações de ordem cultural e ética, configurando-se ou reconfigurando-se através dos diferentes estágios do processo. Os modelos devem preservar técnicas e estratégias que reflitam suas propostas básicas, mas, ao mesmo tempo, devem ser flexíveis e abertos para acomodar as idiosincrasias presentes e históricas do sujeito, bem como fatores inerentes à relação terapêutica. Os eventos, objetos de intervenção terapêutica, refletem a ação e interação de sistemas dinâmicos, não apenas intrínsecos ao paciente, mas também inerentes à relação terapêutica. Refletem causação multifatorial, o que torna a previsão do impacto de intervenções particulares uma tarefa quase irrealista. As intervenções terapêuticas são associadas a situações particulares dos pacientes que esperamos serem representativas de suas experiências mais características, a fim de facilitar a generalização de novos recursos - à medida que forem adquiridos - a outras situações vitais do paciente. As intervenções do terapeuta, embora apoiadas amplamente em princípios específicos e algoritmos prescritos, são associadas àquele contexto clínico, num determinado momento do processo, e representam configurações únicas e não replicáveis. Os resultados terapêuticos, além de estarem condicionados às variáveis técnicas que podem ser adquiridas através de treinamento, dependem ainda de variáveis inespecíficas, associadas àquele contexto particular, e de variáveis pessoais do terapeuta, como empatia, cordialidade, isenção, sensibilidade, genuinidade, cumplicidade e outras. Vale destacar ainda a necessidade de um amplo conhecimento pelo terapeuta de áreas diversas que lhe possibilitem corresponder a exigências previsíveis, como conhecimento de áreas afins (psicofarmacologia, neuroendocrinologia, nosologia médica, psicologia social, psicogenética, etc.) e imprevisíveis (domínio de cultura e linguagem de um certo grupo, atualização constante à mídia, familiaridade com hábitos e práticas particulares, tendências atuais de comportamento), às quais pode ser exposto a qualquer momento.

Dificuldades no campo - O campo da psicoterapia é freqüentemente abordado e questionado por instituições públicas e privadas, por convênios e seguros de saúde, pela mídia geral e especializada, e pelo público consumidor, em uma tendência que apenas tende a aumentar. O campo necessita, pois, instrumentalizar-se, a fim de responder com segurança e precisão a essa demanda. Entre as perguntas mais freqüentemente feitas, pode-se destacar:

- Quem necessita de, ou deve fazer, psicoterapia?
- Como se diferenciam as várias abordagens?
- Em que casos é a psicoterapia aplicável?

- Quando e como iniciar? Quando e como terminar?
- O que deve acontecer durante o processo psicoterápico? O que não deve acontecer durante o processo?
- Que fatores devem determinar a escolha de um psicoterapeuta?
- Que profissionais estão habilitados para o exercício da psicoterapia?
- Como a psicoterapia se diferencia de outras áreas como a psiquiatria, práticas médicas, psicofarmacoterapia, pedagogia, fonoaudiologia, terapias alternativas etc.?

Em paralelo a essa demanda, porém, lamentamos a presença de fatores conjunturais - comuns também em outros países - que tornam premente um posicionamento claro e imediato dos profissionais de psicoterapia no Brasil. Entre esses fatores, destacamos, primeiramente, o desprestígio geral da profissão na sociedade, agravado pela formação profissional insuficiente ou inadequada de alguns profissionais, pela baixa produção científica e pela falta de divulgação ou divulgação falha e ineficiente de conhecimentos existentes na área. Outro fator refere-se à disputa corporativista entre profissionais da psicologia e de áreas afins, envolvidos com a prática da psicoterapia, a uma fragmentação epistemológica no campo e à proliferação de abordagens psicoterápicas, agravando o enfraquecimento da imagem do psicólogo psicoterapeuta. Observa-se ainda a falta de legislação e diretrizes para a demarcação clara e precisa entre psicoterapia e as chamadas práticas alternativas, além da falta de critérios objetivos para se avaliar adequadamente a qualidade dos serviços oferecidos. A argumentação de que a eficácia dos serviços oferecidos varia conforme fatores específicos do modelo teórico aplicado pelas diferentes abordagens, apenas torna ainda mais vulnerável o prestígio do profissional psicólogo psicoterapeuta. Por último, dois outros fatores desfavorecem a imagem do psicoterapeuta: A idéia persistente no imaginário cultural de uma suposta subordinação do psicólogo que atua como psicoterapeuta ao profissional médico, atuante na área ou não; bem como o custo proibitivo da psicoterapia, resultando em seu emprego limitado no contexto da saúde pública e dos convênios de saúde e em uma imagem supostamente elitista.

Assim, interpõe-se a necessidade de definição urgente de questões básicas como:

- Quem pode exercer a psicoterapia?
- Qual o treinamento adequado? Que tipo e profundidade de treinamento é necessário para o exercício da psicoterapia, segundo os diferentes sistemas?
- Que abordagens satisfazem os critérios para a sua aplicação segura, segundo a discussão anterior sobre sistemas de psicoterapia?

grau de importância que a psicoterapia pode ter no processo, variando as metas terapêuticas (desempenho escolar, eliminação de sintomas, resolução de conflitos profissionais, bem-estar, autoconhecimento etc).

- Transtornos de humor (depressão, quadros bipolares).
- Transtornos ansiosos (fobias, transtornos de pânico, obsessivos compulsivos, stress pós-traumático).
- Transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, obesidade).
- Abuso de drogas e álcool.
- Problemas relacionados a circunstâncias de vida e eventos, tais como perdas e luto, dificuldades de casal, abuso e eventos traumáticos, lidar com pais idosos, com adolescentes e crianças, e problemas mentais e emocionais nos aspectos não ligados a aspectos médicos e orgânicos, mesmo quando associados a esses.
- Desordens do sono.
- Transtornos da sexualidade.
- Dificuldades em desenvolver relacionamentos e vínculos íntimos.
- Transtornos envolvendo ruptura das funções da consciência.

É, Dra. Hanna, bem que noto alguma loucura nas nossas conversas...



- Identidade e memória (transtornos dissociativos).
- Transtornos de personalidade.
- Problemas no funcionamento no trabalho.
- Problemas de desempenho escolar e aprendizagem.
- Em doenças mentais severas, tais como esquizofrenia, transtornos psicóticos.
- Para ajudar pacientes e familiares a lidar com doenças em geral; doenças crônicas; restrições físicas importantes adquiridas; e efeitos colaterais de certas medicações.

(Texto escrito pelo grupo que elabora propostas para a regulamentação da psicoterapia)

- Qual a delimitação do campo de ação da psicoterapia? Como se diferencia de áreas afins?

Os Conselhos de Psicologia, aos quais tradicionalmente vem cabendo a função dupla de regulamentar o exercício da profissão de psicólogo e, ao mesmo tempo, assistir as autoridades de educação na tarefa de regulamentação das entidades de ensino, devem encorajar e assimilar a contribuição de toda a classe de profissionais psicoterapeutas na tarefa crítica de responder aos desafios do presente momento sócio-histórico. E às entidades de ensino, por outro lado, cabe a importante tarefa de demonstrar o quanto seus programas, através de objetivos claros e práticas acadêmicas e de treinamento, satisfazem critérios básicos de qualidade, não unicamente da perspectiva de recursos físicos e humanos, mas principalmente da perspectiva de recursos metodológicos e sistêmicos que efetivamente realizem a tarefa de treinar seus alunos para a prática da psicoterapia.

Conclusão - Em momentos incertos e difíceis, a psicologia clínica e a psicoterapia são freqüentemente convocadas a contribuir, social e politicamente, graças ao seu valor científico e pragmático. É justificada, portanto, a expectativa de a psicoterapia seguramente emergir como uma disciplina científica e profissional na integração crescente entre saúde psicológica e física nos sistemas públicos e privados de saúde. Devendo, assim, eventualmente, equiparar-se ao tratamento médico em termos de financiamento pelo sistema público de saúde, mas de uma forma que respeite as especificidades do atendimento psicoterápico e assegure a viabilidade de seu exercício por psicólogos. Preparemo-nos para esse dia. ■

(*) PhD em psicologia e terapeuta cognitiva pelo Institute of Psychiatry, Universidade de Londres, Inglaterra; diretora do Instituto de Terapia Cognitiva (SP). Presidente honorária da Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva.
Email: itc@itc.web.com.

...Em Hollywood

Tâmara Braga Ribeiro (*)

Em *"Máfia no Divã"* Roberto de Niro é o mafioso Paul Vitti, um dos chefes do crime organizado em Nova York. Estressado, após sofrer uma tentativa de assassinato, tem um 'ataque de pânico' diagnosticado por seu cardiologista. Faltam apenas duas semanas para uma reunião que escolherá o comando da máfia nos EUA. Pânico é a última palavra que gostaria de ouvir. Se ele já estava correndo risco de vida em função das disputas entre as famílias mafiosas, agora, a situação é muito mais grave. Por isso, mesmo relutando, ele busca tratamento psicológico. O acaso coloca o psiquiatra/psicanalista Ben Sorel (Billy Cristal) no seu caminho, com aquele curto tempo para 'curá-lo'. Mas que cura é essa? Ao final desse tratamento relâmpago, o mafioso se tornará um gangster forte, feliz e sem angústias, continuando na vida de crimes? Ou abandonará a máfia? Esse é o dilema proposto pelo filme para o terapeuta. Bem, Sorel aceita o

Leio sobre um caso de um escritor e seu amigo, ex-combatente da guerra do Vietnã, que foram assistir a um daqueles filmes sangrentos. A platéia, ruidosa, aplaudia as cenas mais violentas. Ao final, o escritor e o amigo conversam na saída da sala. Fumando, o amigo deixava exposta uma mão mecânica. Herança da guerra. As pessoas evitavam, horrorizadas, olhar para aquela mão de metal. Até que os dois ficaram isolados - uma ilha no meio da multidão. Concluo que se pode rir da violência na tela, mas na vida real é mais fácil desviar o olhar. O mesmo penso deste filme *"Máfia no Divã"*: Posso dar uma boa gargalhada, mas, ao terminar o filme, se troco a distante máfia pelo Comando Vermelho, e se penso nas questões éticas envolvidas e nos poucos profissionais de saúde mental atendendo em áreas de risco social no meio da nossa crescente guerra do tráfico de drogas e de armas, a coisa muda de figura e se torna mais séria.



Máfia no Divã ("Inádiver Tira"). Direção: Harold Ramis. Elenco: Robert de Niro, Billy Cristal, Lisa Kudrow. Comédia. 1999. Estados Unidos.

desafio, entediado com a sua clientela e em permanente disputa com o próprio pai, psiquiatra famoso, escritor de livros de auto-ajuda.

O encontro desses personagens produz situações inusitadas, divertidas e delicadas. Ao contrário de tudo o que deveria ter aprendido na escola e na clínica, Sorel termina por se envolver com a vida do seu cliente, com a máfia e com o FBI. 'Relações perigosas' poderia ser o subtítulo do filme e, nesse caso, seria uma tragédia. Mas em Hollywood os bandidos são glamourosos e tudo acaba em cinema, pipoca e bilheteria. E se torna uma comédia divertida do tipo 'faça a coisa errada'. Afinal, bandido é humano e tem pai, mãe, histórias pessoais e um drama. Psicoterapeutas e o público também.

A intenção do filme é ser uma diversão leve com muita risada e pouca reflexão. E pode ser assistido dessa forma por qualquer pessoa e, no caso, pelos profissionais de saúde mental: É bom rir do próprio umbigo, do linguajar psicanalítico, dos erros e das mazelas da vida profissional. O cinema de entretenimento presta-se a isso. Cria uma cumplicidade com o público, fazendo-o amar, odiar; às vezes, até torcer pelos bandidos, repudiar mocinhos ou ao contrário. Experimentamos esse cinema como se também fizessemos parte de um folhetim. A narrativa nos conduz, nos entretém.

Aquela mão mecânica que teima em aparecer, mesmo quando vejo esse filme simplório, me faz querer sugerir uma outra conversa e também outros filmes como *"Cidade de Deus"*, de Fernando Meirelles, *"Uma Onda no Ar"*, de Helvécio Ratton, e *"Orfeu"*, de Cacá Diegues. Filmes onde sobram nossos bandidos reais e sequer existem psicólogos, psiquiatras, psicanalistas para tratá-los ou as suas vítimas. Ao vermos esses filmes estaríamos nos afastando da comédia e nos aproximando da tragédia. E, como no filme de Cacá Diegues, descobriríamos nossa Eurídice no inferno de nossas valas comuns. E, como no mito, talvez olhássemos para trás e também a deixaríamos lá. Não é muito confortável, mas para quem quer outros olhares vale conferir.

Mas, em 2002, veio a continuidade - *"A Máfia Volta ao Divã"*. Situações cômicas e inverossímeis sucedem-se. Para os profissionais de saúde mental, os dois filmes são um manual do que não se deve fazer na prática psicoterapêutica. E, para quem quer levar a sério, ainda suscita uma boa conversa sobre a ética profissional. Vale conferir. ■

(*) Psicóloga, mestre em educação, documentarista, fundou as salas de cinema Belas Artes, Ponteio e Cinemas Jardim, em Belo Horizonte, realizando diversas mostras cinematográficas e lançamentos de filmes, em especial do cinema brasileiro.

Do sofrimento psíquico

Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia

COSTA, I. I. da. Brasília: Positiva/ABRAFIPP, 2003

Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher (*)

O trabalho apresentado nesse livro é o produto das investigações científicas realizadas no Brasil e na Inglaterra pelo professor Ileno Izídio da Costa para a obtenção do título de doutor em psicologia clínica. E representa uma importante contribuição para pesquisadores e terapeutas que se dedicam ao estudo e ao trabalho com famílias com membros portadores de sofrimento psíquico grave, como assim ele opta por nominar.

Nesse livro, Ileno Costa fez o percurso histórico do desenvolvimento das teorias que foram se constituindo sobretudo a partir dos anos 50, passando pelos precursores da terapia familiar como Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann e Freud, passando pelos pioneiros da terapia familiar propriamente dita, em especial aqueles que muito contribuíram para o conhecimento da estrutura e da dinâmica de famílias com pacientes esquizofrênicos.

O dedicado Ileno Costa, com muito afinco, determinação e dotado de espírito crítico, analisou os trabalhos de Ackerman, Don Jackson, Theodore Lidz, pioneiros da terapia familiar que introduziram conceitos tais como 'cisma conjugal' (marital schism), 'distorção conjugal' (marital skew), levando o casal à uma *folie à deux*; estudou os trabalhos de Lyman Wynne que, com suas pesquisas, desenvolveu os conceitos de 'pseudo-mutualidade' e 'pseudo-hostilidade' na descrição de estruturas de famílias disfuncionais; sem esquecer os pioneiros da abordagem transgeracional, como Murray Bowen que, no seu projeto de hospitalização de famílias inteiras com um membro esquizofrênico, primei-

a fala ao nimento o grave

ro incluiu a mãe e, posteriormente, o pai, no diagnóstico e no tratamento, fundamentando o campo da terapia familiar e introduzindo alguns conceitos importantes para a compreensão da área, como, por exemplo, o conceito de 'divórcio emocional' - subjacente às questões de dominação e submissão observadas nos pais dos esquizofrênicos - e o conceito de 'massa indiferenciada de egos' - observados nas dinâmicas familiares pesquisadas.

A descoberta pelo grupo de pesquisadores de Palo Alto, entre eles Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson e John Weakland ("*The Etiology of Schizophrenia*", "*Toward a Theory of Schizophrenia*") sobre a teoria do 'duplo vínculo', fundamentada pela teoria dos 'tipos lógicos' desenvolvida pelo filósofo britânico Bertrand Russell, levou ao que Miermont definiu como "inteligibilidade dinâmica das esquizofrenias", ou seja, uma pragmática das comunicações entre o paciente e seu meio familiar e social, constando, no dizer de Paul Watzlawick, que o paradoxo fundamental do paciente esquizofrênico consiste na sua impossibilidade de comunicar que não comunica, tornando-o portanto incapaz de identificar diferentes modalidades de comunicação.

Foi nesse contexto de muitas indagações científicas e pelas lacunas na compreensão desse complexo problema visualizadas na prática em clínicas psiquiátricas e no dia-a-dia do hospital, além de sua prática clínica pioneira, que o professor Ileno partiu para aprofundar seus estudos e, hoje, nos traz essa obra, produto de um intenso labor de articulação da filosofia, em particular a filosofia analítica, com a psicologia clínica que ainda é pouco conhecida nos meios acadêmicos da área psicológica no Brasil.

Essa obra nos transmite de maneira clara os fundamentos do porquê da necessidade de uma (re)articulação entre filosofia e psicologia, analisando criticamente os principais dogmas do empiricismo inglês, a partir dos trabalhos de W. O. Quine, passando pela análise crítica das contribuições do francês Ferdinand Saussure, fundador da

semiologia e que teve grande repercussão sobretudo na psicanálise, e por muitos outros grandes expoentes no campo da filosofia da linguagem.

Ao dar seguimento às descobertas já enunciadas pelos pesquisadores e terapeutas de família, o autor apresenta uma efetiva contribuição à produção de conhecimento na área ao resgatar as teorias da linguagem (filosofia da linguagem ordinária, teoria dos atos da fala) desenvolvida por J. L. Austin, autor do livro "*Quando Dizer é Fazer*", traduzido pelo professor Danilo Marcondes e publicado em 1990, 21 anos depois de sua publicação original na Inglaterra; e a obra de John Searle, "*Os Actos da Fala*", traduzido e publicado em Portugal em 1984, além de outros importantes trabalhos na área.

Podemos dizer que a contribuição ímpar do trabalho desenvolvido por Ileno Costa é não só apontar para a reflexão crítica sobre os conceitos, concepções e diagnósticos utilizados na área, fazendo com que o pesquisador ou o estudioso do tema esteja livre para poder considerar o indivíduo tido como esquizofrênico como uma pessoa que tem algo a dizer de forma diferente da comunicação e da linguagem cotidiana e normatizada. Através da proposta de análise dos atos de fala dos tidos como pacientes e presentes na comunicação da família poder-se-á enveredar, pela proposta do autor, pela possibilidade de escuta (clínica) diferenciada e de consideração desta (suposta) patologia como portadora de uma linguagem particular a ser decifrada. Este me parece ser um mote singular por onde devam (re)começar as investigações sobre essa realidade, fazendo limpezas conceituais e epistemológicas para buscar desvelar aspectos outros ainda não estudados nestes cem anos de criação do conceito de esquizofrenia e 50 de estudos sobre a interação familiar do esquizofrênico.

Portanto, esta obra, produto de uma trajetória voltada para o estudo e a pesquisa, conduzida com rigoroso critério científico, se impõe aos terapeutas, pesquisadores, professores, alunos, não só pelo valor intrínseco do texto, mas porque vem trazer novas luzes à complexidade do tema ao aprofundar o questionamento da decifração do enigma da loucura, da família e suas formas de interação. O que certamente contribuirá para o aperfeiçoamento dos clínicos na sua lida cotidiana com o sofrimento inerente às famílias e à psicose. ■

(*) Pesquisadora associada sênior do Instituto de Psicologia da UnB e professora do programa de pós-graduação da Universidade de Fortaleza (CE).

Email: jubucher@unb.br

Vastas confusões e atendimentos imperfeitos

A clínica psicanalítica no ambulatório público

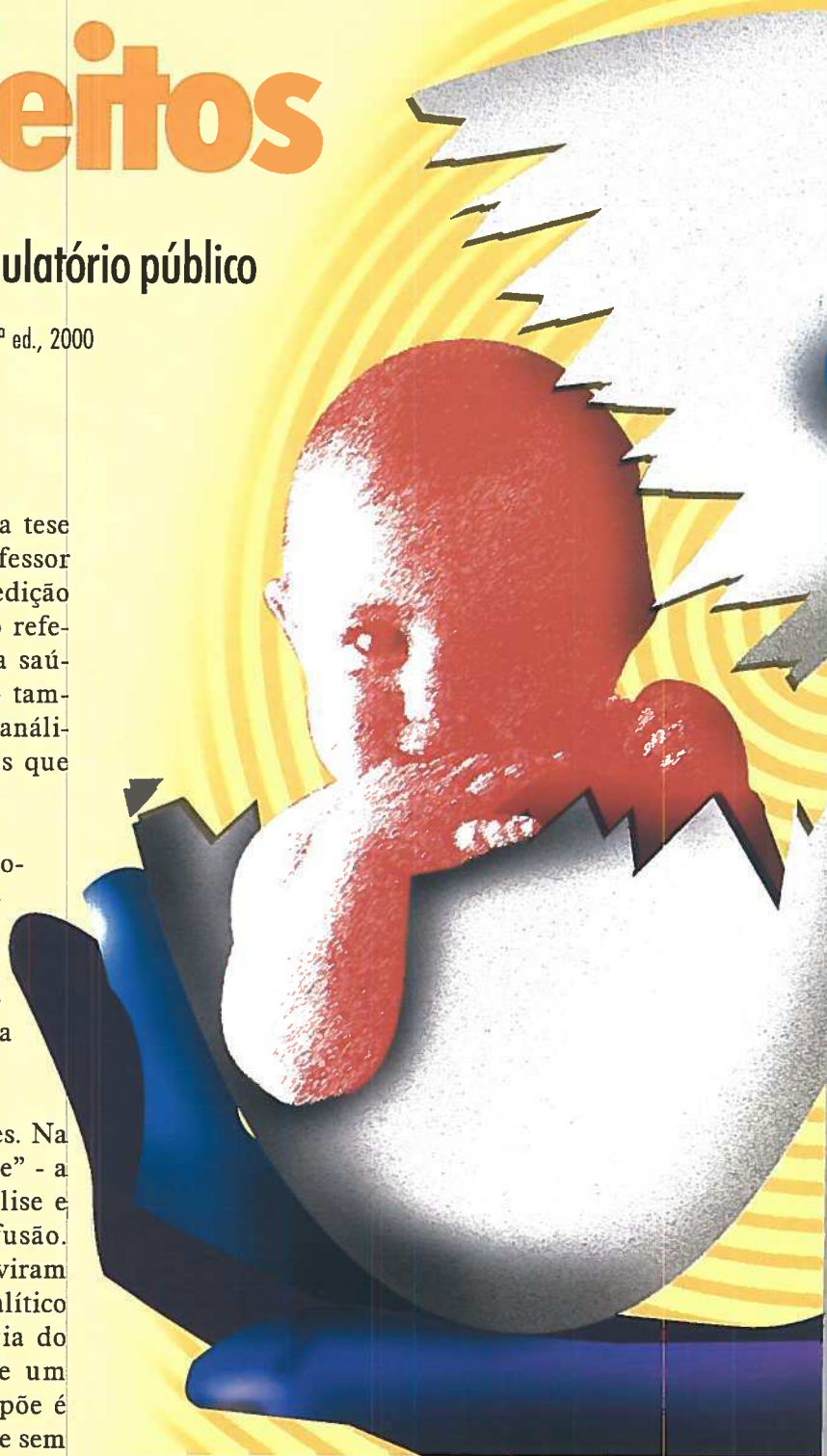
FIGUEIREDO, A. C. da. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2ª ed., 2000

José Tiago Reis Filho (*)

O livro trata do resultado de uma tese de doutoramento, orientada pelo professor Jurandir Freire Costa. Sua primeira edição data de 1997 e, desde então, tem sido referência constante para profissionais da saúde mental e do serviço público, como também para aqueles que praticam a psicanálise e a psicoterapia em outros espaços que não os consultórios particulares.

Ana Cristina Figueiredo é psicóloga, psicanalista, professora e supervisora clínica no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o que demonstra seu compromisso com a causa analítica e com a saúde mental.

Seu livro é dividido em três partes. Na primeira - "O que é feito da psicanálise" - a autora discute a definição de psicanálise e os problemas colocados pela sua difusão. Para isso, revê as três escolas que serviram de modelos para o movimento psicanalítico no Brasil: A kleiniana, a da psicologia do ego e a lacaniana. Ana não propõe um ecletismo; ao contrário, o que ela propõe é que cada analista reinvente a psicanálise sem



romper com o que a caracteriza, propondo também o ambulatório público como um novo espaço para o fazer psicanalítico. A idéia da existência de duas psicanálises é excluída definitivamente, e a autora se aproveita desta suposta distinção para explorar os limites e as possibilidades do exercício da clínica psicanalítica.

Na segunda parte do livro - "Interrogando o ambulatório" - é apresentada a pesquisa de campo, realizada com profissionais da rede pública que atuam em ambulatórios, postos de saúde e hospitais. A autora entrevistou 28 desses profissionais e, para a sua pesquisa, também somou seu trabalho como supervisora no Instituto de Psiquiatria e as discussões com um grupo de profissionais no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. O resultado de sua pesquisa transparece quando provoca os defensores da ortodoxia com três questões fundamentais: O dinheiro, o divã e o tempo.

Na terceira parte - "Por uma psicanálise possível" - o recurso à metapsicologia freudiana e ao ensino de Lacan é utilizado pela autora que, aqui, nos propõe aquilo que considera as condições mínimas para se identificar um determinado modo de trabalho como psicanálise. Ela indica quatro. São elas: 1) A psicanálise é uma clínica que leva em consideração a realidade psíquica, como a única que interessa ao sujeito, privilegiando a fala; 2) Essa fala deve propiciar a instalação da transferência, que depende da ação do analista e leva à terceira condição: (3) A interpretação; e 4) Apoiada nas proposições de Lacan, a autora vai interrogar o que é um analista e para que serve.

Ana Cristina Figueiredo conclui seu trabalho dizendo-nos qual o analista que convém. Para ela, ele é o que convive, que vive com, fazendo de sua diferença uma especificidade e não uma especialidade. Por não ser especial, é específico e só assim ele convém. Esse excelente trabalho vem nos mostrar que rigor teórico e ética profissional podem ser transmitidos com humor, o que torna seu livro, além de obrigatório, uma leitura extremamente prazerosa. ■

(*) Psicólogo. Endereço: Rua Antônio de Albuquerque, 749/805, CEP 30112-010, Belo Horizonte (MG).
Telefax: 31 3221-6583.
Email: josetiago@brfree.com.br



Tensão e

DIÁLOGOS - Qual a tensão principal hoje no campo da psicoterapia?

CARLOS DRAWIN - Creio que haja, de fato, uma tensão estrutural que atravessa o campo das psicoterapias. Eu a defino como estrutural, porque não se trata de algo circunstancial como, por exemplo, da definição jurídica acerca das competências, dos direitos e deveres de quem pode exercê-la: Só os psicólogos podem se intitular 'psicoterapeutas'? Ou também os médicos ou todos os profissionais que trabalham na área da saúde? Essas questões são resolvidas juridicamente, através de legislação própria, a partir dos interesses das diversas categorias profissionais e de sua capacidade de mobilização política.

Separados por um bom pedaço de Brasil - cerca de 3.500 quilômetros - o mineiro Carlos Roberto Drawin e a paraense Simone Neno debatem aqui a(s) eficácia(s) da psicoterapia.

Drawin é psicólogo, com formação filosófica e psicanalítica. É professor do Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, ministra cursos e seminários de Ética em diversas instituições universitárias. Trabalha com a clínica psicanalítica e é, ainda, coordenador do seminário de "Metapsicologia

O problema estrutural é, no entanto, muito mais complexo, embora se articule com a questão jurídica. Podemos formulá-lo através de algumas perguntas bem simples: Quem poderia, em princípio, exercer a psicoterapia? Quem for capacitado ou quem possuir competência para fazê-lo. Porém, como delimitar competência num campo tão fluido e dispersivo como o da psicoterapia? Poderíamos, por exemplo, tomar a referência psicanalítica - que parece ser hegemônica no Brasil - como critério de legitimação do campo psicoterápico? O que um terapeuta cognitivo-comportamental ou, mesmo, um terapeuta reichiano achariam dessa proposta? Ora, quando usamos o plural para falarmos de "psicoterapias", o que está em jogo não é uma diver-

eficácia(s)



Freudiana” no Grupo de Estudos Psicanalíticos de Minas Gerais.

Simone Neno integra o quadro de terapeutas da Clínica de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade Federal do Pará e atua em consultório particular, como terapeuta analítico-comportamental. É doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, onde participa do grupo de pesquisa em análise do comportamento: história, conceitos e aplicações.

gência técnica de superfície, como pode ocorrer no caso das “ciências duras” que produzem tecnologia. A psicologia não produz uma tecnologia, mas uma multiplicidade irreduzível de técnicas e abordagens diferentes. E o termo “irreduzível” quer indicar que as divergências colocam em jogo concepções fundamentais não apenas diferentes, mas até antagônicas. E em que essas concepções podem ser adjetivadas como ‘fundamentais’? Na medida em que envolvem dois domínios filosóficos intimamente articulados: O domínio antropológico - ‘O que é o ser humano?’; e o domínio epistemológico - ‘O que é o conhecimento científico?’ Podemos, então, recorrer a duas posições antropológicas fortemente antagônicas: Se um terapeuta crê que o ser humano é livre e que a sua liberdade é transcendental, ele atuará de um modo bem diferente da-

quele que crê que o ser humano é determinado e que a sua determinação possui a mesma explicação de qualquer fenômeno natural. É claro que entre estas duas posições existem muitas outras e as nuances são infinitas. Mas se nos ativermos apenas a elas, seria razoável que, em nossa expectativa, o primeiro veja a ‘ciência’ de um modo muito mais abrangente e flexível do que o segundo. A divergência antropológica reflete-se inevitavelmente na epistemologia.

SIMONE NENO - Não acredito haver uma tensão principal, mas um conjunto de questões tem ocupado o centro do debate sobre o exercício clínico da psicologia. Por exemplo, o apelo em favor de intervenções farmacológicas como resposta às demandas psicológicas e à regulação do trabalho clínico do psi-

cólogo por políticas estabelecidas pelos planos privados de saúde. O debate acerca dessas questões tem ocorrido à parte de uma reflexão mais sistemática sobre o lugar da psicologia na cultura e é motivado por políticas institucionais e financeiras que repercutem sobre as feições que o trabalho do psicólogo vai assumindo. No primeiro caso, discute-se a possibilidade do próprio psicólogo prescrever drogas psicoativas como parte de sua intervenção. Nos Estados Unidos, o movimento pela “prerrogativa para prescrever” conta com o apoio da Associação Americana de Psicologia (APA), o que não deve ser compreendido como um compromisso da categoria como um todo em favor da proposta. Isso é a possibilidade de a psicologia renunciar ao seu nível de análise dos fenômenos psicológicos, em favor de um reducionismo biológico. Ainda que em algumas circunstâncias o recurso à droga seja uma alternativa pertinente e necessária, é diferente de postular a farmacoterapia como alternativa de intervenção do psicólogo. O importante é que a valorização da farmacoterapia acontece no contexto de mudanças

teórico empirista a partir dos anos 50 do século passado. A publicação, em 1962, da obra de Thomas Kuhn, “*A Estrutura das Revoluções Científicas*”, foi um ponto de inflexão decisivo na transformação da epistemologia, que passa a se deslocar da lógica e da metodologia para a história e a sociologia. Ou seja, os critérios epistemológicos de demarcação entre ciência e não-ciência tornam-se incertos, fluidos. A segunda razão - relativa à história da psicologia e das psicoterapias - deriva da convergência dessa crise interna da epistemologia com a implosão dos controles institucionais acadêmicos e profissionais. Nas universidades, os currículos tornam-se bem mais flexíveis e ninguém consegue impor mais uma rígida ortodoxia teórica. As diversas correntes têm de conviver no interior dos institutos de psicologia e o que antes se impunha como disciplina metodológica, hoje se oferece através da sedução retórica ou da cooptação acadêmica. Por isso, o psicoterapeuta tende a pouco se importar com a justificação racional de suas práticas. Aliás, o critério que parece prevalecer é o critério utilitarista de que ‘bom’ é aquilo que

na definição da extensão e natureza do mercado de trabalho para psicólogos (especialmente clínicos), determinadas em grande medida pelo sistema privado de remuneração desses serviços. Planos de saúde têm interferido no trabalho clínico, impondo critérios diagnósticos, tipos de tratamento, duração e padrões de remuneração. Sob intervenções dessa ordem, dimensões relevantes do trabalho clínico (sua função social, sua fundamentação, ou sua integração a sistemas mais amplos de promoção da saúde) passam a merecer menor atenção. Esses mecanismos de regulação do trabalho clínico não são encontrados com a mesma intensidade na realidade brasileira, mas já há sinais de mudanças.

DIÁLOGOS - A epistemologia perde importância hoje?

DRAWIN - Tendo a responder afirmativamente e por duas razões. A primeira - relativa à história interna da epistemologia - decorre do declínio do marco

“funciona”. O “uso” justifica, por si mesmo, o procedimento adotado. Mas o que é “funcionar”?

NENO - A reflexão epistemológica tem perdido espaço no exame das psicoterapias, tanto quanto o debate sobre o exercício da profissão de psicólogo vem sendo mais fortemente regulado por fatores relacionados ao mercado de bens da área de saúde. Questões relativas ao atendimento das demandas efetivas de um mercado de trabalho em transformação tendem a ocupar maior espaço na formação e regulamentação do que reflexões sobre os fundamentos (e as dimensões éticas) do trabalho do psicólogo. No ambiente acadêmico, questões relativas aos compromissos epistemológicos de modelos de intervenção continuam merecendo atenção. É nesse ambiente, por exemplo, que a discussão crítica das “terapias alternativas” continua acesa e questionamentos que se remetem às relações das práticas psicológicas com princípios epistemológicos mantêm-se em pauta.

DIÁLOGOS - Quais são as várias correntes da psicoterapia? Qual o futuro da psicoterapia?

DRAWIN - Não creio que seja relevante ou até mesmo viável listar as várias correntes da psicoterapia. É claro que podemos falar em “psicanalítica”, “existencial-fenomenológica”, “cognitivo-comportamental” etc. Mas aqui o que parece prevalecer é o “etc.”, pois não só é sempre possível acrescentar mais um “nome” à lista, mas também sob cada rubrica se esconde uma pluralidade de opções divergentes. Um psicanalista, por exemplo, deveria interpretar os sintomas, falas e fantasias do analisando para que ele pudesse compreender o seu significado inconsciente e, assim, fortalecer a sua estrutura egóica e interagir de modo mais produtivo com a sociedade. Um analista de orientação lacaniana concordaria com esse tipo de visão dos procedimentos e fins da análise? E, portanto, como definir a “psicanálise” no singular diante dessa situação aparentemente insolúvel de dispersão e divergência? É claro que as previsões acerca do futuro são sempre temerárias. Mas podemos

o que funciona” seria adequado ou seria factível enquanto critério? Ou, antes, não deveríamos - no contexto dessa cultura fusional, em que tecnociência e psicologização encontram-se amalgamadas - justamente questionar e não salvar a todo custo a idéia de “eficácia” em psicoterapia? As psicoterapias não deveriam ser, ao contrário, um espaço de resistência do *homo humanus*, do homem em todas as dimensões de sua humanidade, de resistência à tendência geral de reduzi-lo à dimensão utilitária? Creio que seria através desse compromisso ético que já hoje estaríamos ajudando a construir o futuro da psicoterapia.

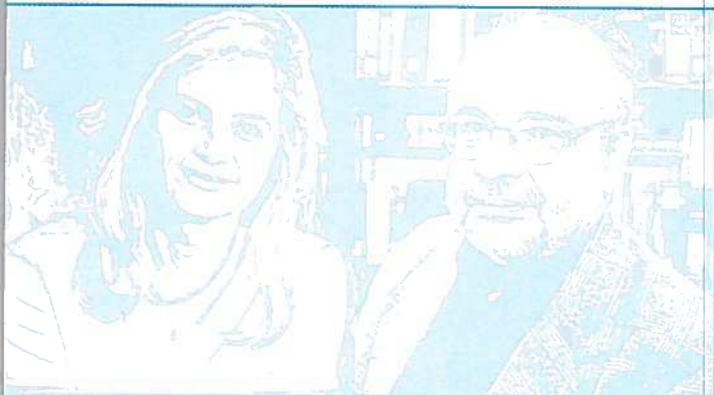
NENO - O que é reconhecido como psicoterapia no mundo contemporâneo varia largamente com o contexto social e acadêmico no qual o assunto é discutido. Na sociedade em geral, o que é admitido como serviço de psicoterapia alcança uma variedade incontável de práticas, cujo consumo é regulado muito mais por uma expectativa de resultados do que por um conhecimento ou adesão aos fundamentos ou princípios envolvidos. Por outro lado, a avaliação

nos posicionar hoje em relação ao futuro em que nos projetamos. Ou seja, o futuro só existe no presente, no modo em que o concebemos e agimos em decorrência desse posicionamento. Assim, nessa perspectiva, acreditamos que o psicólogo deverá conviver necessariamente com um enorme leque de “terapias alternativas” e que essa convivência não poderá e nem deverá ser resolvida juridicamente. É claro que os conselhos podem e devem orientar e legislar, à luz do Código de Ética, a prática dos profissionais. Mas todas essas medidas serão sempre polêmicas e precárias. Em primeiro lugar, não há um referencial teórico e epistemológico para a demarcação das práticas e, em segundo lugar, porque vivemos na época do *homo psychologicus*. É possível impedir - sem ferir a Constituição - a um pastor ou a um médium realizar “curas espirituais”, visando aspectos tradicionalmente descritos pela psicopatologia? E se esse pastor ou esse médium forem, também, psicólogos (as)? Na ausência de um critério epistemológico mais consistente, o critério utilitarista da “eficácia”, do “bom é

mais sistemática das psicoterapias tem se conformado a interesses de mercado. À luz de uma literatura (norte-americana e européia) que avalia os resultados de modelos de intervenção psicoterápica, a terapia cognitivo-comportamental, a comportamental, terapias psicodinâmicas e a centrada no cliente têm alcançado reconhecimento. Especialmente se considerarmos as características do movimento pela validação empírica de psicoterapias que ocorre nos Estados Unidos hoje, fortemente regulado por fatores econômicos relacionados à oferta de serviços psicológicos, parece haver uma tendência em direção a tratamentos padronizados para problemas (ou transtornos) específicos descritos no DSM. Em 1995, a APA fez divulgar uma lista contendo 25 “tratamentos empiricamente validados” (ou “fundamentados”). Três anos depois, a lista foi expandida para 71 tratamentos. Essa avaliação continua em curso. Para as empresas de seguro-saúde, tratamentos ideais são aqueles mais rápidos, de menor custo e de eficácia previsível. Uma avaliação crítica desse processo de

avaliação das psicoterapias começa a alcançar maior visibilidade, mas é difícil fazer previsões sobre o que teremos no futuro. Não é possível antecipar, por exemplo, o espaço que ainda haverá para a psicoterapia individualizada, nos moldes como ela prevalece no Brasil. Dado o caráter idiossincrático das configurações que os problemas psicológicos assumem para cada um, creio que não será possível suprimir formas individualizadas de psicoterapia, mas as condições para a sua realização tendem a mudar também.

DIÁLOGOS - Quem pode ser psicoterapeuta? Quando se forma o psicoterapeuta? Quando está pronto? Quais os sinais de que está pronto? O processo de formação é imprescindível? Ou é apenas uma forma dos psicólogos 'mais preparados' garantirem renda financeira? A supervisão é um mal necessário? Os psicólogos não têm como substituí-la?



“O critério que parece prevalecer é o utilitarista”

DRAWIN - Numa cultura psicologizada como a nossa, há um acesso indiscriminado à prática da psicoterapia, seja ela designada ou não como tal. Por isso, os cursos de psicologia devem se empenhar na formação de psicoterapeutas que possam se distinguir enquanto profissionais específicos. A posse do diploma e do reconhecimento por parte dos conselhos seria apenas a distinção formal a remeter para um ‘conteúdo’ que seria oferecido pelos cursos de psicologia. Esse conteúdo não poderia ser definido, por causa das condições epistemológicas a que já aludimos anteriormente, por um conteúdo teórico específico e considerado como o único verdadeiramente ‘científico’. Qual deveria ser, então, o estatuto de um bom curso de formação em psicologia? Falando em termos altamente genéricos, eu diria que esse conteúdo deveria possuir, na formação do psicoterapeuta, três dimensões que eu gostaria de designar como: Objetiva ou crítica; subjetiva ou pessoal; e intersubjetiva ou ética e que esta última seria a dimensão fundamental que atravessaria as outras duas. A dimensão objetiva, a mais óbvia, seria a de uma abordagem teórica aberta, e não sectária ou discriminativa em relação a esta ou aquela corrente do pensamento psicológico, mas que incluísse também o estudo do contexto histórico, dos pressupostos filosóficos e das conseqüências práticas de cada teoria abordada. A consciência crítica poderia contrabalançar, portanto, o pluralismo teórico.

A implementação de um tal programa exigiria o empenho dos professores, representantes das diversas correntes, num contínuo diálogo, ao invés de se fecharem em guetos mais ou menos hostis. A dimensão subjetiva, também bastante óbvia, seria a do compromisso pessoal do aluno em sua formação, de modo que suas próprias dificuldades - afetivas, emocionais, existenciais - pudessem, de alguma forma, ser explicitadas e elaboradas. Mas a terceira dimensão seria, no meu modo de entender, a decisiva, pois seria a da reflexão ética. Esta não poderia se restringir a uma disciplina (“Ética Profissional”), mas deveria atravessar todo espectro curricular e se concentrar em alguns momentos cruciais da formação. Como o conhecimento objetivo e a elaboração subjetiva estão sempre em aberto, então é preciso que ambos se submetam à reflexão ética, cuja direção axial seria a de uma postura prudencial em relação ao outro. O que seria isto? Numa sociedade em que a ciência, a técnica, o consumo, os estilos de vida parecem ser ilimitados, a ética se apresenta como uma “sabedoria do limite e da contenção”. A regra de ouro dessa sabedoria - que encontrou a sua expressão clássica com Kant - é aquela que me impede de colocar o outro como “meio” para qualquer “fim” que não seja ele mesmo, ou seja, como um simples “meio” de veiculação de minhas crenças, de meus afetos, de minhas técnicas ou de meus saberes. A conjunção dessas três dimensões é um trabalho árduo, sempre incompleto, e que requer muitas outras condições que não podem ser aqui explicitadas. Além disso, creio que as ‘supervisões’ são imprescindíveis. Mas essas exigências, poder-se-ia argumentar, não exigem recursos financeiros e disponibilidade de tempo? Não seria esta uma forma de elitismo? O ‘saber’ - em seu sentido mais amplo - é de difícil acesso mesmo. Mas é preciso que fique claro que o saber é de difícil acesso não porque é simplesmente caro, mas porque não é uma mercadoria qualquer.

NENO - A formação em psicologia e, especialmente, a preparação para a função de psicoterapeuta inicia-se com a realização do curso de graduação em psicologia, mas dependerá amplamente de uma interlocução continuada com pares bem qualificados e com os contextos de produção e validação de conhecimento psicológico. Conhecimentos diversos, teóricos e práticos, são requeridos para a intervenção frente a uma diversidade de contextos e problemas com os quais o psicólogo clínico pode vir a lidar. A rigor, um terapeuta nunca estará preparado para lidar de modo efetivo com toda a variedade de demandas clínicas. Entretanto, ele estará em condições mais favoráveis quando, a partir de uma formação escolar, cultivar a prática de submeter sua atuação ao crivo da avaliação crítica por seus pares, e mantiver contato regular com a produção de conhecimento em sua área de atuação. Isso confere, inclusive, um importante componente ético à prática clínica. Na impossibilidade de basear uma ética profissional em princípios que são pertinentes apenas a modelos particulares de intervenção, a relação das práticas com os contextos de validação do conhecimento psicológico assegura pelo menos o exame crítico e a incorporação do saber socialmente validado. Esses processos não podem ser substituídos pela mera supervisão que, embora possa ter uma função relevante, representa de modo restrito uma situação mais ampla de interlocução. Como recurso apenas subsidiário de apoio à prática profissional, uma avaliação da pertinência ou conveniência da supervisão levaria em conta, no mínimo, o percurso intelectual e profissional de cada um. ■

De médico, psicólogo, psiquiatra, sensato, louco...

Christian Reimer e Kirsten Von Sydow, respectivamente diretor e psicóloga da Clínica de Psicossomática e Psicoterapia da Universidade de Giessen, em Hamburgo, Alemanha, analisaram 60 estudos, publicados entre 1948 e 1995, em inglês ou alemão, sobre os estereótipos em relação aos profissionais de saúde mental, especialmente os psicoterapeutas. Eles tentaram responder à indagação: Qual é a imagem pública dos psicoterapeutas, psicólogos e psiquiatras? Homens e mulheres foram pesquisados praticamente na mesma proporção.

O resultado foi publicado no "American Journal of Psychotherapy" ("Jornal Americano de Psicoterapia"), volume 52, nº 4, em 1998, e mantém sua atualidade. E embora o estudo não abranja o Brasil, pode servir de subsídio para o caso do país. Trinta e nove por cento dos entrevistados, segundo os pesquisadores, atribuíram a qualidade de "bom ouvinte/observador" aos psicoterapeutas. Dessa maneira, teoricamente, os profissionais de saúde mental seriam "sempre capazes de diagnosticar e, portanto, podem trazer medo às pessoas de serem diagnosticadas como mentalmente perturbadas em ocasiões privadas". Nos anos 50, por exemplo, 3% dos estudantes norte-americanos acreditavam que os psicólogos podiam ler pensamentos e 8% achavam que os psiquiatras também!

O trabalho dos pesquisadores alemães - "Atitudes em Relação a Psicoterapeutas, Psicólogos, Psiquiatras e Psicanalistas" - registrou também que 18% dos entrevistados consideraram a infalibilidade e uma falta de respeito pelas fronteiras do pessoal como o principal atributo negativo da personalidade dos terapeutas. Nos filmes, tanto os profissionais 'bons' como os 'maus' passam uma imagem de muito poderosos: Podem, por exemplo, "desarmar gângsteres usando o intelecto". Levando Reimer e Von Sydow a considerar: "Quando levamos todos esses pontos em consideração, as questões de (ab)uso do poder e (des)respeito aos limites pessoais dos outros, praticados pelos terapeutas, parecem ser questões vitais".

E foi exatamente essa imagem ambígua - os terapeutas provocam no público desdém ou admiração ou uma mistura dos

Todos têm um pouco

dois - que levou os pesquisadores a quererem aprofundar o tema. Uma amostra alemã representativa de pessoas com problemas psíquicos ou psicossomáticos registrou que apenas 33% delas aceitaram tratamento psicoterapêutico quando oferecido. E, dos 67% que recusaram a oferta, “um terço agiu dessa forma por causa de suas atitudes gerais negativas em relação à psicoterapia”.

Papéis, responsabilidades e expertise

Nos anos 40, 40% dos leigos não sabiam para quais problemas era recomendada uma consulta a um psicólogo. Nos anos



70, o público não conseguia distinguir os psicólogos dos psiquiatras. Atualmente, os psicólogos estão relacionados principalmente à pesquisa, ao diagnóstico, ao aconselhamento e a trabalhar com crianças; os psiquiatras, como médicos que tentam curar as desordens mentais através da psicoterapia, psicanálise ou hipnose, medicação e terapia eletroconvulsiva.

Até hoje, quando se fala em expertise clínica, o público pensa que os psicólogos são responsáveis por problemas familiares e menos “sérios”, e por testes psicológicos. Enquanto os psiquiatras são olhados como “especialistas para problemas mentais sérios” e para prescrever drogas psicoativas (esquizofrenia, por exemplo). Nos anos 90, os psicólogos também passaram a ser considerados responsáveis pelo tratamento de depressão, tendência suicida, vício em drogas e/ou álcool, como eram os psiquiatras na década de 60.

Atributos da personalidade

“Os médicos são vistos como sinceros, fortes, eficientes, confiáveis e calmos, enquanto os psicólogos e psiquiatras são tidos como



empáticos, calmos, bons ouvintes/observadores, interessados, competentes, menos dogmáticos - mas também como intrometidos, enrolados, complicados, imprevisíveis, ‘com pensamentos confusos’, mais femininos e emocionalmente instáveis. Às vezes, “os psicólogos e psiquiatras chegam a fazer os outros se sentirem incomodados no contato social”.

Os psicólogos, conforme o estudo, têm a reputação de serem mais cordiais, mais prestativos e melhores ouvintes. Os psiquiatras, por sua vez, “são tidos como mais frios, mais imperativos, orgulhosos, anormais, desinteressados e hostis, mas também como tendo mais educação e experiência intelectual e científica, se vestirem melhor, e tendo uma aparência mais profissional”. Os psicólogos clínicos já são encarados “como mais liberais, sensíveis, altruístas, sociais e inteligentes”, em comparação aos outros psicólogos. E os alunos de psicologia, psicólogos e leigos têm quase os mesmos estereótipos dos psicólogos, caracterizados como pessoas amáveis e inteligentes.

Na ficção, “a personalidade dos psicoterapeutas é caracterizada como competente, bem sucedida, bem informada, poderosa; e, com menor frequência, como fracos ou loucos”. Enquanto a maioria dos psiquiatras é descrita “de uma forma negativa”. Em 56% dos desenhos animados estudados, “os psiquiatras ou psicanalistas são retratados como loucos (15%), imorais (11%), entediados ou desinteressados (11%), egoístas ou gananciosos (14%) ou, às vezes, como sádicos (5%)”.

Idade e aparência física



“Nos desenhos animados, os psicoterapeutas ou psiquiatras são descritos como homens profissionais de classe média alta, carecas (92%), de óculos (77%) e de barba (74%), geralmente vestidos de forma cuidada e formal”. Em 50% das ilustrações de capa de revistas alemãs relacionadas à terapia, o próprio Sigmund Freud é retratado. E isso não mudou dos anos 50 à década de 90.

Sexo/Gênero

Com base nas análises de conteúdo, os pesquisadores detectaram que, nos desenhos animados dos Estados Unidos, de 1941 a 1990, 2% dos psiquiatras eram descritos como mulheres e 96% como homens. Na ficção, nos filmes e nas capas de revistas alemãs, 85%, três quartos e 93% dos terapeutas retratados, respectivamente, são homens. As mulheres psiquiatras são descritas nos desenhos animados “como objetos sexuais ou donas de casa”. Nos filmes de Hollywood o tratamento dado às psicoterapeutas é ainda pior: Ao mesmo tempo em que são “atraentes fisicamente”,

Somos carecas,
de óculos,
de...ué, cadê a barba?



também são “um fracasso como mulher”; são descritas como descontentes, incapazes de ter uma relação heterossexual estável e rejeitam seus filhos. Na melhor das hipóteses, “fazem um bom trabalho com suas pacientes, mas, com os pacientes homens, tende a haver uma inversão de papel, onde o cliente começa a analisar a terapeuta”. A ‘cura’ para elas, normalmente, “é se apaixonar pelo seu paciente”.

O ambiente psicoterapêutico

O elemento típico do ambiente de trabalho dos terapeutas é, em primeiríssimo lugar, um divã! O móvel está em 86% dos consultórios de psiquiatras de desenhos animados. Mesmo a maioria dos alunos da área pensa que a terapia individual (o terapeuta e o cliente sentados frente a frente) ou uma situação de divã são as mais típicas para os psicoterapeutas.

Interações entre os terapeutas e os clientes

“É notável” como dois problemas são mencionados repetidamente na mídia: O envolvimento sexual entre terapeutas e clientes, e que os psicoterapeutas que não



Terapeutas e seus tipos

Os resultados de Reimer e Von Sydow sobre o tipo físico dos terapeutas são semelhantes aos de G. Walter, em “*The Psychiatrist in American Cartoons*” (“O Psiquiatra nos Desenhos Animados dos Estados Unidos”):

- O *Tipo Freud* (descrito por 15% dos participantes) - homens de barba, grisalhos, de meia idade, com óculos, vestido de forma conservadora, com uma careca.

Como o terapeuta não entende o seu cliente?

É a imagem, a imagem, Da Silva...



Nem tudo é no divã, ora, ora...



entendem seus clientes. A psiquiatria, a psicoterapia e, em particular a psicanálise (o divã!) são associados, geralmente, na cultura popular, “a relações sexuais entre o terapeuta e o cliente”. Mais de um terço dos filmes dos anos 60 com psiquiatrias tinham títulos como “Dr. Sexo”. Em filmes com envolvimento romântico puro - sem cenas de sexo - entre terapeutas e clientes, aparecem duas vezes mais

profissionais femininas do que masculinas. E isso apesar “de os terapeutas homens tenderem a ter sexo com suas pacientes com maior frequência do que as mulheres”.

Além disso, nos filmes, “os terapeutas homens são descritos como muito mais bem sucedidos no tratamento de clientes mulheres do que as terapeutas no tratamento de clientes homens - a proporção de tratamentos bem sucedidos entre gêneros é 2:33!” Enquanto as escritoras fazem diversas descrições de psicoterapeutas homens que não entendem as preocupações femininas.

Discussão

Os terapeutas dos desenhos animados dos anos 40 e 50 eram normalmente retratados por símbolos que representam refugiados judeus da Alemanha de Hitler ou da Áustria (com nariz grande); diplomas alemão ou austríaco. Hoje esses símbolos “desapareceram”. Porém, “não houve mudanças em relação à importância do simbolismo da psicanálise ou à extrema sub-representação das terapeutas na mídia”.

“Enquanto os médicos não psiquiátricos são avaliados muito positivamente, têm o status mais elevado de todas as profissões”, segundo Reimer e Von Sydow, “não há dúvidas de que a população em geral acredita que os psicoterapeutas, psicólogos e psiquiatras po-

Da Silva, Da Silva...

Isso mudou, não foi?



dem, algumas vezes, ser loucos ou malucos”.

Conclusão

A imagem pública dos psicoterapeutas é muito influenciada pelas imagens psicanalíticas (o próprio Sigmund Freud, o divã). “Os problemas de imagem pública das profissões terapêuticas pode ser um resultado especificamente das análises de conteúdo da mídia”. I. Schneider, em “*The Theory and Practice of Movie Psychiatry*” (“*A Teoria e a Prática da Psiquiatria dos Filmes*”), diz que “sempre ficou claro que os filmes ainda têm muito a aprender sobre a psiquiatria de verdade. O que tem sido ignorado é que a psiquiatria tem muito a aprender com sua contraparte do filme”. E, arrematam Reimer e Von Sydow: “Essa afirmação pode ser generalizada para todas as profissões de saúde mental e todas as descrições dos psicoterapeutas na arte, seja em filmes, quadrinhos ou na literatura de ficção: Não só os artistas precisam aprender mais sobre a psicoterapia - o reverso também é verdade”.

Só mesmo em filmes é que os homens são mais bem sucedidos, não é Da Silva?



- O *Tipo Neurótico* (13%) - homem ou de sexo indefinido, não faz barba, é negligente, tem longos cabelos emaranhados e vestimenta inadequada.

- O *Tipo Ecológico* (12%) - homem (cabelo mais longo, barba cheia, sandálias Birkenstock, casacos tricotados a mão) ou mulher (cabelos longos, sem maquiagem, com roupas causais, saia longa ou jeans).

- O *Tipo Intelectual* (7%) - jovem ou de meia idade, tipo esguio; usa óculos dourados ou de aço e um traje correto, de bom gosto e elegante; ele/ela parece inteligente e um “carreirista”.

Uma aliança que se rompe

Alfredo Cardoso Lhullier (*)
Maria Lucia Tiellet Nunes (**)

Uma forma possível para avaliar a qualidade das terapias, representando uma aliança terapêutica que se rompe, é o abandono do tratamento. Em pesquisas sobre o tema, tem-se visto a dificuldade na indefinição dos conceitos; é proposto neste artigo que se tome por referência o simples acordo/desacordo entre terapeuta e paciente quanto ao momento de término. Conforme o observado na opinião dos autores, este estudo possui uma importância não apenas clínica e científica, mas também serve como fonte de informações para a redução de custos dos serviços de atendimento. São revisadas as variáveis relacionadas ao abandono de tratamento, classificando-as em sócio-demográficas, específicas do paciente, do tratamento e do terapeuta, interpessoais e institucionais.

Um dos parâmetros para medir a efetividade de uma terapia é a taxa de abandono dos pacientes (Phillips, Kaiser, & Heavner apud Phillips, 1985, Hunt & Andrews, 1992). Quando grande número de pacientes não finaliza tratamento, ou os serviços apresentam taxas de abandono mais altas que a média, isso deve ser considerado com muito cuidado. Uma revisão das suas metas, ou de seus métodos, torna-se obrigatória se o número de pacientes que não completam o tratamento mantém-se alto (Hunt, & Andrews, 1992).

A taxa de abandonos pode denotar a qualidade da psicoterapia oferecida por um serviço, ou por um profissional em seu consultório privado. Mais ainda, abandonos de tratamento podem se transformar em experiências ansiogênicas e traumáticas para o terapeuta. No que se refere às clínicas-escola, além de um problema clínico, tem-se um problema pedagógico, que incide sobre a auto-imagem e a auto-estima do profissional prestes a formar-se e a ingressar no mercado de trabalho e na pós-graduação (Goldberg, 1995). Há uma tendência à sobre-identificação com os pacientes, que leva o terapeuta a estar especialmente sensível às reações de rejeição, ou às que são interpretadas como tal (Pekarik, 1985a). Uma atenção específica à questão, através da supervisão, é fundamental (Duryee, Brymer e Gold, 1996).

Os mesmos fatores que levam ao abandono podem estar associados à débil aliança terapêutica do paciente que permanece na terapia. A fraca aderência, ou débil aliança, pode levar a resultados pobres, evidenciando campos sobrepostos de pesquisa; é importante identificar por que alguns pacientes desistem e outros conseguem manter o tratamento.

Na prática de pesquisa, constituem os abandonos sinal para uma revisão quanto à adequação/aplicação da técnica; provocam ainda, quando não estudados, problemas de pesquisa quanto ao poder estatístico dos estudos (Brogan, Prochaska, & Prochaska, 1999).

Existe também a questão do prejuízo financeiro trazido pelos abandonos. Considerando que: as taxas encontradas em metanálises, como a de Wierzbicki e Pekarik (1993), são de 30 a 60% para os pacientes que abandonam o tratamento; que esses pacientes são os que mais freqüentemente voltam à consulta nos serviços de saúde (Reis e Brown, 1999); que esses mesmos recursos geralmente provêm de orçamentos restritos, principalmente de clínicas assistenciais, ou de empresas que buscam reduzir seus custos, a redução das taxas de abandono constitui-se uma medida economicamente recomendável, em todos os níveis de provisão de recursos (desde o paciente individual da prática privada até o estabelecimento de políti-

cas amplas de saúde pública), incluindo também os orçamentos de pesquisa.

Por último, há um problema ético a ser resolvido: Sem tratamento, por abandono, pacientes podem viver a experiência fracassada com o significado de traumática.

Reis e Brown (1999) examinam diversos termos usados para designar esses pacientes: 'desistente', 'paciente que termina prematuramente', 'desertor', 'paciente que termina unilateralmente'. A variedade de definições é um importante fator, que torna confuso o conceito de abandono (Beck, Lambert, Gamache et al., 1987; Garfield, 1994) e diminui a consistência entre os estudos. Em inúmeros estudos, não cumprir um número determinado de sessões classifica um paciente como 'abandonante' (Baekland e Lundwall, 1975; Pekarik, 1985b). Como os pesquisadores têm usado diferentes pontos de corte (Pekarik, 1985b), pacientes considerados abandonantes em um estudo são vistos como continuadores em outro (Garfield, 1994). Mesmo que adotassem o mesmo número de sessões como critério para abandono, os resultados seriam ainda inconsistentes, já que a duração não está diretamente relacionada ao motivo da interrupção, na maioria das vezes. Já foi demonstrado que este critério classifica como altos um número significativo de abandonos, assim como o inverso também, incluindo entre os abandonos uma boa parcela de pacientes desistentes (Morrow, DelGaudio & Carpenter, 1977; Pekarik, 1985b). O número de sessões como critério de classificação para abandono leva a confundir as características destes dois grupos de pacientes, sendo responsável por uma boa parte de trabalhos em que não se encontram diferenças entre eles (Morrow, DelGaudio & Carpenter, 1977; Pekarik 1985b).

Piper, Ogradniczuk, Joyce et al. (1999) definem o abandono de tratamento como as situações nas quais o paciente realiza uma decisão unilateral contrária às expectativas iniciais, representadas pelo 'contrato terapêutico', ou contrária às recomendações do terapeuta.

Os autores deste artigo propõem a seguinte definição: Considera-se abandono quando o paciente, por decisão unilateral, com ou sem o conhecimento prévio do terapeuta, tendo comparecido a pelo menos uma sessão de terapia, cessa de fazê-lo, definitivamente, independentemente do motivo que o levou a isso. Por consequência, define-se como 'alta' quando o paciente encerra seu tratamento com a concordância de seu terapeuta, independentemente do motivo para tanto, que deve ser esclarecido, então, determinando diferentes tipos de alta. Essa definição inclui e se apóia num elemento da aliança, conforme definida por Bordin (1979): A valorização e o acordo entre paciente e terapeuta quanto às tarefas terapêuticas.

Essas definições, porém, não englobam todos os estudos e artigos citados, que, conforme se viu, são bastante diferentes entre si. Uma diferença entre abandono e interrupção é feita por Zimermann e Abreu (1994): Interrupção é quando o paciente consegue elaborar o fim do tratamento com o terapeuta, mesmo que este não esteja de acordo com seu término. Haveria um 'antes' e um 'depois'. Abandono seria quando o paciente ou o terapeuta simplesmente se retiram, e os motivos, em geral, permanecem ignorados, caso o paciente seja o abandonante. Esses autores também se referem ao término prematuro, que ocorre quando o paciente se desliga antes da efetiva conclusão, quando esta já está muito próxima, para evitar os penosos sentimentos de separação. Essas diferenças se apóiam em características subjetivas do processo, difíceis de demarcar e inadequadas para a pesquisa empírica. Neste artigo propomos 'interrupção', no sentido que lhe dão Zimermann e Abreu, simplesmente como alta, já que o terapeuta está de acordo com o encerramento da terapia; e propomos o termo 'abandono' para designar situações que incluem o término prematuro, em que o terapeuta pensa levar ainda adiante a terapia por mais sessões e é surpreendido pela deserção do paciente. O motivo para isso é que resultaria pouco confiável determinar o ponto ótimo em que o tratamento deveria encerrar, baseando-se em critérios subjetivos e dependentes de conceitualização teórica específica. Também seria difícil determiná-lo objetivamente e haveria que se contar com os diferentes critérios de diferentes terapeutas.

O abandono está diretamente relacionado a resultados pobres (Heilbrum, 1982; Lyon e Woods, 1991; May, 1984 apud Reis e Brown, 1999). Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky (1986), em uma metanálise de trabalhos de um período de mais de 30 anos, envolvendo 2.400 pacientes, concluíram que o tema da quantidade ótima de terapia está intrinsecamente ligado ao critério de diagnóstico e alta. De qualquer forma, oito sessões foram o ponto no qual 50% dos pacientes mostraram melhora mensurável, e resultados pobres foram relatados especialmente para os pacientes que desistiram precocemente. Estudos de seguimento apontaram que pacientes que compareceram a apenas uma ou duas sessões tendiam a piorar ou a melhorar menos, ou a estar mais sintomáticos, do que aqueles que compareciam a três ou mais sessões (Pekarik, 1983, 1992). Os pacientes abandonantes tendem a utilizar, em demasia, outros serviços médicos, duas vezes mais que os pacientes que concluem o tratamento (Carpenter, DelGaudio e Morrow, 1979). E o abandonante acaba tornando-se um paciente crônico (Baekland e Lundwall, 1975). Conforme Reis e Brown

(1999), os pacientes abandonantes são mais dispendiosos em termos de tempo e dinheiro, mostram resultados mais pobres de tratamento e provocam sentimentos de desvalorização no terapeuta, que pode reagir com diminuição de sua auto-confiança e eficácia.

No julgamento dos terapeutas, o resultado favorável parece estar fortemente relacionado à duração do tratamento, sendo mais positivas as avaliações dos pacientes que continuam e o completam, segundo Pekarik (1992). Em geral, os terapeutas possuem uma atitude negativa em relação a curtos períodos de tratamento e em relação aos abandonantes (Buddeberg, 1987) e têm dificuldades em reconhecer que esses pacientes não sejam necessariamente fracassos, tendência demonstrada em vários estudos (Ellingson, apud Reis e Brown, 1999; Papach-Goodsitt, apud Reis e Brown, 1999; Schwartz, apud Reis e Brown, 1999). Ainda assim, o julgamento clínico dos terapeutas é um critério melhor que o número de sessões, ou outro qualquer, para definir a população extremamente heterogênea de abandonantes. Análises mostram que pacientes que abandonam a terapia diferem de pacientes que a completam em 11 de 18 variáveis de cliente e terapeuta, quando o critério utilizado foi julgamento do terapeuta; enquanto que não aparecem diferenças quando o critério utilizado é o de duração da terapia (Pekarik, 1985b). Devido a problemas de confiabilidade quanto ao julgamento dos terapeutas, o não comparecimento do paciente à última sessão agendada foi usado ocasionalmente como alternativa, mas esse critério pode classificar como desistências, igualmente, pacientes que não concluem a terapia no momento adequado, mas que seriam liberados pelo terapeuta dentro de poucas sessões e pacientes sintomáticos que se recusam a agendar outra sessão e declaram terminado o tratamento (Pekarik, 1985b).

Independentemente de definição, as taxas de pacientes que abandonam o tratamento em diferentes idades, grupos de clientes, *settings*, diagnósticos e modalidades de tratamento variam de 30 a 60% (Baekland & Lundwall, 1975), sendo o número médio de sessões entre três e 13; e agrupando-se ao redor de seis (Ciarlo, 1979 apud Reis e Brown, 1999; Garfield, 1994; NIMH, 1981 apud Reis e Brown, 1999)

Em uma clínica ambulatorial psiquiátrica cerca de 30% dos pacientes comparecem somente a uma sessão, mesmo com plano pré-pago que os autorizaria a mais sessões (Rosebaum, Hoyt e Talmon, 1989). No Columbia Medical Plan, de atendimento pré-pago, o número médio de visitas por episódio clínico é de 4,9 e a taxa de episódios de visita única é de 38% (Kessler, Steinwachs e Honkin, 1980). Embora isso possa ser considerado positivo pelos administradores no

que tange à contenção de custos, na verdade os pacientes abandonantes aumentam os custos ao serem tornarem buscadores crônicos de serviços de saúde, com resultados pobres, e com frequência acabam necessitando tratamento intensivo e caro (em serviços de emergências, por exemplo) (Reis e Brown, 1999). Dever-se-ia pensar também nos aumentos de índices de mortalidade, a longo prazo. As evidências mostram que a maioria dos pacientes comparece apenas a algu-

mas sessões de terapia - num estudo de uma população de bom nível educacional, em que os participantes escolheram ingressar em terapia de 'longo prazo' num *setting*, de prática privada, decidindo comprometer considerável quantidade de tempo e dinheiro no seu tratamento (Du Brin e Zastowny, 1988), 13% não retornaram após o início, e 28% compareceram somente até a oitava sessão, com uma taxa de 41% de abandonos.



Considerando índices encontrados de que 20% a 57% dos pacientes não retornam após a primeira visita e que 37% a 45% comparecem só a uma ou duas sessões (Ciarlo, 1979 apud Reis e Brown, 1999; Fiester e Rudestam, 1975; Pekarik, 1983), a fase precoce da psicoterapia mostrou-se crucial para a continuidade, já que os níveis de abandonantes não se elevaram muito, depois disso (Baekeland & Lundwall, 1975; Pollack, Mordecai e Gumpert, 1992). Em estudo em que novos procedimentos de ingresso redu-

ziram taxas de pacientes abandonantes de 54% para 19%, os autores relataram que essas taxas começavam a cair significativamente a partir de três ou mais sessões comparecidas (Salta e Buick, 1989). Os pacientes parecem decidir se retornam ao final da entrevista de ingresso, segundo Anderson, Hogg e Magoon (1987), que compararam expectativas pré e pós a primeira sessão de pacientes abandonantes e de pacientes que continuam. Embora as expectativas dos dois grupos pré-sessão não mostrassem diferenças, estas emergiram de forma significativa em expectativas pós-sessão. Os abandonantes foram menos propensos a considerarem o aconselhamento útil e mostraram menos atitudes positivas quanto a retornar (Grunzburger, Hengeller e Watson, 1985).

Revisando os trabalhos publicados, classificaram-se as variáveis em cinco níveis de diferentes categorias, em relação ao abandono da terapia:

a) Variáveis sócio-demográficas:

A 'idade' tem sido encontrada na literatura, tanto relacionada como não relacionada ao abandono, provavelmente devido à interação de outras variáveis e de possíveis diferenças metodológicas. Tais variáveis parecem não terem efeito significativo por si mesmas para alguns autores: Em estudo sobre a influência de variáveis do cliente, administrativas e do terapeuta, as seis variáveis estudadas contribuíram com apenas 23% da variação total. Embora houvesse uma tendência da duração da terapia aumentar com a idade, essa variável influenciou menos do que 4% nos índices de variância (Jenkins, Fuqua, & Blum, 1986). O 'sexo' do cliente e 'estado civil' foram igualmente preditores inconsistentes. O 'sexo' foi considerado preditor para abandonantes em 44% de 29 investigações, enquanto não houve resultados significativos nos estudos restantes. 'Estabilidade social' (ocupacional, residencial e estado civil), da mesma forma, relacionou-se à continuidade, apenas em metade dos estudos (Baekeland & Lundwall, 1975). 'Diagnóstico', 'nível de sintomas', 'queixa-problema' e 'experiência prévia com terapia' foram alternativamente associados com continuidade em alguns estudos, e com abandono em outros (Baekeland & Lundwall, 1975).

b) Variáveis específicas do paciente:

A 'fonte de derivação' e 'abuso de álcool ou substância' parece guardar alguma relação com abandono de terapia. Stracker (1968), em um grande serviço psiquiátrico, identificou o 'tipo de encaminhamento' como o mais forte preditor de abandono, antes de uma reforma institucional que diminuiu drasticamente os níveis de abandono, com a mudança de orientação de psicoterapia psicodinâmica de longa duração para uma

CUIDANDO DO CUIDA-DOR

do doente de Alzheimer

Darcy Cesário Franca (*)



“Há dias que a gente se sente,/ como quem partiu ou morreu,/a gente estancou de repente/ou foi o mundo então que cresceu./A gente quer ter voz ativa/e quer no destino mandar,/mas eis que chega roda viva/e carrega o destino pra lá.../Roda mundo roda gigante/ roda moinho roda pilão,/o tempo rodou num instante,/ nas voltas no meu coração”.

Foi com esse fragmento da canção do Chico Buarque que me remeti ao escutar os cuidadores dos doentes de Alzheimer pela primeira vez e a cada vez que os escuto, desde 2001, quando a Associação Brasileira de Alzheimer, Regional do Pará - Abraz-PA me chamou para prestar atendimento psicológico ao cuidador familiar ou profissional, dos doentes de Alzheimer.

A princípio, vou falar resumidamente sobre a doença de Alzheimer ou DA e depois contarei a maneira encontrada para atender aos cuidadores.

Alzheimer é uma doença degenerativa e progressiva, conhecida erroneamente como “esclerose” ou “caduquice”, e acomete preferencialmente as pessoas idosas, e ainda não se tem conhecimento sobre sua causa e tratamento. Embora seja confundida com a esclerose, não se relaciona com ela, nem tão pouco com problemas circulatórios. É uma forma de demência devida à morte das células cerebrais que produz atrofiamento do cérebro. E dentre as várias teorias para explicar suas causas, a que a considera como uma doença geneticamente determinada é bastante aceita.

Os primeiros sintomas manifestados são pequenos esquecimentos e, em geral, são percebidos pelos familiares como coisas do envelhecimento. Esses só vão procurar ajuda profissional qualificada quando o doente passa a apresentar alterações significativas da personalidade e do comportamento. Tornando-se cada vez mais confusos e esquecidos, desorientados quanto ao espaço e tempo; sentem-se perseguidos e, numa grande maioria das vezes, tornam-se também agressivos. O agravamento progressivo da sintomatologia conduz o doente à completa dependência do cuidador, pois o esquecimento que era fortuito, leva à perda total da memória, evoluindo da memória atual à antiga, sendo que a memória musical é a última a ser perdida.

A partir de pequenos esquecimentos, por vezes engraçados - “colocar sal no café” ou “açúcar no feijão” - se chega à completa indiferença para com os seus, para com o mundo em volta e para consigo mesmo. O desconhecimento dos familiares vai se instalando, não sabendo mais quem são os filhos, netos, ou parceiro(a). Perde a auto-referência a ponto de passar diante do espelho e cumprimentar aquele que lá está, por não reconhecer sua própria imagem refletida.

‘Quem é você?’, ou ‘Quem é ele?’ são as perguntas que o sujeito faz diante do espelho pois ‘Quem sou eu?’ não pode mais ser feita porque o sujeito já não mais está presente, ausentou-se, ou vai ausentando-se sem alarde, numa saída discreta pela porta dos fundos da vida. Enquanto o organismo que ainda funciona e permanece em contato com os familiares, o sujeito já não mais está, por conta do esvaziamento pulsional.

Juntamente com a perda da memória, as funções corporais também vão sumindo, aparecendo a dificuldade de locomoção, perda do controle dos esfíncteres e da capacidade de deglutição, exigindo, assim, um acompanhamento constante de um cuidador, para auxiliá-lo no exercício de atividades elementares do cotidiano, tais como alimentação, higiene, vestuário etc.

Como um tufão, a DA invade o cotidiano do doente e da família e, muito mais intensamente, daquele que é ‘eleito’ cuidador. Eleição esta que, na grande maioria das vezes, é feita de maneira inconsciente.

O grupo familiar coloca um membro, que se deixa colocar, no lugar de cuidador. Às vezes, as circunstâncias habitacionais, econômicas etc., contribuem para isso. Mas mesmo quando essas razões são claras, ao longo do atendimento outros motivos que subjazem a ‘tecitura’ afetiva familiar vão comparecendo para elucidar a escolha daquele membro como cuidador, assim como o seu processo de aceitar ficar no lugar de ‘bode-expiatório’, ou de ‘aparador’ do sofrimento do grupo.

Assim sendo, o cuidador é aquele que cuida da dor. Que cuida do outro que foi atingido por uma doença avassaladora e impiedosa, cujo alvo não é somente o sujeito, mas todos aqueles que o cercam, em um raio bastante amplo. E é também o que é alvejado pelas dores produzidas na família pela DA, tendo que suportar as exigências impostas pela doença, pela família e por si mesmo.

A DA altera a rotina familiar do cuidador, modifica o espaço físico e temporal e tonteia fortemente o psiquismo. Os afetos são bulidos e remexidos. Os filhos(as), esposas(os), netos etc. perdem o seu lugar afetivo e vão ocupar o lugar de pessoas existentes na vida do paciente em um passado remoto, ou então, ocupam lugar nenhum. É freqüente a aparição de um desconhecido com hábitos, valores e afeto inteiramente opostos àqueles que possuía antes. Sem pudor, o paciente tira a roupa e toca sua genitália na frente de outras pessoas. Mesmo a senhora mais recatada ou o cavalheiro

mais respeitador pode passar a falar palavrões, os mais obscenos, sem distinção de lugar, hora ou espectador.

Se o cuidador é descendente do doente de Alzheimer, um medo, beirando ao horror, instala-se em sua vida. A inquietação atormenta-o por pensar que poderá vir a ser o herdeiro da DA. É um sofrimento inigualável que o assola, embora saiba que a teoria que reconhece a DA como geneticamente determinada não sustenta sua hereditariedade. Parece que diante da incerteza do que está vivendo e da errância humana, apega-se a isto como uma certeza e não como uma possibilidade.

Diante dessa compreensão e de um

“A doença altera a rotina familiar, modifica o espaço temporal e tonteia fortemente o psiquismo”

grupo de auto-ajuda que se reunia na sede da Albraz-PA, organizei um grupo de apoio e reflexão como atividade de um projeto que desenvolvo na Universidade Federal do Pará. Eram pessoas de diferentes faixas sociais, econômicas, sociais, educacionais e etárias. Os vínculos com os doentes de Alzheimer também eram muito heterogêneos. Tinham netos, filhos, esposos, esposas, irmãos, sobrinhos, noras, cunhados, amigos e os cuidadores profissionais.

É um grupo aberto que se reúne uma vez por semana, com duas horas de duração. Nunca se sabe quantos participantes virão, assim como não se sabe se os que virão hoje serão os mesmos que vieram na semana passada, nem tão pouco se virão na próxima semana. A rotatividade é grande, por muitas razões. Pode ocorrer porque o paciente piorou e não se tem com quem deixá-lo para vir ao grupo ou porque o cuidador participante adoeceu; pois diante de tamanho sofrimento, não é

incomum a baixa de sua resistência, ficando à mercê de doenças físicas e da depressão.

No grupo, os sentimentos vão encontrando lugar para serem manifestados. A sensação de estar só, isolado, desamparado, vão comparecendo e, ao mesmo tempo, encontrando eco e ressonância nos outros membros, que dão acolhimento e apoio. A inevitável pergunta 'por quê isto está acontecendo comigo?' vai encontrando alguma resposta, ou gritando menos. Ou, até mesmo, vai sendo modificada: 'Por quê isto acontece conosco?' A troca é um elemento principal em cada encontro - quer seja de esclarecimentos teóricos, de reflexão sobre as emoções, de orações, abraços, apoio, informações ou sobre um cuidador profissional.

Os afetos contraditórios vão emergindo, mesmo aqueles que são considerados como "sentimentos horríveis" ou "peca-

dos do doente foram ensurdecidos, não fisiologicamente, mas afetivamente. A alma ensurdece não mais respondendo ao que invade o ouvido. A saudade, frustração, agressividade, raiva, medo, incerteza, pena, remorso, admiração, rancor e respeito são afetos que formam uma tecitura furtacor na alma do cuidador e que o confunde. Além do mais, sente-se culpado por ter esses sentimentos. Afinal, está inscrito na cultura que não se pode sentir, muito menos manifestar tais afetos, principalmente por aquele que sofre. E se este for o pai ou a mãe, pior ainda. É pecado!

Nesse vai e vem, o cuidador vai aprendendo que pode sentir e manifestar o afeto que tem por seus familiares, por seu doente, por si mesmo, pela sociedade, pelo mundo e por Deus. Também vai aprendendo a lidar com sua impotência frente à demanda de uma realidade com DA e, principalmente, com suas auto-exigências.

Vai sendo reconhecido e reconhecendo-se como alguém que também precisa de cuidado e que precisa de apoio e parceiros para o enfrentamento da tarefa que está sobre ele. É encorajado a buscar apoio nos outros familiares, assim como responsabilizá-los também pelos cuidados, distribuindo tarefas, tempo, responsabilidades financeiras etc. Aprende também que pode fazer um afastamento do alvo de seus próprios ataques e da mira dos outros familiares que, por vezes, inconscientemente, o fazem depositário de seus afetos angustiantes.

Em sendo assim, o grupo passa a ser um ponto de apoio na inabilidade do cuidador, para tratar com o seu doente no dia-a-dia. Um

lugar onde encontra outros iguais, estabelecendo uma relação de troca de experiências e afetos. Assim como desenvolve o aprendizado para lidar com seu doente, vizinhos e familiares, encontra também no grupo o espelho no qual vê a face marcada pela dor - do outro e a sua.

Dor de cuidador que precisa ter sua dor cuidada.

Descobre que não está sozinho e que tem um grupo do qual vai se fazendo parente, incluindo-se no campo da possibilidade e não da idealização, e mesmo que a oração do cuidador peça serenidade diante da tempestade da vida, coragem frente ao medo que o invade e sabedoria quando nada sabe, descobre que, em algum momento, pode falar: 'Eu não aguento mais!' ■

"Nesse vai-e-vem, o cuidador aprende que pode sentir e manifestar o afeto que tem"

minosos". À medida que um membro permite falar sobre eles, os afetos, os outros membros vão fazendo coro, ou utilizando-se daquele que fala como porta-voz de seus pensamentos e desejos escusos. Aliviando-se, mas, por vezes, angustiando-se ainda mais, voltando na próxima sessão em busca de acolhimento e de especularização.

A raiva, a mágoa e a culpa são afetos que se inter cruzam no cuidador. Quer por sentir-se abandonado pelo doente, quer pelo investimento que tem de fazer em alguém que dá um retorno cada vez mais escasso, ou nenhum retorno, ou pelo que viveu com o seu familiar antes do Alzheimer aparecer. A impotência diante da DA, e de seu familiar, abate ao que cuida. Sua voz não é escutada. Pois os ouvi-

(*) Psicoterapeuta, psicanalista e grupoanalista da Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental da UFPA, mestre em Teoria Literária - interface entre literatura e psicanálise - e coordenadora do Projeto Atendimento Psicológico Grupal, em prevenção e tratamento à comunidade de baixa renda da Amazônia.



Bárbara Conte (*)

Psicanálise no câncer de mama

psico
terapia

Como a psicanálise é utilizada em uma instituição que trabalha com câncer de mama? Levando-se em conta que a psicanálise é uma psicoterapia, busco discutir quais os recursos do método utilizados no atendimento de mulheres e familiares frente ao impacto emocional causado pelo recebimento do diagnóstico de câncer de mama. Sustento esses recursos do método na compreensão da metapsicologia freudiana da constituição do psiquismo, bem como sua desorganização, decorrente de uma ruptura. Dessa forma, “a metapsicologia não é tomada como uma teoria da ‘clínica’. Ela é a teoria do ser humano afetado por um inconsciente”. Levo em conta os pontos de vista econômico, topográfico e dinâmico para demonstrar a origem do psíquico e sua contrapartida, a doença.

O que fazer com uma pessoa que vive a experiência de se ver desorientada, sem saída e em sofrimento? Por um lado, estamos diante de uma desorganização psíquica, que deve ser acolhida e, por outro, necessitamos oferecer uma forma terapêutica como destino para a reorganização psíquica e alívio do sofrimento.

Inicialmente, para entender o que é a chamada desorganização psíquica, vamos pensar a origem da constituição do psiquismo. Freud fala do ingresso de excitação no aparelho psíquico que coloca a condição de passividade do humano (ainda não um sujeito) frente ao outro ser humano (este sim um sujeito, já que está atravessado pela cultura), quando do exercício da ação específica e do estabelecimento da vivência de satisfação. Toda criança está exposta a uma quantidade de excitação externa, que se torna interna e que coloca em movimento a organização psíquica, a saber: O desprazer e a dor.

Jean Laplanche diz que, nesse tempo primeiro, a sexualidade ativa da mãe se introduz na criança, que é objeto passivo da sedução materna. A excitação decorrente tem que dar conta de ser “ligada”, “traduzida”, “recalcada” para que o primordialmente desconexo adquira um sentido, uma coerência, uma representação e se constitua a tópica psíquica. Este primeiro momento da vida infantil é o que se denomina, em psicanálise, de tempo do traumatismo, dando nascimento à pulsão de morte, ao núcleo do id e onde o masoquismo se instaura como um movimento auto - primeiro da pulsão de morte. Este estado inicial de desorganiza-

ção, caótico e anárquico é o que necessita ser ligado, conectando-se na criança o registro histórico de suas vivências infantis. É o aparelho psíquico constituindo-se a partir da sexualidade infantil.

Passa o tempo, a disparidade que coloca a criança como passiva e objeto da sedução de outro se modifica para a atividade do sujeito, como aquele capaz de encontrar derivação para a excitação através da satisfação pulsional e do universo das representações. A criança constitui-se sujeito, ingressando no mundo da lei, da cultura, do simbólico.

Freud diz que o trabalho analítico se efetiva sempre que as vivências patógenas pertencem ao passado. Dito de outra forma, os acontecimentos da vida teriam que ocupar seu tempo na história do sujeito e retornariam sob a forma de recordações, rememorações ou sintomas. Neste caso, estamos no âmbito da neurose, terreno privilegiado para a psicanálise como método de tratamento.

Porém, Freud também estudou as ‘neuroses de guerra’ e verificou que determinados acontecimentos invadiam o psiquismo do sujeito e que funcionavam como um ‘arrombamento’ na vida, tornando-se gerador de caos e desordem. Nessa perspectiva, o acontecimento não mais era referente à sexualidade infantil, mas sim um fato atual. Mais adiante, em seu desenvolvimento sobre a compulsão de repetição, sua concepção abrangia a base destrutiva da pulsão, “mas essa base destrutiva não deve ser entendida como uma tendência à redução de tensão zero (ou o chamado princípio de Nirvana) senão como uma força desconectada que buscaria formas de relação como condição de trabalho, partindo da compulsão de repetição. Trata-se, então, de um efeito da efração, de um traumatismo que coloca o sujeito em uma condição passiva e masoquista”.

A dualidade sustentada por Freud referia-se a uma concepção quantitativa, econômica do “experimentar passivamente”, entendida como um excesso de energia que ingressa no aparelho psíquico e estanca seu funcionamento, levando o sujeito a vivenciar passivamente o acontecido, até começar a reagir, descarregar, sob a forma de compulsão de repetição. Já a “tendência a ações destrutivas” faz pensar na destrutividade da pulsão de morte que necessita ser defletida em atos ou ações violentas para dar condições de vida ao indivíduo.

O traumático, portanto, supõe a destrutividade da pulsão de morte e a atualidade do trauma, com a característica de passividade. A palavra trauma vem do grego e quer dizer ferida, furo, designando assim “uma ferida com ruptura”. Traumatismo é um acontecimento da vida do sujeito que se define pela intensidade e pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada. O acontecimento a que nos referimos aqui é câncer. Quando alguém fica sabendo que está com câncer, geralmente entra em estado de choque, atordoado por uma informação que é grande demais para ser apreendida de uma só vez. Em psicanálise, o traumático é definido pelas características de um ‘choque violento’, de uma ‘ruptura’ e de suas ‘conseqüências na organização psíquica’. Este é o efeito do câncer em um psiquismo: Desorganização, choque, incapacidade inicial de reação.

Ainda hoje, a separação do corpo e do psiquismo continua a impedir que os motivos inconscientes possam ser trabalhados e o sujeito encontre o sentido que a doença tem para si, pois cada história é individual e singular. Desde a filosofia moderna, o conhecimento é dado pela capacidade de pensar, pensar sobre si. Pensar é aquilo que origina um conteúdo, um saber. Pensar sobre si desvela um saber que é capaz de criar novos caminhos no sujeito. O lugar passivizado que um sujeito se encontra quando está doente não deve tomar o rumo da vitimização, mas sim o de transformação no conhecimento de si que o coloque ativo para tratar-se.

O homem tem uma alma e tem um corpo. A alma, dizem os filósofos, é a própria razão. Os afetos, tais como o ódio, a raiva, estão intimamente ligados à função do corpo. Quanto mais pensamos e realizamos o que chamamos de ato psíquico mais qualificado, mais livres estamos porque pensamos. O pensar produz conhecimento e dá notícia de que o processo psíquico está funcionando em um nível de abstração que possibilita a palavra como expressão simbólica. Já os afetos não qualificados ou não ligados psiquicamente nos informam da impossibilidade de pensar e nos dão notícia das funções do corpo. Quando a palavra não al-

cança expressar o que está ocorrendo no sujeito, ocorre um sintoma. O sintoma no corpo esconde e revela o que está acontecendo na pessoa. Aparece no corpo (como revelador) aquilo que psiquicamente não pode ser processado (fica desconhecido) frente a uma situação de excesso ou traumática.

O corpo faz aparecer o excesso de excitação que geram modificações nos órgãos ou nas funções desse corpo. A “linguagem” do órgão ou do corpo tem a especificidade de comunicar que algo doloroso ou traumático da realidade está colocado no órgão afetado e não em substitutos psíquicos. Transformar a linguagem do corpo sintomático em palavra é o objetivo de um tratamento psicanalítico.

O método psicanalítico, conforme estamos descrevendo, se fundamenta na regra fundamental e na situação analítica. A regra fundamental é a possibilidade de que o paciente possa dizer tudo o que lhe passa pela cabeça, fazendo um esforço para não omitir o que se apresenta em sua mente, mesmo parecendo inconveniente ou desagradável. Quanto à instauração da situação analítica, privilegiamos o sexual ao auto-conservativo, ou seja, os procedimentos médicos muitas vezes são falados inicialmente, porém, buscamos, na fala do sujeito, a possibilidade dele conhecer sua “teoria”, a compreensão de sua doença. O movimento não é o de síntese, mas de dissolução da compreensão consciente ou teórica. Analisar é dissolver, desfazer o “dito consciente” para tornar possível conhecer o “não dito” que o leva à doença e ao sintoma. Frente a um excesso que caracteriza o traumático de uma crise, o trabalho desse traumático é o que fazemos em um tratamento, de forma a chegar à compreensão dos sentidos ou significantes que adquire para cada sujeito seu sintoma.

Dessa forma, definimos o método como a possibilidade de estabelecer a regra fundamental e a situação analítica, garantindo a possibilidade de acolhimento e análise do sofrimento e da angústia transbordante característica quando se evidencia a doença. Voltamos a afirmar que a metapsicologia utilizada sustenta, então, a compreensão do sujeito na dimensão inconsciente, conforme descrevemos.

O sintoma ou a doença psicossomática reduz a condição de que a dor ou



o sofrimento psíquico possa ser expresso na palavra. O que é o sofrimento psíquico se não os afetos de raiva, angústia, depressão que o sujeito sente quando se depara com situações difíceis, como, por exemplo, a perda de algo ou alguém importante, ou a passividade e impotência diante de algo que tem que ser cumprido. A violência dos acontecimentos da realidade e o impacto no psiquismo geram afetos e efeitos dentro do sujeito e se tornam matéria-prima de um tratamento. O que fazer quando uma mulher é extremamente dependente de uma figura parental (pai ou mãe) e a morte dessa pessoa a faz sentir-se sem condições de “tocar” sua vida, ou, ao contrário, vê-se impelida a ter que fazer tudo para que a ausência da pessoa não seja sentida? Como suportar a exigência de sentir-se “salvadora” ou “forte” a ponto de não poder expressar seus sentimentos? O que fazer frente à passividade que impede que a revolta e a raiva possam aparecer? Todas as situações passíveis de serem analisadas na busca de “novos/desconhecidos” caminhos de compreensão da história de vida e da doença. Reorganiza-se o psiquismo quando a angústia diminui e a pulsão de morte se abrandada. Ocorre uma mudança do lugar passivo e masoquista na direção da atividade com outras formas de satisfação pulsional.

No campo da psicossomática, trabalhamos sempre com o fato consumado, ou seja, quando a pessoa vem nos encontrar, já tem o sintoma. O trabalho de reconstrução se opera a partir deste acontecimento traumático que desequilibra a organização psíquica, e no face-a-face com um psicanalista, que pode permitir dois tempos na história da somatização. O primeiro tempo é o *desligamento psicossomático*, que consiste em que os acontecimentos traumáticos não são reconhecidos na vida do paciente como excesso, e vai gerando uma modificação na forma de funcionamento mental do sujeito. O segundo tempo é ‘o da religação psicossomática’, que supõe as possibilidades de religações psíquicas sobre o modo masoquista do sujeito e a relação com o aparecimento do sintoma.

*

O Instituto da Mama do Rio Grande do Sul é uma Oscip que oferece educação e reabilitação para mulheres com história de câncer de mama. O tratamento é realizado por psicanalistas, voluntariamente, através da Célula de Psicanálise, em atendimento psicanalítico individual para a mulher e/ou seus familiares, através do Banco de Horas - Programa de Acolhimento e do Grupo de Ajuda de Mulher para Mulher, onde as mulheres reúnem-se para pensar e compartilhar suas histórias, sob a coordenação de um psicanalista.

O programa propõe tanto um procedimento de investigação como um método de tratamento, conforme o proposto por Freud, quando definiu a psicanálise. O ato de pensar, de antecipar uma situação dolorosa ou

assustadora e de encontrar soluções ou caminhos para conduzir o desconhecido é o que comumente denominamos de capacidade do ego de ligar ou buscar sentido para algo que circula psiquicamente. A expressão desse funcionamento é uma produção simbólica, como por exemplo, a palavra. Quando ocorre um trauma, a intensidade de estímulos que passa a circular no psiquismo é tanta, que o sujeito “perde” essa condição de antecipação e organização, ocorrendo a crise. O imprevisível do acontecimento - no caso o câncer - gera um sentimento de fragilidade, de agitação e de vulnerabilidade que, em um primeiro momento, paralisa o sujeito.

A partir disso, o sujeito necessita de um tempo para se reorganizar, dar novos rumos àquilo que ficou desorganizado. Ressaltamos a importância que há para o sujeito poder falar de seu trauma e do acontecimento ocorrido em sua vida e suas relações com experiências passadas que vêm se somar ao sofrimento atual. Este é trabalho analítico que se pode realizar frente à crise que o câncer desencadeia na vida individual, familiar, social e no trabalho da mulher.

Maridos e filhos também sofrem, mesmo que muitas vezes não o percebam ou o neguem. Ficam desnorteados sem saberem como reagir, sem saberem o que dizer ou fazer, pois temem piorar as coisas. Optam não tocar no assunto, procuram falar de outras coisas do cotidiano. Muitas mulheres também preferem calar, pois temem sobrecarregar os familiares. Acham que assim poupam a família e guardam o sofrimento para si mesmas. Não é a melhor estratégia, mas é uma das mais comuns.

Toda a dor psíquica necessita de um caminho, de um trânsito no psiquismo da pessoa. A dor que gera a doença, a dor decorrente de um câncer tem que ter um percurso transcorrido de conhecimento que amenize o impacto emocional e possibilite a reorganização. A inter-relação do psíquico com o corpo é o que quero ressaltar. O tratamento físico é fundamental, porém o psíquico igualmente o é. A saúde é uma relação de equilíbrio entre a matéria e a mente, com um determinado nível de comunicação e conhecimento entre e externo e o interno. Saber o que se passa com o físico e com os motivos psíquicos relacionados a esse físico doente é a forma de conduzir a cura. ■

(*) Psicanalista, doutora em Psicologia pela Universidade Autônoma de Madrid, coordenadora do Banco de Horas e da Célula de Pesquisa do Instituto da Mama do Rio Grande do Sul (Imama), membro pleno do Núcleo de Estudos Sigmund Freud, em Porto Alegre.
Email: janus@orion.ufrgs.br

Ver “referências” na versão *on line* da Ciência e Profissão DIÁLOGOS
(www.pol.org.br)

Práticas e esperanças

No Sul do Pará

Wagner Dias Caldeira (*) (**)

Muito oportuna a idéia da revista Ciência e Profissão DIÁLOGOS de promover um mapeamento das práticas em psicoterapia dos profissionais de psicologia. Acreditamos que essa colcha se fará com retalhos de inúmeros tons, cores, tamanhos e espessuras e o resultado, temos certeza, será um diálogo de muitos sotaques, mas preñado de aprendizado e reflexão.

O presente artigo tenta ser a voz dos psicólogos que atuam na Região Sul do Estado do Pará. Este que escreveu e aqueles que de alguma forma colaboraram para a sua feitura têm ou tiveram atuação nas cidades de Marabá, Jacundá e Parauapebas.

O primeiro dado importante diz respeito à origem da população dessas cidades e à nossa própria origem. Aqui nessa região raro é encontrar alguém com mais de 20 anos que tenha nascido no lugar onde mora. Todos vieram ou de Goiás ou do Tocantins ou do Piauí ou de Belém (que apesar de estar no mesmo estado tem realidade cultural totalmente diferente), ou dos estados do Sul do país via Forças Armadas, e sobretudo do Maranhão carregados pelo trem transportador de minério e de esperanças.

A inexistência de faculdades regionais de psicologia faz com que os psicólogos também não tenham raízes no lugar onde trabalham, com raras exceções. Nós nos for-

mamos nas capitais dos estados citados e entramos nessas cidades pela porta dos concursos municipais, das esporádicas contratações e, em alguns casos, quando um parente é transferido, como acontece com as esposas de militares.

A chegada dos primeiros profissionais aconteceu há menos de 15 anos. Os que estão trabalhando atualmente ainda podem se considerar desbravadores. É com essa cara quase adolescente que a psicologia do Sul do Estado do Pará busca sua identidade e é nela que reside uma de nossas principais dificuldades.

Somos encarados ainda hoje como estrangeiros portadores de palavras e gestos que podem, em uma, duas consultas, mudar vidas e atitudes. O real do *setting* terapêutico traz a frustração dessas expectativas quando propomos novos questionamentos e alguns caminhos que ainda podem ser trilhados. A frase "mas é só conversa?", pronunciada sem nenhuma tentativa de esconder a decepção, guarda em sua gramática uma história de aprisionamento nos breves tratamentos médicos, nas promessas das igrejas que dia-a-dia se multiplicam nos cantos mais improváveis, nas esperanças dadas pelos "cientistas" que são um capítulo à parte.

'Cientistas' são como são chamados os praticantes de uma ciência obscura e incerta, baseada em ervas, chás, poções, unguentos e toda sorte de alquimias usadas para curar os mais variados achaques: Da dor no braço à esquizofrenia, da gastrite à dor do abandono. A promessa se dá no seguinte tom: Basta uma consulta, uma mistura e um pouco de disciplina para que rapidamente a chaga se feche e a dor cesse. Assim, o vínculo se estabelece muito mais rápido do que diante do silêncio e das perguntas do psicólogo.

A escolaridade e a condição financeira da população atendida nos postos de saúde e nos hospitais são precárias. Isso faz com que o objetivo da psicoterapia seja mal compreendido



ou relegado a segundo plano. Além disso, em cidades como Marabá, a temperatura elevada e os espaços vazios no meio da cidade fazem com que nada seja próximo. O deslocamento de um ponto a outro se faz obrigatoriamente usando-se ônibus ou van. Assim o doente sem esperança se vê também sem dinheiro para o transporte que o levará até a unidade de saúde. O número de retornos ao consultório, por esses motivos, é baixo se compararmos com cidades onde há número suficiente de profissionais distribuídos pelos bairros.

Contudo, o desconhecimento de nossa profissão não é característica apenas da população atendida; os outros profissionais de saúde que aqui já residiam e trabalhavam quando chegaram também ignoravam e ignoram a atuação do profissional da psicologia.

O mais comum é que, quando a causa da dor escapou ao toque dos dedos do médico e de seu estetoscópio, quando não surgiu no meio das sombras da chapa de raios X, nem diante das lentes do microscópio, nem fez-se escutar por qualquer outro método disponível, encaminha-se para o psicólogo porque deve ser emocional. Assim ganhamos mais uma alcunha: A de mestre do inexplicável.

A automedicação e os erros de prescrição são freqüentes. Isso porque a maioria das farmácias vende os psicofármacos sem critérios; e clínicos sem capacitação em saúde mental tentam preencher um espaço que deveria ser dos psiquiatras. Esses são mais escassos ainda. De todas as cidades, das que foram citadas e das que podem ser consideradas Sul do Pará, só em duas há psiquiatra.

Quem se aventura a abrir clínicas particulares se vê obrigado a recorrer aos convênios com planos de saúde que pagam um preço injusto (R\$ 20 a R\$ 25) por apenas uma sessão mensal. Soma-se a isso a impossibilidade de se trabalhar com o significado do dinheiro para o paciente, uma vez que a relação entre ele e o terapeuta é mediada por uma instituição que recebe de um e paga para o outro. Porém, esse é um sacrifício necessário para se tornar conhecido e procurado, o que já ocorreu com alguns de nós.

A demanda é basicamente de crianças com problemas de aprendizagem e fobias, esposas ou maridos atravessando crises conjugais e adultos sofrendo de distúrbios caracterizados principalmente pela ansiedade. A mesma ansiedade que joga o doente nas malhas tensas do transtorno do pânico, do estresse pós-traumático e da ansiedade generalizada é essa mesma que lança seus ecos na sexualidade mal escutada dessa população.

Recebemos pacientes que jamais tiveram um momento de intimidade consigo mesmos. Cujas sexualidades foram forjadas com o chumbo da culpa. Mulheres que querem conhecer o prazer. Homens acuados com essa solicitação e com a aparente impossibilidade de satisfazê-la. Homens e mulheres que se desconhecem e que sofrem de frigidez, de ejaculação precoce, de impotência, de ausência de prazer.

Ainda na trilha da ansiedade e, para concluir, gostaríamos de expor mais detalhada-

mente a realidade da cidade de Parauapebas. Temos uma população de aproximadamente cem mil habitantes. Na sua maioria - segundo estimativas, 85% - maranhenses que aqui chegam fugindo de uma situação de desemprego e abandono em seu estado e também atraídos pela intensa extração mineral de ferro, manganês, ouro e, mais recentemente, cobre. Essa atividade é liderada pela Companhia Vale do Rio Doce, que agrega muitas outras empresas responsáveis pela manutenção dos equipamentos envolvidos na extração do minério, na pesquisa, no manejo da floresta e muitas outras atividades.

Os trabalhadores das empreiteiras, que é como são chamadas as empresas agregadas, têm uma rotina de aproximadamente 12 horas de trabalho em áreas que, se não fossem os tratores e as pessoas, poderiam muito bem ser confundidas com a superfície da lua. Além disso, mais duas horas de viagem de ônibus na estrada que passa no meio da floresta. A maioria trabalha trocando turnos. A mina nunca pára. Aqueles que trabalham nos locais mais distantes passam 15 dias no trabalho e apenas alguns dias em casa com suas famílias.

Essa rotina de cobrança de produção, baixos salários, a responsabilidade de operar equipamentos que custam milhões, acaba por levar o trabalhador e sua família para uma situação de estresse insuportável. A mulher deve estar preparada para oferecer uma relação sexual de qualidade para o marido cansado. Os filhos não devem atrapalhar, devem esperar uma atenção que raras vezes acontece. O marido dispensa os agrados da esposa e filhos e parte para o bar. A esposa fica descontente. Todos sofrem. Cada um do seu jeito. Cada um com seu sintoma. Conversões e somatizações levam essas pessoas aos médicos no pronto-socorro ou no ambulatório, e desses ao psicólogo.

Mas essa realidade está mudando. A maior conscientização das empresas quanto à necessidade de um recrutamento e uma seleção feita por profissionais está trazendo um bom número de psicólogos para Parauapebas. Esses profissionais têm pretensões de, além de atuar na área organizacional, abrir clínica. Outros estão sendo contratados pelos órgãos governamentais e entidades não-governamentais existentes na cidade. Dessa forma, vamos mudando a realidade de desconhecimento por parte da população. Vamos travando conhecimento com nossos colegas médicos, enfermeiros, nutricionistas etc. Vamos conhecendo a nós mesmos: Nossas possibilidades e nossos limites. Estamos cavando em busca de algo mais precioso que o minério que sai daqui e vai para outros países. Estamos à procura desse ouro que a população traz dentro de si e que nenhum método de mineração alcança. ■

(*) Psicólogo pela Universidade Federal do Pará, atende no hospital municipal de Parauapebas (PA) e tem um site poético (<http://epiderme.8k.com.br>).

(**) Colaboraram Sara Giusti Abreu, Oziléia Sousa Costa e Edna Moia.



DE BORBOLETA

Berenice Sica Lamas^(*)

Vem reclamando do gás da luz do telefone do condomínio, chora de rir estraga a maquiagem chora de luto densa se arrasta vem com violino e partitura quase adormeço no adaggio me assusto no stacatto vem com unha descascada, a máquina de lavar quebrou. Decifra enigmas, iniciada em mistérios.

Não vê sentido na vida, quer se matar. Imagens de morte a obcecaram. Pega a palavra pra se aproximar e se encastelar, se esconde em trincheiras verbais, escorrega pela manga o aroma que paira no ar. Se irrita com os preços no supermercado e o trânsito pulsante, esquece as crianças na escola, muda o penteado, rosto desdobrado em ângulos. Puxa o tricô, me ignora. Se enovela perde o fio da palavra. Traz uma camélia e desperfuma o tapete. Mostra a mão azulada faz-de-conta-que delira. Se biografava ante meus olhos: diz que nasceu mulher, aos cinco anos se apaixonou pelo pai, aos treze sangrou. Diz ter uma fenda que os homens cobiçam mas temem, um botão com o qual entontece de gozo. Vem toda de quaresma, quer orgasmos multicores, vem de natureza seiva trigais. Se distrai olhando o azul, faz que eu não existo, inventa sonhos neuroniais, outros do coração. Vem com olhos ulcerados pelos pesadelos. Conta aventuras eróticas e pensa que eu acredito. Fala de uma paixão antiga engasga a voz diz brincando que a fala é o feminino do falô. Vem com olhos esverdinhados luzentes pragueja contra o mundo masculino sente-se frágil fortaleza esmagada pela cultura.

Esfarrapa velhas culpas ancestrais, examina a miséria social do país, me telefona de Nova Iorque na semana que vem. Desnuda arcanos signos anarquizando teorias. Vem de Sheherazade desafiando mil e várias de Pandora abrindo a caixa de sua melancolia discreta. Se transmuta em Lilith-lua-negra, serpente insubmissa, troca o pneu no asfalto, desanda o bolo na cozinha.

Adora palavras terminadas em ã: pagã satã tecelã malsã hortelã cortesã romã, vem com olhos chamuscados de sombras infinitas, pele granulada de aflição rastro de menta pesco-a em cave profunda. Outras com olhos lúdicos meia desfiada salto quebrado alma burlesca. Me conta filmes, travestindo-se de personagens, desejo coagulado nos olhos. De chapéu coco silenciosa, turbilhão cai na armadilha respirando líquido amniótico afogada em alcalinos humores suores lágrimas. Vem com olhos telúricos danada de sabedoria, não sintonizo rotações e translações.

Solta divaga anéis de fumaça, se perde em cismares, angústia crepuscular. Vomita um sorriso azedo, a dor se reflete em poças prateadas. Abre-se lenta, dá a ver a noite de breu no peito desabotoado, destila segredos de intimidade. Me intoxica sua vontade teimosa de felicidade, quer transgredir superar transcender, não deseja a vida desperdiçada. O mais difícil, porém, é sua mania de borboleta: de profanas asas, sai voando pela janela, não sei se volta na próxima sessão. ■

(*) Psicóloga, escritora e poetisa.

Conselhos Regionais de Psicologia

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 1ª REGIÃO
Endereço: SRTVN QD. 702 ED. BSB RADIO CENTER SALA 1031-B
Bairro: PLANO PILOTO
CEP: 70719-900
Cidade: BRASÍLIA UF: DF
Fone: (61) 328-3480 - (61) 328-3017
Fax: (61) 328-4660
Email: crp01@terra.com.br
Jurisdição: DF/AC/AM/RR/RO

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 2ª REGIÃO
Endereço: RUA AFONSO PENA 475
Bairro: SANTO AMARO
CEP: 50050-130
Cidade: RECIFE UF: PE
Fone: (81) 3231-7294
Fax: (81) 3222-9583
Email: crppe@crppe.org.br
Jurisdição: PE/Fernando de Noronha

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 3ª REGIÃO
Endereço: RUA AGNELO BRITO 141 ED. VERSALHES SL 03 TERREO
Bairro: GARIBALDI
CEP: 40170-100
Cidade: SALVADOR UF: BA
Fone: (71) 332-6168
Fax: (71) 247-6716
Email: crp03@ufba.br
Jurisdição: BA/SE

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 4ª REGIÃO
Endereço: RUA TIMBIRAS 1532 - 6º ANDAR
Bairro: LOURDES
CEP: 30140-061
Cidade: BELO HORIZONTE UF: MG
Fone: (31) 3213-6767
Fax: (31) 3213-6767
Email: crp04@crp04.org.br
Jurisdição: MG

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 5ª REGIÃO
Endereço: RUA DELGADO DE CARVALHO 53
Bairro: TIJUCA
CEP: 20260-280
Cidade: RIO DE JANEIRO UF: RJ
Fone: (21) 2234-2492 - (21) 2234-1022 - (21) 2234-5285
Fax: (21) 2234-2964
Email: crprj@crprj.org.br
Jurisdição: RJ

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6ª REGIÃO
Endereço: RUA ARRUDA ALVIM, Nº 89
Bairro: JARDIM AMÉRICA
CEP: 05410-020
Cidade: SÃO PAULO UF: SP
Fone: (11) 3061-9494 - (11) 3061-9617
Fax: (11) 3061-0306
Email: admin@crpsp.org.br
Jurisdição: SP

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 7ª REGIÃO
Endereço: AV. OSVALDO ARANHA 1423 SALA 102
Bairro: CENTRO
CEP: 90035-191
Cidade: PORTO ALEGRE UF: RS
Fone: (51) 3335-1838 - (51) 3330-3458
Fax: (51) 3330-3458
Email: crp07@crp07.org.br
Jurisdição: RS

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 8ª REGIÃO
Endereço: AV. SAO JOSE, 699
Bairro: CAJURU
CEP: 80050-350
Cidade: CURITIBA UF: PR
Fone: (41) 3013-5766
Fax: (41) 3013-5766
Email: crp08@crppr.org.br, admin@crppr.org.br
Jurisdição: PR

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 9ª REGIÃO
Endereço: AVENIDA T-2 QD. 76 LT 18 NR. 803
Bairro: SETOR BUENO
CEP: 74210-010
Cidade: GOIANIA UF: GO
Fone: (62) 253-1785
Fax: (62) 285-6904
Email: crp09dir@terra.com.br
Jurisdição: GO/TO

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 10ª REGIÃO
Endereço: AV. GENERALÍSSIMO DEODORO 511
Bairro: UMARIZAL
CEP: 66055-240
Cidade: BELÉM UF: PA
Fone: (91) 224-6690
Fax: (91) 224-6690
Email: crp10@amazon.com.br
Jurisdição: PA/AP

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 11ª REGIÃO
Endereço: RUA CARLOS VASCONCELO, 2521
Bairro: JOAQUIM TÁVORA
CEP: 60115-171
Cidade: FORTALEZA UF: CE
Fone: (85) 246-6924
Fax: (85) 246-6924
Email: crp11@secrel.com.br
Jurisdição: CE/PI/MA

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 12ª REGIÃO
Endereço: RUA PROF. BAYER FILHO, 110
Bairro: COQUEIROS
CEP: 88080-300
Cidade: FLORIANÓPOLIS UF: SC
Fone: (48) 244-4826
Fax: (48) 244-4826
Email: crp12@crpsc.org.br
Jurisdição: SC

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 13ª REGIÃO
Endereço: AV. MANOEL DEODATO, 599 ED. EMPRES. TOWER SL 301
Bairro: TORRE
CEP: 58040-180
Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Fone: (83) 244-4246 - (83) 244-5808
Fax: (83) 244-4151
Email: crp13@uol.com.br
Jurisdição: PB/RN

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 14ª REGIÃO
Endereço: AV. FERNANDO CORREA DA COSTA N. 2044
Bairro: JOSELITO
CEP: 79004-311
Cidade: CAMPO GRANDE UF: MS
Fone: (67) 382-4801 - (67) 382-1045 - (67) 382-3469
Fax: (67) 382-4801
Email: crp14@terra.com.br
Jurisdição: MT/MS

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 15ª REGIÃO
Endereço: RUA PROF. JOSÉ DA SILVEIRA CAMERINO, 291
Bairro: FAROL (Antiga Rua Belo Horizonte)
CEP: 57055-630
Cidade: MACEIO UF: AL
Fone: (82) 241-8231
Fax: (82) 241-3059
Email: crp15@crp15.org.br
Jurisdição: AL

Nome: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 16ª REGIÃO
Endereço: RUA FERREIRA COELHO, Nº 330 - SALA 805 A 807
Bairro: CENTRO
CEP: 29.055-250
Cidade: VITÓRIA UF: ES
Fone: (27) 3324-2806
Fax: (27) 8835-5999
Email: secoes@crp04.org.br
Jurisdição: ES



Diálogos



**Conselho
Federal de
Psicologia**

**Conselhos Regionais
de Psicologia**

www.pol.org.br