

ESCUA PSICANALÍTICA NO ACOLHIMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Psychoanalytic listening as a device for reception in a psychosocial care center

Mauricio Lopes da Silva¹

Graziela Amboni²

Dipaula Minotto da Silva³

Cristina Adriana Rodrigues Kern⁴

Fabiane Ferraz⁵

Artigo encaminhado: 10/04/2019

Aceito para publicação: 25/10/2019

RESUMO: Para a psicanálise a escuta torna-se o fator chave que liga aquilo que o sujeito é, em suas instâncias psíquicas, com a possibilidade de cura. Evidencia-se por meio da escuta a possibilidade de decifrar o indecifrável, devido à forma de manifestação dos conteúdos inconscientes. Nesta direção, a compreensão do acolhimento em saúde mental envolve a reflexão dos aspectos que englobam o processo desta escuta diferenciada. A Política Nacional de Humanização põe-se a pensar um outro lugar dos sujeitos nas práticas dos dispositivos de saúde, propondo a quebra do modelo hegemônico em saúde, levando a uma nova proposta de acolhimento. O presente estudo tem por objetivo compreender a importância e a concepção da escuta no cuidado em saúde mental pelos profissionais que realizam o acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial do Sul de Santa Catarina. Foram realizadas entrevistas, com cinco profissionais que realizam o acolhimento no serviço, a partir de um roteiro semiestruturado. Para a análise das narrativas, utilizou-se a Análise do Discurso, os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política Nacional de Humanização, interpelados pelos conceitos da Psicanálise. A partir do discurso dos profissionais conclui-se que a escuta no acolhimento é reconhecida enquanto afirmação dos processos ético, estético e político da Política Nacional de Humanização, pois reconhece o sujeito a partir de sua subjetividade, enquanto sujeito desejante que também diz, a partir de seu inconsciente, assim como alguém que também se encontra implicado em seu próprio percurso, levando a estratégias de produção de dignidade e garantia de direitos.

¹ Psicólogo, especializando no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Universidade do Extremo Sul Catarinense, e-mail: lopesmauricio92@gmail.com

² Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde, docente do Curso de Psicologia e tutora do Programa de Residência Multiprofissional, Universidade do Extremo Sul Catarinense, e-mail: gam@unesc.net

³ Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva, docente do Curso de Psicologia e tutora do Programa de Residência Multiprofissional, Universidade do Extremo Sul Catarinense, e-mail: dms@unesc.net

⁴ Psicóloga, Mestre em Psicologia, docente do Curso de Psicologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, e-mail: cristinakern04@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional], Universidade do Extremo Sul Catarinense, e-mail: olaferraz@gmail.com

Palavras-chave: Acolhimento. Desinstitucionalização. Humanização. Psicanálise. Saúde mental coletiva.

ABSTRACT: For psychoanalysis, listening becomes the key factor that connects what the subject is, in all his/her psychological instances, with the possibility of healing. Listening allows for the possibility of deciphering that which is indecipherable due to the form of manifestation of unconscious contents. In this direction, the Reception (*acolhimento, in Portuguese*) in mental health involves the reflection of the aspects that encompass the process of this differentiated listening. The National Humanization Policy proposes another place for the subjects in health care practices and devices, challenging the hegemonic model in health and leading to a new proposal of reception and listening. This study aims to understand the importance and the conception of listening in mental health care by professionals working at a Psychosocial Care Center in Santa Catarina State, southern Brazil. Interviews oriented by a semi-structured script were carried out with five professionals who perform Reception in that service. For the analysis of the narratives, we used the Discourse Analysis, oriented by the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and the National Humanization Policy, guided by the concepts of Psychoanalysis. The professionals' discourses led to the conclusion that they recognize listening during Reception an affirmation of the ethical, aesthetic, and political processes of the National Humanization Policy, since it recognizes the subject from his subjectivity, as a desiring subject that also speaks from their unconscious, as well as someone who is also committed to their own journey, leading to strategies of production of dignity and guarantee of rights.

Keywords: Reception. Deinstitutionalization. Humanization. Psychoanalysis. Public mental health.

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de saúde abertos e comunitários que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerados locais de referência e tratamento aos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico grave e persistente. São considerados dispositivos de cuidado intensivo, comunitário e promotores de vida. O CAPS visa proporcionar atenção à população de sua área, viabilizando o acompanhamento clínico, assim como, a reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, promoção dos direitos civis, viabilização da promoção dos laços familiares e comunitários. Logo, são serviços de atenção à

saúde mental que buscam ser substitutivos aos hospitais psiquiátricos e em articulação com outros dispositivos da RAPS (BRASIL, 2004).

Este serviço substitutivo proporciona um contraponto ao modelo biomédico e às concepções de loucura. Nasceu a partir de um contexto de exigência à superação da violência asilar em meio à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e seu longo processo de reivindicações de direitos frente às condições postas socialmente (BRASIL, 2005).

A RPB é compreendida enquanto um complexo processo político e social, formado por múltiplos atores e forças de variadas origens, atuando em diversas esferas. Seu fazer abrange um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores, tanto culturais, quanto sociais. Nesse sentido, incide tanto no cotidiano das práticas dos serviços, como no desenvolvimento das relações interpessoais no contexto destes (BRASIL, 2005).

Em meio às tentativas de reinventar as práticas de gestão e cuidado na busca de um SUS mais humano, a partir do início de 2003 o Ministério da Saúde começa a dedicar sua atenção aos processos de humanização. A partir desse momento, iniciativas com este fim se ampliaram e tornaram-se efetivamente uma política pública, fazendo-se presente no fortalecimento do SUS, ao propor mudanças no processo de trabalho e gestão da atenção em saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

Essa nova perspectiva se implica em novos modos de atuação e produção, no fazer ético no campo da gestão e das práticas de saúde, ao possibilitar a superação de problemas e desafios do cotidiano do SUS (PASCHE; PASSOS, 2010). Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem em seus princípios a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos.

Dentre os desafios encontrados para a potencialização da qualidade do SUS, destaca-se a necessidade da implantação de diretrizes do acolhimento, bem como sua concepção e aplicação, sendo este essencial na manutenção do compromisso ético-político do SUS (BRASIL, 2013). Nesse sentido, considera-se o acolhimento uma ferramenta chave na construção de vínculos entre sujeito e profissional (BRASIL, 2013).

Entende-se por acolhimento um ato ou efeito específico, conforme definido nas políticas estabelecidas pelo MS, que implica em uma prática

relacional de aproximação e inclusão. São ações que denotam o sentido de estar com o outro, compreendendo esta prática como uma das diretrizes de maior importância nas dimensões éticas, estéticas e políticas da PNH. Éticas, por reconhecer o outro enquanto sujeito singular, constituído por várias dimensões. Estéticas, visto considerar esse sujeito em suas relações do dia-a-dia, possibilitando, assim, múltiplas estratégias para garantir e produzir dignidade. Políticas, porque assume os compromissos coletivos, reconhecendo a necessidade fundamental do protagonismo (BRASIL, 2010).

Para pensar e compreender este processo, primeiramente questiona-se: quem acolhe os usuários do CAPS? Os acolhedores são os profissionais do serviço de diversas funções que realizam o primeiro encontro entre o usuário e o CAPS, servindo como um meio de amparo frente ao sofrimento que se apresenta.

Considera-se o acolhimento de extrema importância na construção de vínculos e de possibilidades para o sujeito em sofrimento, constituindo um momento fundamental de atenção às demandas dos usuários. O acolhimento, à luz da psicanálise, baseia-se na relação da transferência, considerando o outro enquanto sujeito desejante, fomentando, a partir disso, a construção de condições para que ele direcione seu próprio tratamento (RINALDI; BURSZTRYN, 2008). Sendo assim, os sujeitos que chegam ao CAPS, seja por demanda espontânea ou por encaminhamento, são recebidos e convidados a passar pelo acolhimento, muitas vezes entendido nos serviços, como a recepção ou triagem do usuário.

Este trabalho é resultado de uma pesquisa cujo objetivo foi compreender a concepção da escuta no cuidado em saúde mental pelos profissionais que realizam o acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sul de Santa Catarina. A escolha do tema e do local da pesquisa ocorreu a partir da trajetória de estágio supervisionado em psicologia social no CAPS, e das problematizações acerca do papel do acolhimento no serviço, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica antimanicomial.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Toma-se como centro deste artigo, a temática da escuta no acolhimento em saúde mental e seu efeito e o sentido de sua função, por meio das percepções dos profissionais acolhedores do serviço.

A pesquisa é caracterizada como qualitativa, exploratória e descritiva. Em sua primeira etapa conduziu-se uma revisão da literatura sobre os referenciais da psicanálise e saúde coletiva frente aos processos de humanização e da escuta em saúde mental. Em um segundo momento, após aprovação junto ao comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense, nº do parecer 2.450.634, foram realizadas entrevistas individuais no CAPS, permitindo ouvir os discursos dos profissionais sobre suas questões referentes do tema proposto. Foram entrevistados cinco profissionais acolhedores, tendo as entrevistas duração média de 20 minutos.

O roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pelos pesquisadores, envolveu as seguintes questões principais “O que se escuta no acolhimento em saúde mental?” e “Como funciona o acolhimento em saúde mental?”

As narrativas foram analisadas por meio da análise do discurso (AD) de Michel Pêcheux, um dispositivo que visa analisar a textualização daquilo que é político no discurso, assim como, uma compreensão maior das relações entre o simbólico e as relações de poder. Considera-se também a linguagem como um sistema capaz de ambiguidade, definindo a objetividade como a inserção dos efeitos materiais na língua na história. Inclui-se a análise do imaginário nas relações do sujeito com a linguagem (ORLANDI, 2005).

Analisou-se também o interdiscurso, tudo aquilo que é considerado já dito e torna, de alguma forma, possível o dizer. Desta forma, as pessoas estão ligadas a um saber discursivo que não é aprendido, mas sim produz seus efeitos por meio da ideologia e do inconsciente (ORLANDI, 2005). O interdiscurso abrange os saberes compostos na memória do dizer; daquilo que pode ser dito e está presente na sociedade. Entende-se que existem, antes do sujeito, saberes constituídos pela coletividade. O intradiscurso é o material, a fala, a formulação do texto, aquilo que é linear do discurso, sendo esta nossa base central de análise, onde o corpus central de análise da AD é constituído pela formulação: ideologia + história + linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A discussão dos dados ocorreu à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Humanização, interpelados por conceitos da Psicanálise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos discursos analisados evidenciam-se três categorias: “Acolhimento enquanto primeiro contato”, “Reconhecimento do CAPS por meio da primeira escuta”, e, “A psicanálise como caminho à primeira escuta”.

3.1 ACOLHIMENTO ENQUANTO PRIMEIRO CONTATO

O SUS tem entre seus princípios a integralidade, a universalidade do acesso, e a equidade, inserindo novas tecnologias de cuidado que buscam fortalecer seus serviços e ações. Busca-se efetivar tais princípios a partir da rede de atenção territorializada e pela reorganização que produza impacto na qualidade de vida dos usuários, profissionais e familiares. Entende-se que o SUS está em constante processo de desenvolvimento e atualização, gerando novos modos de reflexão sobre o produzir saúde (BRASIL,2010).

Nesta perspectiva, ao serem questionados sobre a compreensão acerca da escuta nos acolhimentos, os participantes da pesquisa relatam que:

Essa maneira de olhar diferente, fez com que essa ferramenta técnica fosse de extrema importância pra mudar o paradigma de atendimento de saúde mental, porque antes você tinha (...) um problema de saúde que tinha uma pessoa, hoje você tem uma pessoa que tem um problema saúde. O acolhimento faz você olhar assim, tu não olhar uma doença, tu olhar um sujeito com alguma coisa, que precisa de todas as nuances que a vida implica (P2)

O acolhimento pra gente aqui define muita coisa, porque é a partir do acolhimento que tu faz o primeiro vínculo, tu faz o levantamento da queixa do sofrimento da pessoa, tu ouve a sintomatologia que ela está trazendo e a partir do acolhimento tu vai definir tudo definir se são pacientes que vão ficar aqui no CAPS, ou caso fique aqui, o que ele vai fazer aqui no CAPS (P4)

Para os sujeitos da pesquisa, a concepção de acolhimento está diretamente relacionada ao primeiro contato do usuário com o serviço, voltado ao modelo psicossocial. Sugerem o acolhimento enquanto um meio para o reconhecimento do sujeito, não apenas o definindo a partir de diagnóstico e

sintomas, mas como um norteador de definições em relação ao caminho do usuário dentro da rede de saúde. Porém, nestes discursos o sujeito não aparece enquanto alguém capaz de escolha, denotando também influências do modelo biomédico na atenção ao sujeito.

Compreende-se a relevância da disponibilidade e do respeito, dentro do processo de escuta, essenciais ao profissional enquanto aquele que se permite escutar. Este ato implica na abertura deste profissional para o outro na sua diferença que, no CAPS, se mostra por meio das neuroses e psicoses graves. Considera-se, assim, não apenas um ato de escuta, mas um ato de reconhecimento à palavra deste “outro” (RINALDI, 2000).

Em meio a isso, pontua-se o direcionamento desse primeiro encontro guiado pelos conceitos de transferência (FREUD, 2014b) e aliança terapêutica (PERES, 2009). Ao discutir transferência Freud ressalta o papel do analista na relação com o paciente e, neste caso, fala-se da relação do profissional de saúde com o usuário, pontuando o fazer ético que se encontra entrelaçado nesse esboço de relação que se inicia, percebendo o sujeito enquanto alguém ativo no caminho que constrói. Sendo assim, o profissional que escuta o sujeito ocupa o local de observador, o qual viabiliza o desenvolvimento da autonomia do sujeito (FREUD, 2014b).

A transferência dá indícios desde o começo do primeiro contato e, pode ser considerada o mais poderoso avanço no tratamento do sujeito. Considera-se a transferência uma repetição daquilo que inconscientemente está no desejo ou na falta do sujeito, repetindo sua história psíquica (FREUD, 2014c). O investimento libidinal do sujeito, que carrega consigo muitas expectativas, constituídas ao longo dos anos de sua infância e, que representam instâncias conscientes e inconscientes ligadas a estipulações ao amor, que são as constituições dos clichês que são repetidos ao longo da vida, volta-se a figura do médico e profissionais de saúde, inserindo-o em suas sequências psíquicas (FREUD, 2010).

Em relação à aliança terapêutica, é definida como o estabelecimento de uma relação positiva e estável (GOMES *et al.*, 2008), assemelhando-se com o que Freud (2010) considerou de relação transferencial positiva. Compreende-se a aliança terapêutica não apenas como um critério à psicoterapia, mas sim, como um fator relevante na evolução para o tratamento do sujeito. Assim, a

aliança terapêutica, é entendida enquanto fundante da construção de um caminho às possibilidades do sujeito, ao considerar seu desejo e seus direcionamentos, bem como, suas repetições que surgem à luz da transferência, que possivelmente começam a emergir no primeiro contato com o serviço (PERES, 2009).

Entrelaçado a isso, compreende-se o acolhimento enquanto fundamental na transformação do modelo tradicional de reconhecimento e percepção da 'loucura', proporcionando mudanças no sentido de humanização entre as relações, possibilitando a criação de rupturas em seu sentido, viabilizando um distanciamento das percepções inadequadas que por muito foram atribuídas ao sujeito em sofrimento psíquico. Evidencia-se, também como possibilidade, o respeito à palavra do sujeito em sofrimento. O sentido da palavra respeito se mostra importante ao passo que se reconhece a relação entre desejo e linguagem, pois nisso todos são envolvidos, logo, não se deve tornar um acolhimento ao sujeito enquanto sintoma, à medida que se reconhece no sujeito suas múltiplas dimensões de existência (RINALDI, 2000).

Torna-se necessário compreender a concepção de sintoma presente nestes processos, assim como, a necessidade de seu reconhecimento enquanto algo que viabilize outra compreensão sobre o sujeito que se apresenta ao serviço de saúde mental. Em seu artigo *Os sentidos do sintoma* Freud, (2014c) diferencia o lugar da psicanálise e da psiquiatria frente aos sintomas, afirmando que a psicanálise se ocupa de intervir na forma da manifestação e no conteúdo sintomático que se apresenta, atribuindo um sentido e relação entre esse conteúdo e a vida do sujeito. Ao reconhecer o processo histórico do sintoma a partir das construções de Freud e Lacan, compreende-se que o entendimento sobre sintoma passa a ter duas formas, a primeira enquanto mensagem, passível de interpretação, e o sintoma enquanto satisfação da pulsão, constituindo a resistência ao tratamento analítico (MAIA; MENDES; FONTES, 2012). Os autores compreendem que,

A verdade do sintoma é uma verdade construída. Numa análise busca-se, portanto, que a palavra plena surja por meio da transferência e do trabalho de retificação subjetiva, no qual o sujeito pode se implicar com aquilo mesmo que o faz sofrer, se dando conta de sua parte em seu sintoma, assumindo sua história (MAIA; MENDES; FONTES, 2012, p. 54)

A concepção de um sujeito implicado naquilo que o envolve, nos seus sintomas e, principalmente, em sua história. Nesta direção, se expressa por meio dos discursos dos profissionais:

Se você não olhar pro indivíduo enquanto sujeito, enquanto cidadão, enquanto pai, mãe, filho trabalhador, você não consegue dar conta disso, então o acolhimento é importante não só pra avaliar o que está acontecendo em termos psicólogos ou psiquiátricos, mas para avaliar em termos de vida, o que tá acontecendo com aquela vida naquele momento. (P4)

Não tem como a gente atender um paciente sem saber o que ele precisa, então pra gente saber o que ele precisa, se tratando em saúde mental, ele precisa expor isso pra gente, e aos poucos a gente precisa ir descobrindo isso nele também, então se não existe o acolhimento, se não existe um primeiro contato, como que a gente vai traçar um plano terapêutico? Como que a gente vai tratar? como é que a gente vai cuidar desse paciente sem saber o que ele tem, o que ele precisa? (P5)

Essas falas ressaltam o acolhimento enquanto ferramenta que reconhece o sujeito em seus outros aspectos de vida, indo além do sintoma, buscando reconhecer suas necessidades implicadas em sua própria história. Este caminho é direcionado por meio daquilo que é dito, bem como por meio dos não dizeres do usuário, denotando o não saber do profissional frente ao outro que é desconhecido. Ressalta-se também, que esse movimento além de reconhecer o sujeito, demarca o local do serviço de saúde mental, compreendendo que, este serviço se instituiu enquanto resultado da RPB, ou seja, também um processo político e social de grande complexidade, composto por diversos atuantes (BRASIL, 2005). Sendo assim, ressalta-se:

Quando chega um usuário aqui pra gente é a nossa primeira escuta, a gente vai verificar quais são as demandas que aquele usuário tem e o que a gente pode tá auxiliando da melhor forma, se seria o caso de ele ser inserido aqui em nosso serviço. (P1)

É o primeiro contato que nós fizemos com o paciente né, tu faz uma coleta de todos os dados objetivos e subjetivos e do que ele apresenta no momento, a queixa principal dele (...) é o contato que tu mostra o que o serviço tem a oferecer pra ele e ele fala pra ti a queixa dele, a história de vida dele e o que ele te apresenta pra que a gente possa ver o que a gente possa fazer em conjunto, pra mim isso é acolhimento. (P5)

O CAPS em seu desenvolvimento vem transformando as relações entre sociedade e loucura, questionando não somente as práticas das instituições psiquiátricas e de saúde mental, mas também os saberes que fundamentam e estruturam tais ações (FERREIRA, 2009). Compreende-se que este é um local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, caracterizando-se como um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004). Sendo assim, tornando-se imperativo compreender que sujeito é este que se apresenta e como ele é visto, entendendo que este ato de acolher tem em sua prática a escuta enquanto via de compreensão.

3.2 RECONHECIMENTO DO CAPS POR MEIO DA PRIMEIRA ESCUTA

Um aspecto fundamental do acolhimento ocorre em função da primeira escuta. Esta, proporciona, além do reconhecimento do sujeito, um norte para os direcionamentos dentro da rede de saúde, viabilizando a assistência integral enquanto processo de co-responsabilização por meio da equipe (FERREIRA 2009).

Os discursos apontam o acolhimento enquanto ferramenta que reconhece o papel da equipe do CAPS frente ao sujeito com sofrimento psíquico. O acolhimento é então compreendido enquanto dispositivo estratégico de cuidado e troca social. Contribui, assim, para que o sujeito seja protagonista de sua própria vida e protagonista no processo de organização da rede de atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Há diferentes modos de pensar o acolhimento, podendo ser visto como a entrevista inicial, levando à concepção tradicional de triagem, que expressa as concepções ligadas ao modelo biomédico, ou como um fazer em saúde que gera um espaço de escuta, denotando sentido de uma relação mais humanizada com o sujeito que ali se apresenta. Este espaço de escuta pode exercer um efeito terapêutico nos sujeitos que estão em sofrimento, tornando esse ato uma prática efetiva de cuidado. Estes dois modos de receber o sujeito evidenciam-se paralelamente, onde o primeiro contato serve ora para levantar informações necessárias por meio de coletas de dados, ora pelo reconhecimento

da escuta enquanto ferramenta que expressa algo mais que dados objetivos da singularidade, da historicidade de vida e do desejo do sujeito (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

Em meio a esta prática se encontram aspectos que ainda silenciam as questões subjetivas. Estes dados apareceram por meio das dúvidas dos profissionais quanto à lógica de compreensão dos usuários a partir do protocolo de acolhimento do serviço. Neste caso, o acolhimento corre o risco de ser compreendido como um processo engessado de entrevista, perdendo o caráter subjetivo, com prejuízos importantes neste contato inicial do usuário com o CAPS.

Verificou-se a presença do diálogo como componente importante para entender o sujeito que se apresenta em sofrimento, ilustrada pela fala deste entrevistado:

Em saúde mental o acolhimento é um pouquinho mais dialogado, porque a gente tem uma demanda de pessoas que às vezes não entendem muito bem o que tá acontecendo com eles naquele momento e, por isso, o acolhimento tem que ser bem dialogado (...) o acolhimento não é só uma ferramenta de trabalho, mas é uma maneira de agir, porque quando você se depara com aquela situação, tem duas escolhas: usar um olhar completamente técnico, roteiro e fechar o que tu tem que fechar pra traduzir pra equipe, ou ser um pouco mais humano e entender toda a dimensão daquele indivíduo que na saúde mental está muito envolvida. (P2)

Em relação a essa “demanda”, quanto à compreensão do que acontece com o sujeito, o diálogo do primeiro contato se torna peça fundamental no reconhecimento, nas percepções e também enquanto dispositivo de amparo. Nesse sentido, a psicanálise criticou o modelo psiquiátrico tradicional de compreender os sintomas, entendendo que ela apenas o denominava e nada tinha de interventivo. De outro modo, buscou compreender e interpretar o sintoma a partir da história do sujeito, entendendo que em meio a esse processo histórico o sintoma tem um papel fundamental na compreensão de seu funcionamento psíquico (FREUD, 2014c).

O discurso analisado carrega em si os ideais da RPB ao se referir ao acolhimento para além de uma ferramenta mecânica de trabalho. Ressalta-se que o movimento da Reforma traz a premissa da luta pelos direitos das pessoas

institucionalizadas e em sofrimento psíquico, implicando a necessidade de superação do modelo asilar, médico-centrado.

Logo, o acolhimento, torna-se também um dispositivo de garantia de direitos reconhecendo a ideia de uma escuta que colabore para a construção desse fazer em liberdade. Porém, por ser um processo histórico recente em contraponto a mais de dois séculos de exclusão, em muitos espaços, as práticas em saúde mental ainda se encontram fortemente influenciadas pelo modelo biomédico.

A Luta Antimanicomial, protagonista no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, proporciona a instauração de ações de serviços fundamentais para desinstitucionalizar o “louco” e a “loucura”. A lógica manicomial, entretanto, opera de uma maneira singular, entrelaçada à intenção primeira de cuidado em liberdade, da atenção em rede, interferindo na escuta e relação profissional/usuário (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Essa dualidade de práticas em saúde mental, que se evidenciam nos discursos dos profissionais, nos remete a esta transição do paradigma do modelo asilar institucional para um modelo de cuidado e escuta em liberdade, de atenção psicossocial. Para isto, corrobora-se o questionamento:

Quando e como determinar se um dado modo de atuação em saúde mental é realmente alternativo a outro; se é realmente substitutivo a outro, tanto em termos potenciais quanto efetivos? (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Segundo o mesmo autor, tendo por base as ideias gerais de contradição e diferença, pode-se compreender que:

Só é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se são contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares (COSTA-ROSA, 2000, p.144).

Ou seja, não seriam pela via da dualidade de sentidos que se caracterizariam as práticas do serviço de saúde mental enquanto um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico ou não, compreendendo que mesmo um local de atenção psicossocial, tendo em seu referencial a Reforma Psiquiátrica e as diretrizes que a instituiu, pode vir a fazer uma prática médica centrada que ainda

reproduza as concepções antigas de lidar com a saúde mental e o sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2000).

3.3 A PSICANÁLISE COMO UM CAMINHO À ESCUTA QUALIFICADA

Em contrapartida a essa dualidade de modelos existentes no trabalho dos profissionais, em seus discursos, o conceito de escuta e a busca pelo reconhecimento do sujeito em sua própria história, está a psicanálise, podendo transformar o primeiro contato com o sujeito em sofrimento para além de um simples ato de triagem. A Psicanálise é um dispositivo para uma escuta que desvela a complexidade do inconsciente e daquilo que realmente é dito além do sintoma (DOCKHORN; MACEDO; WERLANG, 2007).

Para os profissionais do CAPS, a escuta é compreendida como:

Uma conversa, uma escuta qualificada, onde a gente faz um levantamento do histórico de vida dessa pessoa, muitas vezes, dependendo do caso, a gente volta lá na infância pra entender o porquê ela está passando por esse sofrimento agora, quais são os sintomas, se tem alguma ideação de suicídio, planejamento, enfim, quais as medicações que toma se já fez tratamento psiquiátrico ou psicológico, a gente tem que entender tudo que acontece, que ta acontecendo na situação de vida daquela pessoa, o porquê que ela foi encaminhada pra cá ou por que ela procurou espontaneamente aqui o CAPS. (P3)

Porque tem que ser uma escuta livre, tem que ser uma escuta suave e livre, o profissional, infelizmente, ele caleja um pouco ao longo do tempo, e começa a olhar o sujeito enquanto doença. (P2)

Estes discursos vão de encontro a concepção da escuta enquanto um fazer organizador, entendendo que, além de nortear o sujeito e afirmar o local do CAPS enquanto dispositivo de cuidado, também auxilia aquele que fala a compreender melhor sua angústia e sofrimento.

A escuta do sujeito do inconsciente nasce da proposição de Freud de ouvir as históricas além de seus sintomas, deixando o sujeito relatar o conteúdo recordado e conhecido (FREUD, 2016). Essa relação entre a fala e a escuta leva a um novo modo de acessar o desconhecido, bem como o conteúdo que não é expressado com facilidade. Freud se ocupou de reconhecer por meio disto as palavras que revelam e escondem, que viabilizam as descargas, que nos

estudos sobre a histeria eram muitas vezes expressas pelo corpo (MACEDO; FALCÃO, 2005).

Constitui-se assim, um novo modo de reconhecer no e com o sujeito sua relação histórica em sua própria subjetividade. Isto torna-se viável a partir do descobrimento do inconsciente, o localizando em um sistema de pensamento que culmina na alteração da concepção de sujeito (MARCON, 2007). Considera-se que “ao abrir caminhos para que o homem repense sua história, a própria psicanálise escreve sua história de transformações e ampliações” (MACEDO; FALCÃO, 2005, p. 66). Em meio a esse novo modo de ouvir, uma questão emerge. De que local este sujeito está falando? Afirma-se que ao falar o sujeito se remete a um outro, que para a psicanálise, é o inconsciente. Sendo que este local lhe é desconhecido e irrompe em sua fala quando a lógica consciente se rompe.

A mudança da concepção de sujeito que a psicanálise propõe ao mundo, rompendo com um modelo cartesiano, culminando em novos paradigmas, ocupando-se de compreender o lugar do sujeito demarcado por meio de sua fala, sua história e seu eu (BIRMAN, 1997).

A problemática do sujeito em psicanálise é fundamental, na medida em que a experiência psicanalítica se realiza através da interlocução entre sujeitos. Quem fala? Quem escuta? Estas questões são essenciais para que se possa discriminar os agentes da produção e da recepção das torrentes discursivas que se materializam na interlocução psicanalítica: o inconsciente? o eu? Nestas questões se impõe necessariamente uma indagação sobre a tópica do sujeito: de onde se fala? de onde se escuta? (BIRMAN, 1997, p.15)

Compreende-se, primeiramente, que Freud desloca o sujeito da consciência, deixando de ser um sujeito unificado, para um outro lugar, um sujeito do psiquismo, supondo uma divisão do sujeito em seu sentido estrutural. Ao falar de sua suposição ressalta que “esta é necessária porque os dados da consciência têm muitas lacunas; tanto em pessoas sadias como em doentes verificam-se com frequência atos psíquicos que pressupõem, para sua explicação, outros atos, de que a consciência não dá testemunho”, mostrando um sentido que vai além daquilo que é visto e ouvido, despontando um

desconhecido que também, por meio de suas falhas, sonhos e sintomas se revela (FREUD, 2014a, p.75).

A consciência atua somente em uma parcela de conteúdos psíquicos do sujeito, supondo, assim, que sua maior parte esteja alocada em um estado de latência por um grande período de tempo, que inicialmente era definido por Freud como um estado “de inconsciência psíquica”, concebendo, por fim, que esta hipótese de um inconsciente é legitimada à medida que a compreensão desta consciência é posta à prova, sendo ela a que proporciona ao sujeito apenas o conhecimento “dos próprios estados de alma”, ou seja, aquilo que está ao nível da percepção do sujeito em um dado momento ” (FREUD 2014b, p. 76).

Freud percebeu que era da ordem do inconsciente os atos latentes, porém, não somente estes, mas também aqueles que eram, de alguma forma, reprimidos, que quando tornados conscientes destoariam de uma maneira “crua” em comparação ao resto dos conteúdos conscientes. A justificativa do inconsciente surge por meio da construção da primeira tópica, que reconhece instâncias psíquicas que contêm estes conteúdos, onde os atos psíquicos passariam por duas fases e ficaram à disposição da censura para serem direcionados (FREUD, 2014b). Porém, temos indícios do inconsciente quando Freud fala em seus “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895) e em “A interpretação dos sonhos” (1856-1939).

Essa compreensão se torna imperativa para compreender conteúdo da ordem do indizível, todavia, entendendo que há algo do sujeito, de sua história e constituição que não é revelada inicialmente. Esse filtro, denominado de censura é o responsável pela repressão ou não do conteúdo que tenta emergir. Porém, há conteúdos que mesmo passando por esta censura ficam alocados à disposição da consciência, considerando, assim, a existência de um pré-consciente (FREUD, 2014b). Isto significa que “o ser do psíquico se desloca da consciência e do eu para os registros do inconsciente e da pulsão, que passam a regular materialmente o ser do psiquismo” (BIRMAN, 1997, p. 20).

Em direção a esse sujeito, Lacan ressalta que a descoberta do inconsciente de Freud, equiparada analogamente à descoberta de Copérnico, tira o sujeito do centro e fala de um outro, ou seja, o eu é um outro. Ressalta-se, a partir disto, que o inconsciente desvia da certeza de que o homem se reconhece enquanto um eu (LACAN, 1985). Isto nos leva a pensar no modo

como é vista a subjetividade a partir daquilo que é o sujeito, mas também está no sujeito sem o mesmo compreender.

Lacan, ao localizar o sujeito na psicanálise em *O seminário 2 - O eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise* (1985), faz analogia entre o sujeito, linguagem e os planetas e estrelas, permite pensar a lógica do atendimento em saúde mental, enquanto acolhimento, quando pensamos o sujeito histórico da loucura que passa do enclausurado, institucionalizado (RINALDI, 2006), remetendo a um sujeito que tem em suas garantias enquanto dever do estado, ser escutado. Lacan ainda ressalta:

O silêncio eterno dos espaços infinitos, com que Pascal se apavorava, é algo que se conseguiu depois de Newton - as estrelas não falam, os planetas estão mudos; isto porque se os fez calar, o que é realmente a única razão verdadeira, pois afinal nunca se sabe o que pode acontecer com uma realidade (LACAN, 1985, p. 301).

Nesse sentido, o louco não fala, pois não estava inscrito em uma realidade. Lacan prossegue expressando que, “nunca se sabe o que pode acontecer com uma realidade, até o momento em que se a reduz definitivamente a inscrever-se numa linguagem (LACAN, 1985, p. 302). Ao entender esta não inscrição na linguagem, direciona-se à compreensão de uma ciência que ainda mantém viva as concepções de uma certeza que garante esse não falar, colocando a loucura no “campo unificado”, que institui ainda mais aqueles que sabem sobre o louco, na condição análoga à Einstein, o todo-poderoso, sendo esse a ciência hegemônica, um todo-poderoso não físico, e que se por ventura o louco falar, este que detém o seu saber, seria reduzido ao silêncio (LACAN, 1985, p. 301).

Quando pensada a relação do profissional, que por sua vez, pode ou não manter esse “todo-poderoso”, pensa-se também no impacto da loucura sobre o mesmo. Ou seja, o que está neste sujeito que se apresenta em sofrimento, que possivelmente pode falar também de mim? Percebe-se que a concepção sobre acolhimento manifesta uma relação, também, de distanciamento entre o sujeito que se apresenta ao serviço e o profissional de saúde mental. Ao passo que enquadrar o sujeito, muitas vezes visto como doente, em uma classificação que determina a validade de sua palavra, nos

mostra a desconfiança em relação aquilo que é dito. Silencia-se este e também aquele que escuta, delimitando uma proteção das perturbações que a 'loucura' pode vir a trazer, pois estas remetem à margem do outro em nós mesmos, negando seu reconhecimento. Tal aspecto evidencia-se quando os profissionais são questionados sobre funcionamento do acolhimento no serviço:

Depende muito de cada usuário que a gente está recebendo no momento, quando o usuário tem uma linha de raciocínio contínua a gente começa pelos dados básicos, aí à medida que a pessoa vai falando a gente vai conversando, tem uma conversa com a pessoa e não uma entrevista, é feita uma conversa o que ela vai trazendo a gente vai vendo se a pessoa tem mais uma disposição para tocar mais nos assuntos mais pertinentes. (P1)

É diferente e também tem risco. Às vezes a gente fica com um pouco de receio, dependendo de como tá o paciente naquele momento, se ele tá muito agressivo você fica com um pouco de receio de atender, mas atende porque a pessoa tá precisando desse atendimento. (P2)

Quando vem um caso muito grave, uma pessoa em surto, às vezes uma pessoa agressiva, a gente não acolhe sozinha, a gente chama um outro profissional pra acolher junto. A gente sempre se muni de algumas estratégias, sabe?! (P3)

Estas falas revelam o distanciamento por meio do direcionamento do profissional no contato inicial, quando este presume conceber a direção dos assuntos mais importantes. Expressam também o receio, sendo este compreendido não pelo outro que se apresenta efetivamente em sua frente, mas também um outro que carrega consigo a historicidade da loucura e da institucionalização. Este desafio se faz à medida que o profissional desmistifica não só a loucura dos usuários, mas também a sua própria.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa visou contribuir para a compreensão da concepção da escuta no acolhimento, enquanto afirmação dos processos éticos, estéticos e políticos da PNH. Nesta perspectiva, o sujeito é reconhecido a partir de sua subjetividade, enquanto sujeito desejante que também diz a partir de seu inconsciente. Assim como alguém que também se encontra implicado em seu percurso, levando a estratégias de produção de dignidade e garantia de direitos.

Em relação aos discursos analisados, o interdiscurso proferido por meio dos profissionais acolhedores, sustenta que a compreensão de escuta é o ponto chave na construção da relação entre profissional e usuário. Por meio dela se delimita o direcionamento do tratamento, caso o sujeito seja inserido no serviço, ou o direcionamento do mesmo para outro local de cuidado. Compreende-se também que o interdiscurso salienta aspectos que remetem às práticas do serviço ao antigo paradigma manicomial. Porém, nota-se o caminhar dos acolhedores em direção ao cuidado em liberdade, reconhecendo o local do sujeito dentro da escuta de uma clínica do CAPS, viabilizando nesta, mesmo que indiretamente, o emergir do sujeito do inconsciente.

Por fim, compreende-se que o tema também deve ser abordado a partir dos discursos dos usuários e familiares possibilitando a ampliação da discussão e promovendo um sentido mais amplo frente à complexidade das demandas que se apresentam. Em relação às limitações, percebe-se que há falta de capacitações para preparar teoricamente os profissionais para o acolhimento. Bem como, para desenvolver práticas que efetivem a escuta enquanto uma ferramenta de amparo ao usuário.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007. 123p.

BIRMAN, J. *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Editora 34, 1997.240p.

BRASIL. Ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf Acesso em: 23/10/2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação geral de saúde mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
Acesso 28/10/2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria executiva. Secretaria de atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. PNH: *Política Nacional de Humanização*. 1ª Edição 1ª Reimpressão. Brasília – DF, 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em: 23/10/2017.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto Enferm*, v.15(4), p.679-84, 2006.

COSTA-ROSA, Abilio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. p. 141-168. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

DOCKHORN, Carolina Neumann de Barros Falcão; MACEDO, Mônica Medeiros Kother; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. *Barbarói*, n.27, p. 25-42, 2007.

FERREIRA, Giovanna Martins. *Acolhimento: um processo em construção*. Dissertação de conclusão de curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais; 41 p. 2009.

FREUD, Sigmund. *Estudos sobre a Histeria (1893-1895)*. Companhia das letras, v.2. 2016.

_____, Sigmund. *O inconsciente (1915)*. In: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras. 2014a.

_____, Sigmund. *A transferência*. In: Conferências introdutórias à Psicanálise (1916-1917). São Paulo: Companhia das Letras. v. 13. p. 279-296. 2014b.

_____, Sigmund. *O sentido dos sintomas*. In: Conferências introdutórias à Psicanálise (1916-1917). São Paulo: Companhia das Letras. v. 13. p. 279-296. 2014c.

_____, Sigmund. *A dinâmica da transferência (1912)*. In: Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso

Schereber”), *artigos sobre técnica e outros textos*. São Paulo: Companhia das letras. 2010.

GOMES, Fernando Grilo; CEITLIN, Lucia Helena; HAUCK, Simone; TERRA, Luciana. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Rev. Psiq. do Rio Grande do Sul*, v.30(2), p.109-114, 2008.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LIMA, Celso Rennó. A função da escuta. *Rev. Trib. Reg. Trab.* v.51(81), p. 393-397. 2010.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*, v.9(15), p. 65-76, 2005.

MAIA, Aline Borba; DE MEDEIROS, Cynthia Pereira; FONTES, Flávio. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. *Estilos da clínica*, 17(1): 44-61, 2012.

MARCON, Heloisa Helena. A subjetividade no trabalho com saúde mental. *Psyche*, v.11(200), p. 151-64, 2007.

MESQUITA, José Ferreira; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental*. Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. v 1. p. 9. Belo Horizonte. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2014. 407p.

ORLANDI, Eni. Michel Pêcheux: análise de discurso. *Estudos da língua(gem)*. n.1, p. 9-13, 2005.

PERES, Rodrigo Sanches. Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia*, 26(3): 383-89, 2009.

PASCHE, Dario Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.1(1), p. 92-100, 2008.

PASCHE, Dario Frederico; PASSOS, Eduardo. Caderno temático PNH: formação e humanização. *In: Brasil. Caderno HumanizaSUS: formação e intervenção*. P. 6-10, Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

RINALDI, Doris Luz; BURSZTYN, Daniela Costa. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.60, N. 2, p. 32-39, 2008.

RINALDI, Doris. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. Pauta: *Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, p. 7-18, 2000.

SCHEIBEL, Aline; FERREIRA, Lígia Hecker. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35(4), p966, 2011.