

Márcia Cristina Schwarz Mendes

**REPERCUSSÕES DA “RECEPÇÃO-ESCUITA” NO ATENDIMENTO DA
PORTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL COLETIVA E EM SEUS
PROJETOS TERAPÊUTICOS.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
e Letras de Assis – UNESP, para obtenção do
título de mestre em Psicologia, na área Psicologia
e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa- Rosa

Assis
2004

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

M538r	Mendes, Márcia Cristina Schwarz Repercussões da “recepção-escuta” no atendimento da porta dos serviços de saúde mental coletiva e em seus projetos terapêuticos / Márcia Cristina Schwarz Mendes. Assis, 2004 154 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras Assis – Universidade Estadual Paulista. 1. Psicologia social. 2. Saúde mental. 3. Corpo e mente (terapia). 4. Pronto atendimento. I. Título. CDD 158.2 362.2
-------	---

Aos meus filhos Livian e Lucas.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta ou indireta de muitas pessoas, agradeço a todas elas.

De forma particular, agradeço aos usuários e familiares dos Serviços de Saúde Mental Coletiva pelas possibilidades dos diversos encontros.

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Saúde e Higiene de Cândido Mota e do Centro de Atenção Psicossocial de Assis, aos estagiários do curso de psicologia da Unesp/Assis e aos psicólogos do Aprimoramento em Saúde Mental da DIR VIII, por propiciarem momentos de questionamentos e reflexões tão proveitosos na realização deste trabalho.

Ao Orientador, Professor Doutor Abílio da Costa-Rosa, cuja presença e competência permitiram que esse trabalho se realizasse.

Aos amigos, e em especial à Professora Cristina Amélia Luzio, que, de uma maneira ou de outra, acabei por envolver neste projeto e em diferentes momentos da minha vida profissional.

À minha família, pelo amor e incentivo que sempre me ofertaram.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo estudar a escuta no atendimento da recepção dos usuários num serviço de Saúde Mental Coletiva e sua repercussão nos projetos terapêuticos da instituição. Partiu-se da hipótese de que a forma como ocorre a escuta nesses primeiros contatos pode privilegiar ações assistenciais na perspectiva da “Atenção Psicossocial”, que visa a constituição de um paradigma substitutivo ao modelo psiquiátrico, ou ações que reforcem o paradigma psiquiátrico dominante. O estudo foi desenvolvido num programa de Saúde Mental que funciona no Centro de Saúde de um município do Estado de São Paulo com 30 mil habitantes, cujo atendimento inicial é denominado “Pronto Atendimento”. Chegamos à conceituação de duas modalidades de recepção na instituição: o Pronto Atendimento, como uma “recepção burocrática”, e a “recepção-escuta”, um modo de recepção em consonância com o paradigma da Atenção Psicossocial. Os dados foram colhidos por intermédio da “recepção-escuta” com um grupo de usuários no atendimento inicial da instituição, num período de dois meses, no plantão semanal da pesquisadora. Foram realizadas observações participantes sobre a interação desses modos de escuta inicial com a instituição e seus programas e com os profissionais da equipe. Levaram-se em conta, ainda, dados obtidos através da leitura de prontuários e dados fornecidos pelos próprios usuários através de entrevistas que revelaram a relação, destes usuários, com o tratamento a que foram encaminhados seis meses após a “recepção-escuta”. As análises realizadas, a partir de aportes teóricos advindos da psicanálise e do paradigma da “Atenção Psicossocial”, apontaram que o “Pronto Atendimento”, nesta instituição, tornou-se um espaço em que os usuários depositavam suas queixas e suas problemáticas, esperando que fossem suprimidas por meio de: consultas, remédios, conselhos, orientações e internações (ofertas freqüentes do modelo psiquiátrico). Já a “recepção-escuta” parece ter contribuído para a transformação dessa prática, na medida em que possibilitou ofertas de tratamento mais compatíveis com as demandas de seus usuários. Neste sentido, pode contribuir para mudanças da percepção da instituição, do sofrimento psíquico e dos recursos terapêuticos. O estudo destacou que a “recepção-escuta” requer mudanças na concepção do atendimento inicial para os usuários que procuram ajuda nas instituições de Saúde Mental Coletiva. Na busca da construção de novas práticas assistenciais, são necessários encontros, trocas e escuta, não apenas dos sintomas dos usuários e seus pedidos de ajuda imediata, mas também de suas formações inconscientes e de toda a situação que estrutura e organiza a sua vida e de seu grupo social. Enfim, o atendimento da porta das instituições de Saúde Mental Coletiva precisa criar canais de “escuta” e acolhimento das necessidades das pessoas, suas vontades e desejos, buscando a superação e a invenção de outras formas de agir no mundo, que não aquelas prescritas nos códigos institucionais, predominantemente existentes no paradigma psiquiátrico.

Saúde Mental, Pronto Atendimento, “Recepção-Escuta”.

ABSTRACT

This research was carried out to study attentiveness in the first-aid given to patients when they arrive at the first-aid reception room of a Public Mental Health Service and its effect on the therapeutic projects of that Service. We started from the hypothesis that the way such a care is given to patients at that first contact may favor assistance in the perspective of the “Psychosocial Care” which aims at the organization of a substitutive paradigm to replace the psychiatric model or actions which reinforce the prevailing psychiatric paradigm. The study at issue was carried out in the context of a Mental Health program of a Health Service in a county with 30 thousand people, and its first-aid care is called “Pronto Atendimento”. Two kinds of first-aid care were classified at that Health Service: first-aid care viewed as a “bureaucratic promptness” and the “Attentive first-aid care”, a way of attending to patients in accordance with the paradigm of the Psychosocial Care. The data of the research were collected by means of the “attentive first-aid care” given to a group of patients as they first arrived at the Service, along a two-month training practice while the researcher was on duty at that Service. Participant observation was also made broaching the interaction of such kinds of attentive first-aid care with the Service at issue and its programs, and also with the first-aid personnel team. One also took into consideration data collected by means of research into the Service record and the information provided by patients in interviews focusing on their relation to the treatment they had been given six months after the “attentive first-aid care”. The analysis of the data, based on theoretical foundation provided by Psychoanalysis and by the “Psychosocial attentive first-aid care paradigm” showed that the “Bureaucratic first-aid care” provided by the Health Service at issue became a place where patients merely tried to express their complaints and troubles, in the remote hope of extinguishing them by means of medical appointment, medicine, advice, information, and hospitalization (the treatment usually provided by the psychiatric model). On the other hand, it seems that the “attentive first-aid care” may have born influence to change such a practice since it provided a treatment more compatible with the patient’s demands. Along these lines, it may have helped to change the patient’s views about the institution, to alleviate their psychic suffering, and to make the most of the therapeutical resources. The study at issue put in relief that the “first-aid care” requires the furthering of changes in the concept of initial care given to the patients who look for help at the Public Mental Health Service. The search for new first-aid practices requires the holding of meetings, and exchange of views according priority to both the patient’s symptoms, their need for first-aid help, their unconscious, and the whole context which builds and organizes his/her life and social group. In short, channels to attend to and to listen to the patient’s needs, wishes and desires need to be provide by the Service in order to reach optimization and to create new ways of interacting with the world, overcoming the old prescription found in the institutional codes which have usually prevailed in the psychiatric paradigm.

Keywords: Mental Health, First-aid care, “Attentive first-aid care”.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
I –ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA DA “RECEPÇÃO-ESCUITA” NO ATENDIMENTO NA PORTA DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL COLETIVA	
1 - Antecedentes e o contexto imediato desta pesquisa	19
2 – Uma pequena trajetória sobre as práticas em Saúde Mental Coletiva	29
2.1 – A Saúde Mental no Brasil	40
3 – O tema do atendimento na porta da instituição de Saúde Mental Coletiva	
3.1 – Aspectos gerais	47
3.2 – Aspectos específicos	60
4 – Os paradigmas atuais em Saúde Mental Coletiva	70
4.1 - Dois paradigmas básicos de Atenção em Saúde Mental Coletiva.	74
4.1.1 - O Modo Asilar	74
4.1.2 –O Modo Psicossocial	76
4.2 – O Modo Asilar - suas formas de recepção das queixas e da relação com os usuários e a população	81
4.3 - O Modo Psicossocial e suas formas de recepção e escuta	84
5 – Começando a definir outro modo do contato inicial da instituição de Saúde Mental com seus usuários e com a população	86
6 - Objetivo da pesquisa e a relevância da questão para Saúde Mental Coletiva para seu contexto atual	
6.1 – Objetivo geral	90
6.2 – Objetivos específicos	91
II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
1 – Sujeitos e material de estudos	92
2 – Procedimento para coleta dos dados	96

3 – Procedimento para análise dos dados	98
---	----

III – DADOS E DISCUSSÃO

1- Análise dos dados sócio-demográficos dos usuários atendidos no recorte da pesquisa . .	101
2 - Análise da percepção dos usuários atendidos na “recepção-escuta” com relação à instituição e às suas ofertas de ajuda	103
3 – Mapeamento das queixas iniciais dos 71 usuários na “recepção-escuta”	105
3.1 – Mapeamento das queixas iniciais para o subgrupo das crianças	106
3.2 – Mapeamento das queixas iniciais para o subgrupo dos adolescentes	107
3.3 - Mapeamento das queixas iniciais para o subgrupo dos adultos.	108
3.3.1 – Análise das queixas iniciais dos 62 adultos	110
3.3.2 – Análise da demanda inicial dos adultos	113
3.3.3 – Análise dos encaminhamentos referentes aos adultos atendidos nos moldes de “recepção-escuta”	119
4 – Análise da relação do usuário com sua queixa e atribuição do poder de ajuda	124
5 – Análise das ofertas produzidas pela “recepção-escuta”: os caminhos que se abriram para os sujeitos.	126
6 – Análise da “recepção-escuta” nas interações dos usuários e na adesão aos tratamentos	127
7 – Análise da interferência da “recepção-escuta” no programa terapêutico da instituição..	133
8 – Análise dos encaminhamentos do grupo de adultos enviados para a lista de espera por psicoterapia, comparada com os encaminhamentos realizados pela “escuta clínica”.	135
Discussão	
1 – Considerações gerais	140
2 - O estado inicial da transferência na Saúde Mental Coletiva e a sua relação com o estado das ofertas de possibilidades transferenciais	141
3 – A “recepção-escuta” como substitutiva das modalidades de recepção burocrática: um importante operador do paradigma da Atenção Psicossocial	144

IV – CONCLUSÕES	146
BIBLIOGRAFIA	150

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como principal objetivo estudar a “recepção-escuta”, no atendimento da porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva e suas repercussões nos projetos terapêuticos dessas instituições.

O interesse por este tema específico, dentro da Saúde Mental, surgiu das inquietações advindas da prática pessoal, adquirida enquanto trabalhadora no campo da assistência em Saúde Mental Coletiva. Elas foram suscitadas pelo contato cotidiano com os usuários que procuram ajuda nas instituições públicas, que oferecem tratamento em Saúde Mental e pelos contatos freqüentes com familiares dos usuários e com outros profissionais envolvidos na vivência dos problemas e das dificuldades que a prática assistencial em Saúde Mental Coletiva nos apresenta.

O campo da Saúde Mental vem passando por profundas transformações. Historicamente, há décadas atrás, no campo assistencial predominavam as práticas asilares, ou seja, as internações psiquiátricas eram concebidas como recurso terapêutico único para o sofrimento psíquico.

Este modelo, que no processo da Reforma Psiquiátrica foi denominado de paradigma psiquiátrico e/ou Modo Asilar (Amarante 1995, p.21; Costa-Rosa 2000, p.152), tinha, e ainda tem, na medicação e na internação os modos mais freqüentes e imediatos de responder ao sofrimento psíquico, concebido como doença mental, ou seja, como uma entidade individualizada e separada de sua dimensão social como fator na produção das enfermidades; os sintomas eram caracterizados apenas como uma manifestação patológica. A terapia era entendida não como uma relação entre o médico e o paciente, mas como um

sistema organizado de teoria e normas. É o processo que liga o diagnóstico ao prognóstico e que conduz da doença à cura.

Na Constituição Brasileira de 1988, com interferência dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, em consonância com outros movimentos sociais reivindicatórios de direitos de cidadania, a Saúde foi consagrada como preceito constitucional, direito de todo cidadão e, com base no conceito de cidadania, a Saúde Mental tem sido estendida à sociedade civil.

Neste contexto de transição paradigmática, têm sido criadas novas instituições e novas práticas assistenciais, visando à constituição da “Atenção Psicossocial”, numa perspectiva alternativa ao modelo psiquiátrico (hospitalocêntrico).

O termo psicossocial, que em princípio pretendia somar aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos do paradigma psiquiátrico, passou a ser utilizado no Brasil, a partir da década de 80, para designar os dispositivos da Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossociais e os Núcleos de Atenção Psicossociais, assim como para designar as experiências da Reforma Psiquiátrica, que se baseiam numa fundamentação teórico-técnica e numa ética, que visam a constituição de um novo paradigma de cuidados, substitutivo ao paradigma psiquiátrico.

A perspectiva da Atenção Psicossocial integra a dimensão sociocultural como parte que constitui o sofrimento psíquico. Considerando o processo de subjetivação, referido sempre em relação a um coletivo, os conflitos são considerados constitutivos do sujeito, e por isso, não precisam ser necessariamente removidos pelas ações terapêuticas (Costa-Rosa 2000, p.155). Enquanto ação de cuidado, o tratamento é entendido como um conjunto complexo, ao mesmo tempo cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas, com as quais se pretende transformar os modos de tratamento das pessoas.

Nesse sentido, o termo psicossocial propõe um novo modelo de compreensão e intervenção no processo saúde/doença, no qual deixa-se de considerar apenas o objeto/real, a doença, e busca-se, também, o tratamento da demanda, e não apenas dos sintomas dos sujeitos.

Na perspectiva institucionalista, a análise da demanda visa esclarecer quais são os aspectos conscientes e manifestos e quais são os aspectos inconscientes e não-ditos no pedido, ou no conflito. São os primeiros passos para a compreensão, pois este referencial mostra que a demanda não existe *per se*; que na verdade a demanda é produzida, e existe um passo anterior a ela que é oferta. Portanto, a análise da demanda deve ser articulada com a forma como foi produzida, ou seja, com a oferta.

No referencial da psicanálise a demanda, ao impulsionar a busca por ajuda ou tratamento, particulariza-se no sujeito que se apresenta ao analista representado por seu sintoma. O sintoma é entendido como uma maneira particular do sujeito dizer sua verdade sobre sua história e seu desejo. Só existe quando falado pelo sujeito sob transferência, quando endereçado a quem o escuta.

A procura de ajuda, seja de um profissional ou de uma instituição, devida a algum sofrimento, é feita pelo sujeito em função de uma percepção que ele tem sobre seu sofrimento e sobre as possibilidades de oferta de ajuda existentes, entre as quais, podem estar os serviços de Saúde Mental Coletiva.

Geralmente, ao procurarem ajuda num serviço de Saúde Mental, os usuários vêm transferidos a uma imagem muito ampla da instituição. Esta, por sua vez, propõe-se a ser ela mesma o agente do tratamento.

A partir da minha prática como psicóloga em serviços de Saúde Mental Coletiva, observei que boa parte da clientela procura esses serviços com a expectativa de tratamento médico e de receber uma medicação que amenize, ou resolva, rapidamente seus

sintomas, contrariando a proposta de muitos profissionais que, buscando a constituição de propostas terapêuticas numa perspectiva da “Atenção Psicossocial”, consideram que o problema não é a cura ou a supressão dos sintomas, mas a produção de vida, de sentido, de novas formas de relação social do sujeito em sofrimento psíquico. Atuando dessa forma, consideram também outras possibilidades de abordagem como, por exemplo, o atendimento psicoterápico, as oficinas terapêuticas e as diferentes formas de inserção social, além dos medicamentos, como recursos terapêuticos mais adequados, em muitos casos.

A partir da minha experiência e de uma revisão bibliográfica (Figueiredo, 1997, [et al]), considerei que o atendimento inicial, na porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva, pode ter um papel fundamental no processo de transformação das práticas assistenciais, uma vez que estas passam também pelas ações de acolhimento e de vinculação estabelecidas pela instituição, por meio de seus agentes em contato com os usuários.

Nesses primeiros atendimentos da porta das instituições ocorre a dinâmica e complexa relação das equipes de Saúde Mental com os usuários, que procuram sua ajuda. É também nesses atendimentos que os profissionais da equipe de Saúde Mental se deparam com o desafio de acolher, ouvir e entender o que leva o sujeito a buscar ajuda e, só a partir de então, ofertar as possibilidades de tratamento, os encaminhamentos.

Considerando que o tratamento em Saúde Mental só é possível à medida que se pode ouvir e entender qual o sofrimento que leva o sujeito a procurar ajuda, parece-nos que, a forma como a escuta ocorre no atendimento da porta da instituição pode se constituir numa oportunidade privilegiada para indicar se as ofertas institucionais são compatíveis com as demandas dos usuários, se as propostas terapêuticas podem contemplar outras relações com o sofrimento psíquico, que não seja apenas o vínculo ao uso de medicamentos ou às internações. Esta escuta também pode indicar se existe a possibilidade da construção, nestes serviços, de uma demanda de tratamento singularizado, levando o sujeito à abertura de

novos caminhos, não só em relação às situações concretas, mas também em relação à subjetividade.

Assim, parece que o atendimento da porta das instituições de Saúde Mental constitui um importante campo de pesquisa, pois neste campo estão presentes os usuários com sua biografia e com sua demanda, os profissionais de Saúde Mental, a instituição, as políticas de Saúde Mental, os paradigmas que embasam as concepções teórico-técnicas e as práticas terapêuticas.

Partimos da hipótese de que a escuta, neste atendimento, pode ter como referenciais as concepções do paradigma psiquiátrico ou da “Atenção Psicossocial”, que poderão se refletir ou perpassar todas as ações assistenciais, uma vez que, a partir desses primeiros atendimentos e de seus encaminhamentos, serão ofertadas as ações ou possibilidades de tratamento institucional.

A discussão da assistência em Saúde Mental Coletiva, de forma mais abrangente, e a análise da escuta no atendimento da porta das instituições, de forma mais específica, faz confrontar com questões de grande relevância, tanto de ordem institucional quanto clínicas.

A clínica psiquiátrica, desde a sua origem, concebeu a loucura como doença, e o doente mental como o sujeito de um corpo adoecido. Por se tratar de um processo patológico sentido no corpo, foi necessário definir as suas manifestações específicas, descrever os processos e analisar as suas formas. Essa orientação classificatória também está presente no pensamento psicodinâmico e, dentro da orientação psicanalítica, a atitude classificatória é também um remanescente psiquiátrico.

Freud, ao constituir as entidades clínicas da psicanálise a neurose, a perversão e a psicose, agiu com base na psiquiatria clássica. Entretanto, é na construção do caso clínico, a partir do saber sobre a subjetividade particular de cada sujeito, que se pode elaborar um

diagnóstico como possível conclusão do processo de investigação. Mostrando que as leis do inconsciente estão presentes em todos os sujeitos, a abordagem do sintoma, como uma manifestação subjetiva, significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo emergir um sujeito.

Quando um sujeito em intenso sofrimento psíquico, ou num momento de crise, vai à busca de ajuda num serviço de Saúde Mental Coletiva, essa busca passa pelo encontro com a clínica, que é então chamada a intervir de um lugar que lhe é próprio.

A questão da clínica na Saúde Mental Coletiva é bastante complexa. Tendo a sua origem decorrente de uma relação com a doença enquanto fato objetivo e natural, a clínica valorizava a relação com o objeto natural denominado doença, e tinha como objetivo perceber os sintomas fundamentais e verdadeiros, a fim de captar a essência da doença, sem levar em conta que ela era um fenômeno institucionalizado, ou seja, era também produzida e transformada pelo efeito da instituição.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, em que o conceito de doença é questionado, a clínica é um processo que também tem passado por questionamentos e reflexões. Segundo Basaglia (1991), a doença deve ser colocada entre parênteses e assim se tornar um processo de permanente invenção. Neste caso, na perspectiva da Atenção Psicossocial, a relação não é com a doença, mas com o sujeito da experiência.

Este estudo não tem a pretensão de dar conta da complexidade da questão da escuta inicial, pretende apenas dar uma contribuição ao tema, a partir de uma reflexão mais específica sobre a escuta inicial dos usuários em um serviço de Saúde Mental de um Centro de Saúde.

Para tanto, a partir de observações participantes e recorrendo a uma análise preliminar, abordei, num primeiro capítulo, os antecedentes e alguns aspectos sobre a implantação do Pronto Atendimento na instituição estudada, verifiquei quais eram seus

objetivos, as problemáticas e os questionamentos que surgiram das reflexões sobre a mesma, me levaram a buscar entender os paradigmas que poderiam estar a norteando.

Uma pequena trajetória pela história da Saúde Mental Coletiva mostrará que os paradigmas que embasam teórica e tecnicamente as práticas assistenciais na Saúde Mental contemporânea constituíram-se histórica e socialmente, e tais paradigmas, o psiquiátrico e o psicossocial, supõem diferenças radicais em seus parâmetros basilares: nas concepções do “Objeto” e dos “Meios” de trabalho; nas formas da organização institucional; nas formas do relacionamento com a clientela e na concepção dos efeitos, em termos terapêuticos e éticos.

Considerando que, neste momento de transição paradigmática, no contexto da Saúde Mental Coletiva no Brasil, as novas instituições e práticas assistenciais têm apresentado tanto elementos teóricos e técnicos, quanto ideológicos e éticos para a organização das ações e concepções, no campo da Saúde Mental, Costa-Rosa (2000), propõe a designação de “Modo Psicossocial” a esse novo paradigma, que vem se configurando como capaz de substituir o paradigma psiquiátrico, ainda predominante.

Neste estudo, considero que os parâmetros basilares propostos por Costa-Rosa (2000) para as definições dos paradigmas das práticas atuais em Saúde Mental Coletiva, denominados por ele de “Modo Asilar” e “Modo Psicossocial”, também permitem uma forma de análise sobre o modo pelo qual se dá à escuta inicial, no atendimento da porta das instituições de Saúde Mental Coletiva.

Os pressupostos da psicanálise mostram a possibilidade de se ocupar dos sujeitos com sofrimento psíquico, numa perspectiva de escuta, em que a relação a ser estabelecida não seja com a doença, mas com o sujeito da experiência. Isto pode ter repercussões quanto às possibilidades de encaminhamentos, pois os pressupostos da psicanálise, enquanto clínica do singular, levam em conta o posicionamento subjetivo e a inclusão do sujeito em seu tratamento e em seu contexto social, aspectos também

considerados importantes para a transformação no campo da assistência em Saúde Mental Coletiva.

O segundo capítulo é dedicado à descrição e à discussão da metodologia usada na pesquisa. Abordando o tema da escuta no atendimento da porta da instituição, limito este estudo a uma parcela de usuários atendidos durante um período de dois meses, nos moldes de “recepção-escuta”, e a um grupo de usuários chamados para atendimento a partir da lista de espera por psicoterapia na instituição. Por intermédio da “recepção-escuta” e das entrevistas com os usuários da lista de espera de psicoterapia realizadas no próprio fluxo de trabalho, os dados sobre as queixas iniciais, as demandas, de atitude transferencial, de expectativas de ajuda aos usuários e a quem esses usuários atribuíam o saber/poder de ajudá-los, e, por outro lado, os dados sobre ofertas institucionais (os encaminhamentos propostos) foram obtidos com base nos pressupostos das entrevistas preliminares em psicanálise.

No terceiro capítulo, apresento uma análise detalhada do material da pesquisa detendo-me: na percepção que os usuários tinham da instituição e das ofertas de ajuda existentes, nas queixas iniciais, nas demandas, nas atitudes transferenciais de atribuição do saber/poder de ajudar apresentadas pelos usuários. Quanto às ofertas institucionais, dados a partir dos encaminhamentos propostos, analiso os efeitos produzidos pela “recepção-escuta”, se de fato repercutiu nas internações dos usuários e na adesão ao tratamento. Utilizei também dados de observações participantes sobre os efeitos produzidos pela interação da “recepção-escuta” na equipe, na instituição e nos seus projetos terapêuticos.

O quarto capítulo traz algumas considerações finais sobre o estudo.

I - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA DA “RECEPÇÃO-ESCUITA” NO ATENDIMENTO NA PORTA DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL COLETIVA

1 - Antecedentes e o contexto imediato desta pesquisa

Da série de fatores que têm orientado minha atenção para o tema da assistência nas instituições da Saúde Mental, o interesse sobre a problemática do atendimento aos usuários na porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva e as suas implicações nos projetos terapêuticos, não ocorreu por acaso. A escolha do estudo desse tema partiu de questionamentos relacionados à minha prática, enquanto trabalhadora em Saúde Mental e envolveu uma reflexão preliminar, que pode ser considerada como o início do próprio trabalho científico.

No Brasil, a implementação e ampliação dos serviços de Saúde Mental Coletiva, com práticas assistenciais extra-hospitalares, é recente e se constitui de experiências bastante diversificadas e em processo de profundas transformações.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, os municípios passaram a ter, entre outras atribuições, a responsabilidade pelo planejamento, organização, controle, avaliação das ações e serviços de Saúde, a gerência e a execução da assistência pública em Saúde, visando garantir a universalidade e a equidade de acesso ao sistema, assim como a integralidade das ações, descentralização da gestão, hierarquização e regionalização da rede assistencial.

Inserida no campo da assistência em Saúde Mental Coletiva desde 1993, participei, enquanto trabalhadora no processo de municipalização da Saúde Mental,

colaborando na implementação do Programa de Saúde Mental de um município de pequeno porte localizado no Estado de São Paulo.

A partir de 1998 participei da implantação e implementação do Pronto Atendimento, que passou a ser o atendimento na porta desse serviço de Saúde Mental Coletiva, no Centro de Saúde do município.

Desde então, este trabalho cotidiano de recepção e acolhimento dos usuários que procuram ajuda na instituição e as reflexões e discussões junto com os profissionais da equipe, com o objetivo de realizar as ofertas terapêuticas, têm suscitado muitas inquietações.

Neste município, a Secretaria de Saúde foi constituída na década de 80 e estruturada em departamentos: Administrativo, Médico, Saúde Bucal, Vigilância Sanitária, Serviço Social e Saúde Mental.

O Departamento de Saúde Mental foi criado em 1989, com base nos princípios de integralidade, hierarquização e regionalização das ações e, naquela época, enquanto atenção primária, funcionava como porta de entrada aos usuários dos serviços de Saúde Mental, oferecendo atendimento psicológico, notadamente psicodiagnóstico além de atendimentos psicoterápicos. Os casos que demandavam tratamento mais intenso eram encaminhados para o Ambulatório de Saúde Mental de um município vizinho, que era a referência regional de atenção secundária oferecendo avaliações psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos e outras ações praticadas pela equipe multidisciplinar. As internações psiquiátricas (atenção terciária) eram realizadas em diferentes hospitais psiquiátricos da região. Os encaminhamentos para as internações eram efetuados, preferencialmente, pelos psiquiatras do Ambulatório de Saúde Mental de referência regional ou pelos médicos clínicos dos Prontos Socorros dos municípios da região.

A partir de 1994, o Departamento de Saúde Mental começou a estruturar um programa de atenção aos usuários, com o objetivo de implantar ações assistenciais substitutivas à internação psiquiátrica, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em 1995, com a efetivação da municipalização das ações de Saúde Mental, a equipe foi ampliada (contava, até então com dois psicólogos, e passou a contar com um psiquiatra e um assistente social). Naquela época iniciou-se também, uma parceria com o Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP - Assis/SP, com o objetivo de discutir a programação de ações de Saúde Mental no município, em consonância com as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, assim como constituir um Núcleo de Estágio em Psicologia Clínica, junto ao programa de Saúde Mental do município.

Atualmente, habilitada no SUS como gestão plena, a gerência na área da Saúde deste município tem-se realizado pelos Secretários Municipais de Saúde em diferentes gestões, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal da Saúde.

As ações de Saúde Mental, integradas às ações de Saúde geral, são desenvolvidas nas dependências do Centro de Saúde. O Departamento de Saúde Mental contava, no momento desta pesquisa, com um psiquiatra, sete psicólogos, um técnico de enfermagem, um fonoaudiólogo, um assistente social e um atendente. Enquanto referência para a assistência em Saúde Mental, essa equipe era responsável pelo atendimento a toda à demanda do município.

As referências para as internações psiquiátricas eram um hospital psiquiátrico, em um município (distante mais ou menos 80 km) e uma ala de psiquiatria num hospital geral (distante mais ou menos 8 km).

A implantação do Pronto Atendimento (P.A) na Saúde Mental, desse município, em 1998, tinha como objetivo mudar a recepção dos usuários, que até então marcavam seus atendimentos no setor de agendamento geral da unidade. Essa forma de

atendimento levava a uma série de problemas como filas desde a madrugada para agendar consultas psiquiátricas ou psicológicas, brigas com os funcionários do agendamento quando não se conseguia a consulta desejada, venda de vagas, atendimento de usuários em crise ou em intenso sofrimento psíquico no Pronto Socorro da Santa Casa que, freqüentemente, encaminhava-os para internação psiquiátrica por não dispor de recursos humanos e técnicos para outro tipo de atendimento.

Funcionando como porta de acesso para todos os usuários que procurassem atendimento em Saúde Mental, a proposta e a expectativa, na época, eram de um Pronto Atendimento que realizasse a recepção, o acolhimento e o encaminhamento tanto dos usuários que procuravam o serviço pela primeira vez, quanto dos usuários que estavam em tratamento no programa e apresentavam alguma intercorrência que os fizesse retornar à instituição.

Em suma, o Pronto Atendimento visava superar todos os problemas citados anteriormente, mas acima de tudo, visava uma nova forma de recepção, mais condizente com as evidentes necessidades da instituição pública de Saúde Mental naquele momento e contexto. Este Pronto Atendimento foi caracterizado de modo a ter uma ação continente e um nível de resolutividade que possibilitasse o diagnóstico da situação o mais breve possível e, a partir deste, permitisse providenciar o atendimento imediato do caso e o encaminhamento para atendimentos do programa ou de outras instituições.

Em meados de 2000 constatava-se que o Pronto Atendimento, que funcionava de segunda a sexta-feira nos períodos da manhã e da tarde, e era realizado pelos psicólogos e pela assistente social da equipe em esquema de rodízio, havia produzido filas de espera para os atendimentos do programa de adolescentes e de adultos (consultas psiquiátricas, atendimentos psicoterápicos, grupos de orientação), para os atendimentos infantis (psicodiagnósticos, ludoterapia, orientação de pais) e para as avaliações psicopedagógicas

freqüentemente solicitadas pelas escolas do município. Além disso, notamos que muitos usuários e familiares, ao procurarem o atendimento, solicitavam medicamentos e internações psiquiátricas nos momentos de crise.

Os problemas antes relacionados, em consequência do agendamento para inserção dos usuários no Programa de Saúde Mental reproduziram-se agora dentro do programa, através do Pronto Atendimento.

Refletindo sobre essa experiência, pude perceber que, embora buscando uma nova relação entre a instituição (pela ação dos profissionais da equipe de Saúde Mental) e a clientela para, a partir da demanda dos usuários, pensar e propor os programas terapêuticos necessários, o Pronto Atendimento se constituiu numa prática em que os encaminhamentos e as propostas terapêuticas eram realizadas no paradigma doença-cura, do modelo psiquiátrico tradicional (Rotelli,1990). Ficou evidenciado que as ofertas de atendimento pareciam depositar na medicação as expectativas de eficácia das ações de Saúde Mental, pois os encaminhamentos propostos, freqüentemente, eram de consultas médicas e atendimentos psicoterápicos, de acordo com as propostas/possibilidades de cada profissional da equipe.

As filas de espera, aumentando dia a dia, revelavam que só havia se deslocado a questão do agendamento que, do guichê da instituição, passou para o programa de Saúde Mental.

Novamente, as solicitações de atendimento dos usuários se mostravam em descompasso com as ofertas da equipe/instituição.

Frente a estas questões, novas alternativas foram propostas pelos profissionais da equipe, entre elas, a realização do Pronto Atendimento em grupo, experiência que ocorria uma vez por semana, paralelamente ao atendimento na forma anterior e que durou aproximadamente 06 meses, apresentando alguns resultados, sendo o mais significativo, o

não encaminhamento para filas de espera, pois quando ocorria a indicação de tratamento no serviço, o atendimento proposto era previamente agendado.

Outra proposta realizada, concomitantemente ao Pronto Atendimento, foi a criação dos grupos de acolhimento, que tinham como objetivo trabalhar as queixas com os usuários, até que se estabelecesse melhor o esclarecimento da demanda, para posterior encaminhamento. Vários grupos foram realizados por diferentes profissionais da equipe, em duplas, entre alguns deles ou com estagiários e aprimorandos de psicologia, em Saúde Mental, da unidade.

Em Setembro de 2002, momento da coleta de dados desta pesquisa, apesar das ações desenvolvidas pela equipe, constatava-se a permanência de um número expressivo de usuários em filas de espera para os atendimentos oferecidos no serviço, inclusive para os grupos de acolhimento que, capturados na rotina institucional, acabaram se tornando mais uma forma sutil de depósito intermediário entre o momento da procura do atendimento e sua efetivação.

O problema entre a demanda e as ofertas de atendimentos continuava e cotidianamente, a equipe se deparava com um número significativo de solicitações de ajuda de usuários que não eram absorvidos nos atendimentos da instituição. Se, por um lado, ao procurar ajuda na instituição o usuário era prontamente recepcionado e acolhido, por outro lado, o encaminhamento, muitas vezes, acabava apenas aumentando a fila de espera para atendimento psicoterápico, para grupos de acolhimento e/ou atendimento psiquiátrico na instituição. O critério de chamada desses usuários para atendimento continuava sendo as vagas oferecidas pelos diferentes profissionais nos programas desenvolvidos na instituição. Não havia previsão de tempo para a convocação dos usuários e, persistiam muitos casos de “abandono” ou “desistência” por parte dos usuários que, ao serem chamados para os atendimentos a partir das filas de espera (principalmente de psicoterapia), não compareciam.

Os questionamentos também continuavam presentes na equipe:

- 1 - Os usuários em fila de espera de fato precisavam ainda do atendimento que aguardavam?
- 2 - O longo tempo de espera fazia com que os usuários buscassem resolver suas questões por outros meios?
- 3 - A equipe estava conseguindo perceber as necessidades de reorganização das ações terapêuticas, em consonância com a diversidade e a gravidade das demandas?
- 4 - Como eram realizadas as ofertas institucionais de atendimento? Em que perspectiva ou paradigmas estavam embasadas?
- 5 - A demanda por atendimento freqüentemente era recortada por uma percepção médica/medicamentosa do tratamento em Saúde Mental Coletiva. Como a equipe poderia lidar com essa questão a fim de também tentar mudá-la?

No que se referia às internações psiquiátricas, a equipe constatava que o P.A. era resolutivo, pois naquele atendimento era possível viabilizar o vínculo com o usuário em situações graves e, conseqüentemente, oferecer atendimentos diversificados e mais eficazes, como por exemplo, retornos com escuta diária dos usuários na instituição e intervenções familiares, que, muitas vezes, tornavam-se substitutivos da internação psiquiátrica. Este aspecto também foi observado pela redução gradual do índice de internações do município, desde o processo de implantação do programa de Saúde Mental, em 1995, e também com a implantação do P.A. em 1998.

A partir das reflexões da equipe, o P.A. se reafirmava como um dispositivo interessante no atendimento da porta da instituição, pois significava uma forma de relação dos profissionais da equipe com os usuários, que permitia lhes dar um acolhimento e uma continência imediata, e também visava, por um lado, entender melhor as queixas/demandas dos mesmos, e por outro, levava a discussões na equipe sobre a situação dos usuários, com o

objetivo de rever as ações assistenciais existentes e de construir outras intervenções que se mostrassem necessárias.

A preocupação em desmontar as filas de espera se fazia presente nas discussões de equipe, assim como as queixas dos profissionais envolvidos no P.A, que eram referidas como um trabalho extremamente desgastante, pois o grande número de usuários que procuravam diariamente esse atendimento na instituição, denunciava defasagem de atendimento frente às demandas.

Nesta instituição, como em outras instituições de Saúde Mental Coletiva, tinha-se, e ainda tem, que se conduzir diariamente o tratamento de um grande número de usuários, e ao mesmo tempo, acolher casos novos. Frente a esta realidade, outra questão pertinente e que a equipe se colocava, era de como manter para os usuários da instituição, uma postura de boa acolhida e atendimento tanto individual quanto do coletivo.

O atendimento inicial, na porta da instituição, tinha um papel fundamental frente a esta questão, uma vez que era a partir deste atendimento que os usuários faziam seus pedidos de ajuda e, também, era a partir destes atendimentos que as ofertas de tratamento institucional eram efetuadas.

A partir de um primeiro estudo e de algumas reflexões preliminares sobre o Pronto Atendimento como prática institucional do atendimento na porta desse serviço de Saúde Mental, pudemos observar que, inserido na rotina institucional, o Pronto Atendimento acabou funcionando burocraticamente. Predominantemente administrava as queixas dos usuários. O acolhimento imediato dos usuários, no momento em que estes procuraram a instituição, não representou uma mudança na concepção do sofrimento psíquico e das formas de seu tratamento.

Isto nos fez pensar que, nesta instituição, a implementação de novos projetos assistenciais, embora visando, na dimensão teórico assistencial, constituírem-se como

substitutivos ao modelo Asilar, de certa forma acabou numa reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico e reproduziu práticas ainda desse paradigma, que se tentava ou se propunha superar. O P.A tinha se caracterizado como depositário das queixas e dos problemas dos usuários que o procuravam, e estes ainda tendiam conceber quem os atendia (escutava), e a própria instituição, como detentores daquilo que lhes faltava (remédios, orientações).

Tosquelles, em 1987, na entrevista encontro realizada na França (Gallio e Constantino,1994), embora se referindo à instituição hospitalar, apontava que, na prática assistencial, existe sempre um primeiro encontro que se caracteriza como um momento em que o profissional, ou a equipe encontra-se pela primeira vez com o usuário, e que este primeiro encontro acaba separando o passado e também marcando as possibilidades do futuro. Pontuava que as possibilidades oferecidas para os usuários que procuram ajuda nos serviços de Saúde Mental Coletiva estão também relacionadas com a organização do lugar desse encontro na instituição, que pode ser um demarcador importante para que esses usuários possam retornar ao mesmo lugar, ir a outros lugares, voltar com a sua família ou fazer outros percursos.

Scazufca (1990), ao abordar a prática medicamentosa nos ambulatórios de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo afirmava que a mesma não permite aos usuários a compreensão geral do seu sofrimento e nem entrar em contato com suas capacidades de percepção e explicação. Geralmente, esses usuários procuram alívios que sejam tão rápidos e concretos quanto suas necessidade de sobrevivência, elegendo o calmante como medida de alívio instantâneo. No entanto, a autora pontua que o uso de medicamentos, como prática terapêutica, não pode ser explicado somente pela situação de sofrimento psíquico do sujeito, por particularidades da relação médico–paciente ou por características institucionais, pois essa prática é produto de uma relação dialética entre uma situação e um *habitus* (que funciona como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações, tornando

possível a realização de tarefas diferenciadas) dependendo também da crença que o sujeito e seu grupo depositam nesta prática.

Embora Birman & Costa (1994), ao analisarem aspectos relacionados com a implantação dos programas de Saúde Mental, baseados nos princípios da Psiquiatria Comunitária Preventiva, definissem que, no Brasil, o modelo de interesse pela Saúde Mental estava definido na medida em que ela era um valor dependente do nível cultural e socioeconômico de cada usuário, sendo que aqueles pertencentes às camadas mais pobres buscavam nas instituições públicas respostas medicamentosas para seus conflitos psíquicos, enquanto os mais ricos procuravam na prática privada o tratamento psicoterápico/psicanalítico.

Ao final da década de 1990, pudemos constatar que a assistência em Saúde Mental Coletiva, no Brasil, apresentou mudanças interessantes. A implantação progressiva de equipes multiprofissionais, em diferentes instituições extra-hospitalares, o incentivo ao atendimento ambulatorial e a inserção na rede externa de pacientes egressos de internações psiquiátricas têm colocado em cena, valiosas contribuições da psicanálise neste processo, enquanto que as peculiaridades de determinadas realidades socioeconômicas colocam em cena a necessidade da articulação de diferentes saberes e práticas na criação de novos projetos assistenciais.

Neste sentido, a escuta no atendimento da porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva, assim como a análise dos paradigmas que poderiam estar permeando-a, têm repercussões nos projetos terapêuticos oferecidos aos usuários e isto me parece de suma relevância. A reflexão sobre as possibilidades de transformações dessas práticas, das instituições e das políticas de Saúde Mental, a partir desse atendimento e das informações que ele pode propiciar, são outros aspectos também de grande relevância.

A problematização entre a demanda e as ofertas deste serviço de Saúde Mental implicaram em problematizar as concepções que engendraram essa prática e, para isto, a trajetória das práticas em Saúde Mental Coletiva levou à avaliação das formas que essa prática do Pronto Atendimento, assim como seus efeitos, adquiriram ao longo de sua própria história na instituição, e se impuseram como um elemento para iniciar o processo de seu próprio esclarecimento.

Na pesquisa, objeto desta dissertação, passarei a me referir às formas do primeiro contato com a instituição, utilizando dois termos: Pronto Atendimento, quando se trata das formas de escuta que costumam redundar em administração burocrática das queixas e “recepção-escuta”, quando se trata do modo que se pretende contrapor aos principais efeitos do Pronto Atendimento. Esta última forma de recepção dos primeiros pedidos tem seu ponto distintivo na diferença entre observação e escuta propriamente dita, como modos de dar continência às queixas.

2 - Uma pequena trajetória sobre as práticas em Saúde Mental Coletiva

Segundo Amarante (1995), os paradigmas que embasam as práticas em Saúde Mental Coletiva foram constituídos histórica e socialmente.

A partir de Foucault (1977), sabemos que antes do século XVIII a loucura não era sistematicamente internada, pois era concebida como uma forma de erro ou ilusão. O lugar reconhecido como terapêutico era a natureza, tida como a forma visível da verdade, com o poder de dissipar o erro e de fazer desaparecer as queixas. As prescrições para os casos de loucura eram os passeios, a viagem, o repouso, a ruptura com o mundo artificial da cidade.

Durante a Idade Média, a percepção social da loucura não era articulada com a elaboração de conhecimento sobre a mesma.

No século XVII, com a criação dos “Hospitais Gerais”, começou a prática de reclusão dos marginalizados, delinquentes, miseráveis e, entre eles, os loucos (esses eram freqüentemente mantidos acorrentados por existir, entre eles, uma parcela de indivíduos percebidos como perigosos e violentos). Estas internações, que na Idade Clássica eram baseadas em uma prática de proteção e de guarda, a partir do século XVIII, passaram a ter características médicas e terapêuticas. O hospital, que até então era espaço de populações diversificadas e tinha uma característica predominantemente filantrópica, passou a ser uma instituição médica para tratamento de pessoas enfermas. No contexto da época, pela possibilidade de aglutinação dos loucos num mesmo espaço para conhecimento e tratamento das suas loucuras, nasceu a psiquiatria.

Pinel, no século XVIII, teve um papel fundamental nesse processo. Considerado um dos fundadores da clínica médica, em 1793, ao assumir a direção do Hospital Bicêtre na França, foi também quem reservou o primeiro espaço médico para os alienados. Abordando medicamente certos tipos de doenças, das quais a medicina pouco se ocupava, construiu uma maneira própria para classificar e tratar a alienação e organizou também os meios de assistência à loucura. Esta, que até então era objeto da filosofia, que tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passou também a ser objeto da medicina.

A obra de Pinel, estruturada em tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital - cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição terapêutica (o tratamento moral) - representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em uma instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e a prática médica. Esse percurso marca, a partir da assunção por Pinel da direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico. (AMARANTE,1995, p.27)

Segundo Bercherie (1989), Pinel, filiado à tradição nominalista, considerava que o conhecimento era um processo baseado na observação empírica dos fenômenos que constituíram a realidade, ou seja, o conhecimento era classificação, separação e agrupamento dos diferentes fenômenos em ordens aproximativas, constituindo, então, classes, gêneros e espécies a partir das observações. Ele constituiu a clínica médica como local de observação e análise sistemática dos fenômenos perceptíveis da doença, a nosografia (descrição metódica das doenças). A loucura foi, então, considerada como um rompimento da razão expresso através de determinados sinais, precisos e constates. Pinel, postulando o isolamento como fundamental para a observação e descrição da sucessão dos sintomas, agrupou os loucos e assim fundou a ciência, que denominou o louco/loucura como objeto de saberes e discursos no conceito de doença mental.

Pinel é a um só tempo, um construtor teórico e prático. Reúne e dá corpo aos saberes médicos e filosóficos que vinham sendo produzidos sobre a loucura, e ao mesmo tempo em que opera transformações práticas no lidar social e institucional com a mesma. Com ele, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto de alienação mental, o que imprimirá alterações profundas no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante. (AMARANTE, 1995, p.44)

Na teoria pineliana a loucura era concebida como um distúrbio das funções intelectuais e das funções superiores do sistema nervoso, situada na classe das neuroses cerebrais, “sem inflamação nem lesão estrutural”. Concebendo a loucura como um desarranjo das faculdades cerebrais de causas físicas, hereditárias e morais (as paixões intensas e muito contrariadas e prolongadas, os excessos de todos os tipos, as irregularidades dos costumes e dos hábitos de vida, a educação perniciosa), sendo estas últimas consideradas as causas mais importantes da alienação. Como tais condições estavam presentes no meio social do paciente o tratamento proposto, naquela época, era a reeducação da mente alienada por meio do isolamento do mundo exterior, afastando o enfermo para um local onde não fosse prejudicado.

No tratamento moral, o espírito perturbado, poderia ser reconduzido à razão com o auxílio da instituição, em que o ambiente desempenhava um papel capital no tratamento. O isolamento na instituição era justificado para retirar o paciente das percepções habituais que tinham gerado a doença. O asilo deveria ser um centro de reeducação modelar, onde a submissão era o primeiro passo da cura. Pinel havia concluído que era provável que, na imensa maioria dos casos, a loucura estaria isenta de lesões do cérebro, sendo o funcionamento da mente o que estava perturbado. Postulava a possibilidade do tratamento moral e a cura potencial da loucura.

Cientificamente embasado “O asilo é o lugar do tratamento moral; é, também, por si próprio o tratamento moral.” (Amarante,1995, p.45)

As práticas assistenciais em Saúde Mental se iniciaram com características asilares e de tutela, num contexto em que o louco era caracterizado como representante de risco e periculosidade social, o que propiciou, e ainda propicia, uma sobreposição entre o tratamento e a punição.

A obra de Pinel teve continuidade com Esquirol, que aprofundou as descrições clínicas, distinguindo os distúrbios mentais de substrato orgânico e os distúrbios mentais funcionais, diferenciando a idiotia da loucura. Ele dividiu a demência (enfraquecimento geral das faculdades mentais com supressão da atenção voluntária) em uma forma aguda e duas formas crônicas incuráveis: a demência senil e a demência crônica. Segundo Bercherie (1989) no período de 1820 a 1850 o tratado de Esquirol - “Descrições Clínicas mais aprofundadas distinguindo as Síndromes Psicopatológicas” - era a única obra relativamente completa sobre as doenças mentais.

Em 1822, Bayle publicou sua tese sobre a paralisia cerebral, descrevendo, pela primeira vez na psiquiatria, uma entidade mórbida que se apresentava como um processo sequencial, desenrolando no tempo diversos quadros clínicos sucessivos, associando sinais

psíquicos e físicos simultâneos e repousando numa base anátomo-patológica. Ele atribuiu a uma meningite crônica o desencadeamento da alienação mental acompanhada por distúrbios motores, ocasião em que a paralisia geral incompleta evoluiria para os distúrbios mentais, postulando que a maioria das alienações mentais era sintomas de uma inflamação crônica primitiva das membranas do cérebro.

Em 1860, Morel estabeleceu uma distinção entre as inúmeras causas ocasionais e determinantes da loucura e postulou que a degenerescência hereditária era a causa mais importante das loucuras, simples ou essenciais. As degenerações transmitidas teriam os seus efeitos agravados hereditariamente e terminariam por extinguir-se, devido à incapacidade de procriação, numa espécie de eliminação natural.

De acordo com Amarante (1995), a teoria das degenerescências aparentemente resolvia, naquela época, o debate entre o físico e o moral e reconduzia a psiquiatria à filosofia, à metafísica, à teologia e à antropologia, passando pelo campo biológico como a sede da degeneração espiritual. Essa teoria retomou, naquela época, a discussão sobre a cura dos alienados por meio do tratamento moral individualizado, pois a lotação dos asilos colocava em dúvida a eficácia do tratamento e, de acordo com a teoria da degeneração, na constituição do sujeito não havia como tratar. No entanto, as etapas de profilaxia e tratamento dos episódios delirantes continuavam na prática assistencial, sendo efetuadas através das internações, pelas quais o tratamento moral e educativo era o meio terapêutico.

Em 1883, com Kraepelin, surgiu o *Compêndio de Psiquiatria* cuja classificação era essencialmente sindrômica, ou seja, o estado mórbido era caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas, que poderiam ser produzidos por mais de uma causa. Distinguindo os estados agudos (depressivos, crepusculares e de excitação), periódicos (psicose), crônicos (delírio sistematizado primário) e deteriorativos (demência parálitica e estados de fraqueza psíquica), ele considerava a investigação psicológica imprescindível

para a compreensão das doenças mentais e defendia que a psicologia podia fornecer instrumentos conceituais à análise clínica.

Através do princípio nosológico-clínico, Kraepelin provocou um novo arranjo no conjunto de aspectos relativos a uma doença, o qual passaram a ser combinados a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, o prognóstico, a idade e o sexo. Este princípio nosológico-clínico propunha uma compreensão longitudinal, diferenciada em grupos e, nesta classificação a etiologia passava a ser mais importante do que a nosografia e contrastava as doenças mentais adquiridas (de origem exógena) com as doenças mentais orgânicas (de origem endógena).

Na década de 1910 as idéias advindas da psicologia dinâmica e da fenomenologia começaram a penetrar nas concepções clássicas da psiquiatria e a transformá-la. Enquanto ramo da neurologia, a psiquiatria, que tratava das perturbações das funções mais complexas do Sistema Nervoso Central, tinha dificuldades em fornecer a si mesma uma verdadeira fundamentação anátomo-patológica.

Para Bercherie (1989), a concepção dualista dos problemas mentais durante o século XIX foi uma constante. Para alguns eram secundárias a afecções somáticas, cuja sede poderia ser, eventualmente, descoberta e em sua forma pura era concebida como isenta de bases lesionais, constituindo numa modificação funcional desconhecida do cérebro.

As funções psíquicas superiores (consciência, apercepção, vontade) eram explicadas, na tendência inglesa, como resultantes do conjunto do funcionamento psíquico, e na tendência alemã, como atribuídos a uma função específica de uma área cortical particular.

Ainda, segundo Bercherie (op.cit.), o termo “demência precoce”, utilizado freqüentemente na França desde Morel, designava um modo de terminação das psicoses degenerativas e uma entidade clínica. As concepções kraepinilianas penetraram lentamente

na psiquiatria francesa e foi por volta de 1910 que se constituiu, na França, o edifício nosológico considerado clássico.

Em 1911, Ballet propôs o agrupamento dos diversos delírios crônicos alucinatórios sob o nome de “psicose alucinatória crônica” e, rejeitando a síntese kraepiniliana, considerou os delírios polimorfos degenerativos e os delírios crônicos de Magman, como formas extremas de um mesmo grupo, no qual a explosão de alucinações dos diversos sentidos, seguindo-se a uma forma de mal-estar e inquietação, condicionava delírios de fórmulas diversificadas. Distanciando das “concepções neurologizantes” do século anterior, começava, assim, a se constituir a era psicodinâmica na apreensão do fenômeno alucinatório.

A evolução dos conhecimentos neurológicos e anátomo-clínicos fez com que, progressivamente, alguns conjuntos clínicos, como a doença de Parkinson, o Bócio Exoftálmico ou a Coréia, saíssem do quadro das grandes neuroses.

A descoberta do papel das representações na origem dos acidentes histéricos levaria às teorias de Janet, Binet e Freud a fazerem da histeria uma doença mental, caracterizada pela existência de grupos psíquicos separados da consciência, que determinavam os sintomas.

Em síntese, o estabelecimento da psiquiatria teve como condição o nascimento do asilo, no final do século XVIII. Fundado o asilo ao longo do século XIX, os psiquiatras realizaram um trabalho de observação, descrição e classificação, estabelecendo sistemas mais ou menos regionais de classificação da doença mental, situação em que a escola alemã opunha-se à francesa. Na virada do século, Kraepelin foi o autor de um primeiro sistema nosológico transnacional que, gradativamente, foi servindo de linguagem comum aos psiquiatras de diversos países.

Segundo Luzio (2003), na passagem para o século XX, no campo das doenças mentais, o saber instituído se centrava na concepção organicista, oriunda da psiquiatria alemã e desenvolvida como contraponto à concepção moral pineliana, norteadora da psiquiatria francesa vigente naquela época.

A constituição da psicanálise como um novo saber que entrou no campo das doenças mentais, contrapondo-se à concepção organicista, principalmente de Kraepelin, possibilitou uma nova e importante direção para investigação em relação à loucura.

As idéias freudianas da psicanálise mostraram que a doença era uma resposta do indivíduo, cuja existência se dava com sofrimento. Isto incluía a subjetividade.

Postulando que a angústia, a dor, os desejos e as fantasias fazem parte do psiquismo humano, a loucura deixou de ser vista como privilégio de poucos e passou a ser vista como possibilidade de todos.

Na teoria freudiana, os sintomas são entendidos como uma maneira particular do sujeito dizer sua verdade sobre sua história e desejo. A psicanálise, introduzindo o sujeito do inconsciente na produção do sujeito e de seu sofrimento, originou a mudança do foco, do eu para o registro do inconsciente. Situando o sujeito inconsciente entre as exigências pulsionais e as restrições advindas do fato de que há uma cultura, Freud postulou o mal-estar no homem como uma imposição estrutural designando, portanto, o homem como um ser marcado pelo conflito.

Abordando a problemática do conflito, a psicanálise institui um espaço clínico fora dos asilos e um método baseado no registro da fala e da escuta entre o paciente e o médico, apontando o processo da transferência como fundamental para desfazer os segredos da loucura.

No entanto, para Luzio (2003), isto não chegou a interferir nas práticas asilares, cujo princípio fundamental do tratamento moral, o isolamento do mundo exterior

através da internação psiquiátrica, continuou perpassando diferentes práticas assistências da Saúde Mental Coletiva.

Para Bercherie (1989), o desenvolvimento da prática e da teoria psicanalítica constitui, de maneira incontestável, o começo de uma nova era na história da clínica. A psicanálise, ganhando cada vez mais terreno na psicopatologia, apresentou-se como um sistema explicativo, que visava à completude,

[...] o novo ângulo sob o qual ela considerava os fenômenos psicopatológicos, o de sua significação subjetiva, levou-a considerar o olhar clínico centrado na morfologia externa dos fenômenos, como formal e estéril ou até alienante.(BERCHERIE, 1989, p. 316)

Moscovici (1978), também pontua que a psicanálise subverteu a relação entre o normal e o patológico, pois no século XIX a loucura encarnava, em face da comunidade organizada dos homens normais, o agregado dos seres que não tinham tido acesso à dignidade humana. Os hospitais e manicômios serviam, então, para tranquilizar a sociedade, afastando os alienados do convívio social. Para a psiquiatria clássica, esse “objeto” de diagnóstico não podia ser sujeito de um diálogo, de uma conversação. A psicanálise, através do entendimento do “adoecer psíquico” pela via do inconsciente, possibilitou uma nova direção para a investigação em relação à loucura. Isto repercutiu, também, no espaço social das práticas e na criação de novos dispositivos terapêuticos.

A expansão da psicanálise levou-a ao seu reconhecimento pela psiquiatria e, em alguns momentos, nos Estados Unidos, ambas foram confundidas entre si.

Teorias sociológicas e psicológicas levaram à leitura do discurso psicanalítico, orientadas numa perspectiva de intimização do sujeito e, ao mesmo tempo, criaram técnicas visando à resolução e acomodação dos conflitos sociais, na esfera individual e a partir da adaptação social.

Para Amarante (1995), a medicina, ao atribuir a identidade marginal e doente ao louco, criou condições para sua medicalização e para sua retirada do espaço social através das internações asilares. Essas internações criaram efeitos de tutela, que confirmavam a necessidade de isolamento do louco para gerir sua periculosidade social e produziram a doença mental enquanto objeto médico passível de diagnóstico e de medicalização. Assim, estruturou-se o paradigma que justificava a intervenção. “O manicômio concretiza a exclusão que a modernidade produz com a diferença.” (Amarante, 1995, p.50)

Pensar o encadeamento da história com uma certa intenção no passado que viria a se realizar no presente, seria pensar uma identidade primeira, cujo percurso viria a se confirmar depois. No entanto, a história pesquisa e acompanha a emergência dos acontecimentos, que se produzem através da descontinuidade e das forças que estão em jogo e que se fazem presentes na história. A história reintroduz o descontínuo nos mostrando que existem sempre pluralidades dispersas.

O contexto histórico social possibilita uma conformação ao cenário social nas relações com trabalho, doença e diferença. A história pode ser considerada como um instrumento de desconstrução dos dispositivos institucionais, até então considerados naturais e imutáveis.

Embora, desde sua origem, os asilos tenham sido criticados, foi no período após a Segunda Guerra Mundial que se acentuaram as críticas e os questionamentos sobre a instituição asilar e o saber psiquiátrico. Em decorrência disto, surgiram diferentes propostas de mudanças e de reformulações da assistência e do tratamento psiquiátrico.

Costa-Rosa (2000), pontua que as práticas alternativas em Saúde Mental se constituíram a partir das críticas, tanto ideológicas como teórico-técnicas, ao modelo psiquiátrico e também por meio de novas experiências assistenciais em diferentes países.

A Psiquiatria de Setor Francesa organizava a assistência segundo hierarquização e regionalização de serviços, com ênfase na prestação dos cuidados extra-hospitalares com a criação de ambulatórios, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

A Psiquiatria Comunitária Preventiva Norte Americana organizava os cuidados com bases nos graus de complexidade das ações em prevenção primária, secundária e terciária, enfatizando a atenção básica (primária) como espaço de prevenção do adoecer psíquico.

A Antipsiquiatria, assumindo uma postura mais crítica e incisiva no seio da contracultura dos anos 60, postulava que a loucura estava entre os homens e não dentro dos homens. Numa postura contestatória e libertária, propôs a criação de um novo tipo de Comunidade Terapêutica, onde fosse possível um diálogo entre a razão e a loucura.

A experiência da Psiquiatria Democrática italiana se caracterizou como uma ruptura com as práticas baseadas na reforma institucional, e optou por uma desconstrução das instituições psiquiátricas, o que envolveu a desmontagem do “mito” (paradigma) da doença mental e a criação de novas formas de convívio entre a sociedade e a loucura.

As diferentes propostas que questionaram o modelo psiquiátrico de tratamento da loucura vigente buscaram construir, de diversas maneiras e em diferentes níveis, mudanças no que se refere à concepção do processo saúde-doença e dos meios teóricos técnicos utilizados para lidar com ela, no modo de organização das relações intrainstitucionais, no modo de relações da instituição com sua clientela e com a população em geral e na finalidade de suas ações em termos terapêuticos e éticos. Isto também produziu transformações nas necessidades sociais (as demandas-encomendas) e nas respostas (as ofertas terapêuticas) das instituições de Saúde Mental Coletiva.

Esse processo histórico de formulação crítica e prática, que teve e tem como objetivo e estratégia o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do

modelo clássico e do paradigma da psiquiatria, tem sido designado como Movimento da Reforma Psiquiátrica numa de suas etapas bem configuradas.

2 . 1 – A Saúde Mental no Brasil

Segundo Medeiros (1997), no Brasil, a atividade psiquiátrica nasceu com a internação dos doentes mentais, por volta da primeira metade do século XIX. Criados com características comuns, os hospícios brasileiros surgiram, principalmente, naqueles mesmos lugares onde já se registrava uma tendência a retirar das ruas os considerados loucos, atendendo aos reclamos dos que se sensibilizavam com a precariedade dos locais que lhes eram destinados (prisões, porões de hospitais gerais, masmorras). As suas construções eram em sítios afastados dos centros urbanos.

Desde sua constituição, em meados do século XIX, até a Segunda Guerra Mundial, a assistência à Saúde Mental no Brasil foi caracterizada por práticas disciplinares, nas quais a psiquiatria tinha um poder de auxiliar na organização das instituições, que se constituíram numa forma de controle político social.

Em 1964, a psiquiatria adquiriu o *status* de prática assistencial de massa e por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social, criado em 1967, a prática privada na saúde era financiada por recursos públicos. A assistência psiquiátrica organizada, em torno de ações curativas individuais em leitos hospitalares, acabou se constituindo numa opção rendosa para os donos de hospitais, e onerosa, para o Estado e principalmente para os usuários, pois o tempo médio de internação, variando em torno de 90 dias, favorecia a institucionalização dos mesmos.

Durante a década de 70, os manuais para a Assistência Psiquiátrica e as portarias do Ministério da Saúde estabeleceram documentos que propunham a diversificação

das ofertas dos serviços assistenciais em Saúde Mental, como serviços emergenciais, semi-internações, enfermarias psiquiátricas em Hospitais Gerais e pensões protegidas. No entanto, apesar das propostas de mudanças inseridas no discurso oficial, a realidade assistencial brasileira continuava excessivamente hospitalocêntrica.

No campo da Saúde, a medicina preventiva, introduzindo o método histórico-estrutural, procurava compreender processos como a determinação social da doença e a organização social das práticas médicas, buscando também construir práticas alternativas ao modelo curativo então dominante.

No contexto dos movimentos sociais brasileiros das décadas de 70/80, o Movimento Sanitário, vinculado ao processo de redemocratização do país, tinha como bandeira de luta a democratização da Saúde. Inserido nos espaços públicos de poder e de tomada de decisão, o conjunto de propostas políticas e técnicas defendidas por este Movimento se concretizou no que se denominou de Reforma Sanitária. Esta reforma se caracterizou por um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional, que regulamentava e se responsabilizava pela proteção à Saúde dos cidadãos, sendo o grande responsável pela transformação do Sistema de Saúde brasileiro, quando se conquistou o preceito constitucional da Saúde como direito de todos e dever do Estado. As propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que contou pela primeira vez com participação de entidades e representantes da sociedade civil nortearam a elaboração do Capítulo II da Seguridade Social da Constituição de 1988, Seção da Saúde.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que adquiriu maior visibilidade no final da década de 70 e início da década de 80, caracterizou-se, naquele período, como um setor dentro do Movimento Sanitário. No campo da Saúde Mental Coletiva, constituía-se um pensamento crítico em relação à natureza e à função social das práticas médicas psiquiátricas e psicológicas. Os grandes hospitais psiquiátricos públicos

brasileiros, com suas práticas asilares, foram apontados como redutos dos marginalizados e a reforma foi sendo constituída por quem estava nas instituições e acreditava nas possibilidades de mudanças.

Portanto o processo histórico brasileiro de transformação no campo da Saúde Mental foi influenciado pelo Movimento dos Trabalhadores desta área que, durante longo tempo, desempenhou um papel fundamental, tanto na formulação teórica, quanto no desenvolvimento de novas práticas assistenciais.

Na década de 80, o reconhecimento da necessidade de reinscrever o usuário dos serviços de Saúde Mental no campo social foi acompanhado por mudanças nos procedimentos técnicos, administrativos e políticos. A problematização das instituições e as práticas assistenciais hospitalocêntricas vigentes até então, visando a desospitalização ou a diminuição das internações desnecessárias, levaram a proposta de inclusão das ações de Saúde Mental na rede de serviços públicos em geral, em que o atendimento, em primeiro lugar, deveria ser efetuado pela equipe de Saúde em Geral, nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Gerais. Estes equipamentos do Sistema de Saúde passaram a ser considerados como porta de entrada para os usuários da rede de Saúde Mental.

A implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no Estado de São Paulo, em 1987, veio corporificar esta política, traçando diretrizes para implantação do setor de Saúde Mental e estabelecendo um processo hierarquizado das ações, desde as Unidades Básicas da Saúde até os hospitais psiquiátricos. Esta articulação das ações psiquiátricas aos serviços básicos da Saúde tinha como objetivo dar cobertura a toda população de risco, incentivando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, prevenindo o agravamento de doenças/crises, o risco de internações e aumentando a resolutividade extra-hospitalar.

Do ponto de vista político, este movimento, que reorientava e reorganizava as ações assistenciais, explicitava as mudanças na política de Saúde Mental do Brasil. As diretrizes de Saúde do Estado propunham uma concepção integral do homem, assistido como ser social, com corpo e psiquismo indissociáveis, numa concepção bio-psíquico-social. O campo assistencial também se redimensionou e outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos entraram na rede de serviços.

Aos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), cabia gerenciar equipamentos de Saúde existentes em sua área geográfica de abrangência (Centros de Saúde, Hospitais, Laboratórios e Ambulatórios de Especialidades), administrar os recursos interinstitucionais, planejar ações e definir objetivos e metas de Saúde, em âmbito regional, gerindo recursos financeiros, materiais e técnicos.

Na década de 80, na região da instituição estudada, embora cada um dos 13 municípios que compunham o ERS-20, tivesse a rede Básica de Saúde (Postos e Centros de Atendimento a Saúde), a sofisticação dos atendimentos variava de acordo com a estimativa populacional de cada município.

Em 1988, a direção do ERS-20, criou um Grupo Especial de Programa de Trabalho em Saúde Mental (GEPRO), que tinha como objetivo traçar as diretrizes da assistência em Saúde Mental da região.

Considerando as diretrizes governamentais, as propostas do GEPRO determinavam que cabia aos Centros de Saúde a responsabilidade de recepção, triagem, psicodiagnóstico e o encaminhamento a outras ações especializadas em Saúde Mental. Funcionando, então, como porta de entrada para os usuários vindos de diferentes instituições (escolas, famílias, polícia, judiciário e também para a busca espontânea), a admissão dos usuários em Saúde Mental era realizada pelos Postos e Centros de Saúde.

Desta forma, a recepção e a triagem (enquanto Pronto Atendimento) deveriam orientar-se para um atendimento imediato do usuário, objetivando uma maior resolutividade na rede extra-hospitalar. O trabalho diagnóstico, neste atendimento, deveria conduzir à formação de um programa terapêutico de acordo com as condições dos serviços de cada unidade assistencial. Isto ampliou o trânsito dos usuários para o espaço social comum, mas a inserção da Saúde Mental na rede de Saúde, em geral, fez-se com a inclusão do usuário no campo social, mediado pelo circuito médico/medicamentoso.

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja organização e realização foram marcadas por uma série de conflitos entre os membros do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria e dirigentes da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Esta I Conferência foi considerada por Amarante (1995) como um marco da trajetória da desinstitucionalização e de construção de um novo projeto de Saúde Mental para o Brasil, em que a estratégia de transformação da assistência, visando à constituição de novas práticas assistenciais, passou a ser a de desconstrução e construção de novas formas de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico no cotidiano das instituições. Foi também a partir desta Conferência que as Associações de familiares e usuários passaram a atuar no Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Inicialmente, os grupos formadores de opiniões e as discussões dos encontros denunciavam e criticavam a assistência tradicionalmente deficiente dispensada à população, e propunham o cumprimento das alternativas baseadas em reformulações preventivas, extra-hospitalares e multidisciplinares. Ao lado das críticas da administração/gestão dos serviços surge o lema da luta antimanicomial e as denúncias de favorecimento ao setor privado (pelos convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata a questão da saúde e da psiquiatria).(AMARANTE, 1995, p.65)

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, também em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental realizado na cidade de Bauru/SP, o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, colocou em destaque a questão da loucura no âmbito sócio cultural. O movimento, intitulado Luta Antimanicomial, procedeu a sua organização em nível nacional como um movimento social autônomo com relação ao Estado, independente de serviços administrativos, de partidos, de corporações profissionais, como Conselhos ou Sindicatos. Enquanto uma instância de militância política, inscrita num processo social mais amplo de transformações sociais, tem sido um movimento que combate as formas de exclusão da loucura atuando em prol da construção da cidadania. Os militantes que compõem o movimento apresentam um novo perfil, que, ao lado dos trabalhadores de Saúde Mental, dos usuários, dos familiares e da comunidade, inseriram-se na Luta Antimanicomial, buscando fazer circular no tecido social as indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura. As questões relativas à exclusão da loucura novamente obtiveram espaço na imprensa, nas ruas e na opinião pública, influenciando o processo de transformação no campo da assistência em Saúde Mental no Brasil.

Em 1988, a aprovação da nova Constituição Brasileira contemplou, no artigo nº 196, a Saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado.

Com base nesta concepção, em setembro de 1990, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde e criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios doutrinários a integralidade, a universalidade e a equidade e, como princípios operativos a descentralização, via municipalização, o comando único em cada esfera de governo, a regionalização e hierarquização dos serviços e o controle público do sistema.

Os planos de atenção à Saúde passaram então a enfatizar, em suas propostas de ações assistenciais, aspectos como a universalização, regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade.

Neste contexto, o processo de municipalização permitiu a unificação dos recursos financeiros, humanos e materiais destinados à Saúde, ficando claro o papel político dos municípios no planejamento e na execução das ações assistenciais de Saúde.

Na década de 90, as leis 8.080 e 8.142 foram os instrumentos legais para a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, entre outras questões, previa a descentralização das ações assistenciais através da municipalização dos equipamentos e dos serviços de Saúde, com a participação popular e o controle social realizado pelos Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal).

A década de 90 apresentou significativos avanços na área da Saúde Mental concretizando, em diferentes regiões do país, a implantação e implementação de novas instituições e novas práticas assistenciais. Com o conceito de território e responsabilidade, como dispositivo para uma ruptura com o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, e da articulação do conceito de Saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades, as novas instituições assistenciais, que têm sido constituídas em oposição à maneira pela qual o paradigma psiquiátrico tratava o sofrimento psíquico, constituem um campo de experiências bastante diversificadas e um processo de transformação, no sentido de garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de Saúde. Não é apressado concluir a pertinência de estudos e reflexões a respeito das mesmas.

3 – O tema do atendimento na porta da instituição de Saúde Mental Coletiva

3.1 - Aspectos gerais

Se, por um lado, o atendimento pautado no paradigma psiquiátrico prevaleceu no campo da assistência em Saúde Mental Coletiva, por outro, faz-se necessário reinventar a clínica como possibilidade de ocupar-se de sujeitos nos aspectos de cuidados com a saúde e, conseqüentemente, da cidadania. Nesta perspectiva, sem reduzir a uma forma única e exclusiva de uma corrente clínica em teorizar e intervir, a clínica psicanalítica pode trazer importantes contribuições ao processo de desconstrução do modelo psiquiátrico, que passa pela transformação de discursos e saberes no trabalho cotidiano desenvolvido nas instituições. Entre as contribuições, consideramos que as entrevistas preliminares podem ser um recurso pouco utilizado, embora importante para o campo da Saúde Mental Coletiva.

A partir de um longo trabalho clínico de descrição e sistematização, que foi empreendido pela psiquiatria clássica, a loucura foi considerada doença mental. Num trajeto que, na escola francesa, vai de Pinel passando por Esquirol, Bayle, Morel, e na escola alemã, de Griesinger (considerado o pai do organicismo) a Kraepelin, o saber psiquiátrico produziu categorias e conceitos, mas nunca conseguiu inserir a doença mental inteiramente no método próprio da medicina, ou seja, o método anátomo-clínico.

A clínica psicanalítica considerou o substrato orgânico, mas descartou este aspecto para fazer sua investigação e buscar sua verdade no campo da fala e da linguagem.

Neste sentido, embora, as três estruturas clínicas da psicanálise neurose, psicose e perversões, fossem inspiradas em categorias da psiquiatria clássica, houve apropriações e rupturas, convergências e divergências, sendo que, da categoria da doença

mental aos conceitos de neurose e psicose, a psicanálise caminhou e passou da categoria ao conceito, da fenomenologia à metapsicologia.

Ao mostrar que as leis do inconsciente estão presentes em todos os sujeitos (neuróticos, perversos e psicóticos) e que o sintoma neurótico é uma formação inconsciente e, como tal, é expressão do desejo, funcionando como uma metáfora, a psicanálise abriu caminho para que se efetuasse uma ruptura de um circuito obrigatório entre a clínica e a anatomia patológica. Abriu, caminhos para novas possibilidades de circuitos, passando pelo inconsciente, no qual a abordagem do sintoma como uma manifestação subjetiva significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo emergir um sujeito, o sujeito do inconsciente, com sua transferência.

Para a psicanálise, o sujeito do inconsciente não se pertence. Através da associação livre, Freud afirmou que a fala é endereçada, sem qualquer outra ordem que não seja aquela inerente a seus próprios trilhos. Este falar a alguém implica num laço criado só entre o dizer de um sujeito e seu destinatário - o laço da transferência. Esse laço é assimétrico, pois não é uma conversação, coloca em pauta a fala de um sujeito, ocasião em que a palavra tropeça na relação sexual que não existe. Na sexualidade humana, a pulsão é sempre parcial, seu objeto não opera como seu complemento. O sujeito se remete, inevitavelmente, às questões que a sexualidade lhe trazia na infância, tendo como único recurso para se situar no campo da diferença sexual, a saída problemática da castração. No falar da análise, inscreve-se o sonho, o lapso, o chiste, que são formações inconscientes que irrompem, desviam, desconectam um sentido que parecia dado, emergindo o sujeito do inconsciente.

O ser humano nasce com um organismo pronto, mas o corpo tem que ser construído, tem que ser constituído no corpo da linguagem, dando-lhe significação. Neste sentido, o homem é um animal de significação, constrói a si próprio e ao mundo através do

permanente processo de criação e interpretação do existente. Para isto, é necessária uma ordenação dada pela ordenação fálica. A construção do corpo exige a perda simbólica do falo. A castração é o que permite dialetizar a presença e a ausência, o vazio e o pleno, o sentido e a sua falta, seu acontecimento no registro simbólico.

Para Lacan (1964), o problema da existência humana está articulado mediante a distinção de três registros: real, imaginário e simbólico. A relação imaginária se especifica pela ausência de uma mediação entre o “si” e a coisa, entre o “si” e o objeto do desejo, entre o “si” e a idéia. A origem pela qual o sujeito se distânciava do que o cerca - o real – corresponde ao nascimento da ordem simbólica.

O símbolo, nomeando a coisa e conferindo a esta o valor de um conceito que pode ser usado sem referência direta a ela, permite ao sujeito distanciar-se dela. O significante, o simbólico, opera, portanto, distinções indispensáveis à constituição do sujeito.

No registro simbólico, ficam articuladas as questões fundamentais do sujeito como o sexo, a morte, a procriação e a paternidade, quando da travessia do Édipo.

Lacan relaciona a diferenciação entre a neurose e a psicose com o reconhecimento ou não da castração. Existem dois modos que correspondem à elaboração da castração no simbólico:

- 1 - o recalque que nega conservando o elemento negado no inconsciente, que retorna sob a forma do sintoma na estrutura neurótica;
- 2 - o desmentido que nega conservando o elemento no fetiche que retorna sob a forma de fetiche na estrutura perversa.

Há, ainda, um terceiro modo que corresponde a metabolização sem passagem pelo simbólico:

- é forclusão : que nega se deixar traços e retorna no real, sob a forma das alucinações, ecos de pensamentos, fenômenos relativos ao sentido e à verdade como as intuições delirantes.

Freud postulou que o objeto fálico tem posição central na economia libidinal tanto no homem como na mulher.

Lacan (1964) formulou que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e que para o homem atribuir uma significação à sua existência, precisa se ordenar no símbolo, sendo a função simbólica o que caracteriza a ordem humana. É a ordem simbólica que estrutura os fenômenos imaginários, sendo que a entrada do ser humano na ordem simbólica se faz por intermédio do Édipo.

A experiência normativa da castração, na medida em que é simbolizada, permite à criança assumir o seu próprio sexo e se tornar capaz de reconhecer seus limites. A falta de simbolização da castração se traduz por uma incerteza no sujeito psicótico, com respeito à sua identidade sexual e por uma perda do sentido da realidade.

Lacan (op. cit.) propõe três tempos, no correr dos quais, desenvolve-se a experiência da castração, três tempos do Édipo.

O primeiro tempo lógico do Édipo, o tempo inaugural, é um tempo mítico. A criança está identificada com o falo da mãe, em que a mãe é para a criança um Outro absoluto. Sem lei, neste tempo, o estágio do espelho é a construção lógica, à qual corresponde a formação do eu por intermédio da imagem do outro. A unidade do corpo é pré-figurada pela imagem do espelho e a unidade do eu é totalmente imaginária, pois o sujeito encontra a imagem do eu no outro.

O segundo tempo lógico do Édipo corresponde à simbolização. A mãe, podendo ser simbolizada por uma palavra, passa ao estatuto de signo e existe uma mediação simbólica da linguagem. É o tempo em que tem lugar o fato fundamental da experiência da castração, a percepção da falta do pênis. À ilusão da universalidade do pênis segue-se a queda dessa ilusão por meio da constatação da falta do pênis na mãe e a submissão à Lei do pai, que proíbe o incesto. A criança se decide a perder a mãe, objeto de seu desejo para salvar seu

próprio sexo. Esta crise é estruturante à medida que a criança se torna capaz de assumir a sua falta e a produzir seu próprio limite.

A inserção do Nome-do-pai (a função paterna tal como é internalizada e assumida para a própria criança, e entendida como expressão do desejo da mãe ou do desejo do filho) vem barrar esse Outro, onipotente e absoluto, é a inscrição da castração simbólica, que vem dizer à criança que ela não é o falo e que a mãe não o tem.

O terceiro tempo lógico do Édipo é o do declínio do complexo do Édipo, em que a criança passará da posição inicial de ser o falo à posição de ter o falo. O pai aparecerá como um suporte identificatório do ideal do eu, cuja matriz simbólica é o significante do Nome-do-Pai. A inclusão deste significante no Outro marca a entrada do sujeito na ordem simbólica, permitindo a inauguração do significante no inconsciente, implicando as questões do sexo e da existência que, registrados no inconsciente, ou seja, fechados ao sujeito neurótico, aparecem enquanto lapsos, sonhos, chistes.

Na psicose, a forclusão do Nome-do-Pai implica a rejeição da castração simbólica. Não existe barra para o Outro. Na psicose há, portanto, a exclusão do outro da Lei, não prevalece a lei da castração e não se estabelece a significação fálica. O sujeito psicótico fica fora da partilha dos sexos e, não podendo escolher entre ter ou não ter, passa a ser o falo.

Segundo Barreto (1999), no discurso psiquiátrico, o psicótico, definido como fora da realidade, freqüentemente, levava a uma prática que o colocava fora de circulação. O texto freudiano o situa fora da transferência e a teoria lacaniana fala em forclusão, fora do discurso. Um fora que aponta para uma exterioridade, em que a realidade se faz presente de um modo peculiar – uma presença exterior – onde os elementos incompreensíveis no psiquismo do sujeito psicótico não fazem parte – são de fora. Neste sentido, os fenômenos psicóticos têm um caráter de exterioridade à vida psíquica do sujeito, de irrupção, de

imposição, de corte. As alucinações verbais são uma manifestação disto, assim como os pensamentos impostos.

Segundo Quinet (2003), sendo o Nome-do-Pai o significante que permite ao sujeito entrar na linguagem e aí articular sua cadeia de significantes, a não inserção desse significante acarreta a marca essencial da psicose os distúrbios da linguagem, como as alucinações, onde as mensagens interrompidas revelam a quebra de cadeias significantes.

O sujeito psicótico, sem referência simbólica, funciona no registro imaginário, no qual o Outro é tomado como espelho e modelo de identificação imediata. Há uma cristalização da relação imaginária do eu psicótico com um Outro eleito, relação carregada de uma extrema agressividade erotizada, que pode ir até o desaparecimento da imagem especular.

No sujeito neurótico, a realidade que ele aceita através do recalque é a da castração, que inscreve em si mesmo e da qual não tem como escapar. Recalcar significa isolar a representação sexual intolerável, o vestígio psíquico superinvestido de afeto, que se torna inconsciente e mantém sua existência independente, ao mesmo tempo em que se conecta com outros elementos. A representação recalcada exerce uma pressão para retornar do inconsciente para a consciência, o que faz com que o sujeito neurótico se comporte como angustiado. No processo do recalque, o afeto não é recalcado, mas sofre efeito do recalque. Por isso, as idéias são acompanhadas de muita angústia, pois a intensidade da pulsão só se representa em afetos.

Nas neuroses - histeria, fobia ou obsessão - a defesa se organiza substituindo a representação insuportável por outra mais aceitável para o eu, e o fracasso desse mecanismo de substituição dá lugar aos sintomas (neuróticos) que são representações de angústia ou, em outros termos, destinos da representação dos afetos.

Portanto, em psicanálise, o sintoma é um mal estar que se impõe ao sujeito, para além dele e o interpela. É uma manifestação do inconsciente que se reveste, segundo Nasio (1993), de três características:

- 1 - na maneira como o sujeito enuncia o seu sofrimento, nos detalhes inesperados do relato e nas palavras ditas de improviso;
- 2 - na formulação de uma teoria pessoal do sujeito para compreender seu mal estar, sendo que na análise, o analista se transforma no destinatário do sintoma, e quanto mais o sujeito explica a causa do sofrimento àquele que o escuta, mais se torna o Outro do seu sintoma;
- 3 - o psicanalista, ao fazer parte do sintoma, abre as portas para transferência analítica, que Lacan denomina sujeito-suposto-saber. Para o analisante, trata-se de supor que o analista sabe, e supor também que ele está na origem de seu sofrimento, ou seja, o analista, ao fazer parte do sintoma, significa que está no lugar da causa do sintoma.

O sintoma também pode ser visto como uma face do signo quando um dado sintoma representa algo para aquele que sofre; pode ser visto, também, como uma face de significante, que mostra que o sofrimento é imposto fora da vontade do sujeito, é um acontecimento ligado a outros que não têm sentido. Pode ser um lapso, um sonho, um gesto, enquanto uma expressão involuntária do sujeito falante. Embora o significante possa ser perceptível para o analista ou analisante, os outros significantes, com os quais se encadeia, não o são “[...] o aspecto significante do sintoma é o fato de ele ser um acontecimento involuntário, desprovido de sentido e pronto para se repetir.” (Nasio, 1993, p.19)

Para este autor, o inconsciente é a ordenação de um saber que o sujeito veicula sem sabê-lo. É um processo constantemente ativo, que se exterioriza através de atos, acontecimentos ou palavras, desprovidos de sentido identificável, como um acontecimento ligado a outros acontecimentos ausentes e virtuais.

Freud havia postulado que o recalque (no neurótico) é algo diferente do que Lacan postulou como a forclusão como o mecanismo específico da psicose.

A psicanálise e as idéias de Lacan podem ser recursos ou fundamentos importantes para que se construa um novo modo de abordar o sofrimento psíquico, nas novas práticas e nos novos dispositivos de Saúde Mental Coletiva.

No atendimento da porta das instituições de Saúde Mental Coletiva, com o intuito de propiciar a busca da construção de novas práticas assistenciais que levem em conta o sujeito da experiência por meio das questões apresentadas na constituição das clínicas psiquiátrica e da clínica psicanalítica, o que interessa para quem escuta os usuários que procuram a instituição atualmente, não é o diagnóstico nosográfico ou classificatório, mas a possibilidade de estar em contato com este usuário, responsabilizando-se pelo sofrimento humano numa perspectiva de cuidados e cidadania desses sujeitos. A dimensão da cidadania, da não exclusão, ou seja, do direito à livre circulação pelos espaços sociais e do convívio com o diferente, requer uma mudança com relação à posição do usuário no tratamento, que deve se pautar pelo vínculo de confiança com a equipe.

Consultando a literatura sobre o tema, encontramos considerações a respeito da entrevista inicial dos sujeitos que buscam ajuda em Saúde Mental.

Bleger (1989) aponta que o campo de uma entrevista psicológica deve se configurar pelas variáveis que dependem da personalidade do sujeito entrevistado, em todo o curso da relação estabelecida com o técnico, durante o tempo que esta relação durar.

Aponta, ainda, que para procurar ajuda, é necessário que o sujeito tenha consciência e uma certa preocupação de algo não está bem consigo. Os conflitos apresentados pelo sujeito, como motivo do atendimento, podem não ser seus conflitos fundamentais, mas a investigação sobre isto será realizada durante o transcurso da entrevista.

Pela transferência que o entrevistado estabelece com o entrevistador, ele lhe atribui papéis e se comporta em função dos mesmos, fornecendo aspectos irracionais de sua personalidade, tais como seu grau de dependência, sua onipotência e sua expectativa de ajuda e de cura.

A entrevista psicológica deve então começar por onde se inicia o sujeito e as interpretações, que se caracterizam enquanto hipóteses, devem ser verificadas ou ratificadas na entrevista, pelas respostas mobilizadas ao pôr em jogo tais hipóteses.

Para Mannoni (1981), a demanda impulsiona a busca por tratamento e o psicanalista pode ajudar o sujeito a articular a sua demanda, ou seja, a constituir-se na sua fala em relação à sua história. De uma certa seqüência poderá ser extraída uma mensagem, na qual poderá ser veiculado um sentido.

Todo sujeito se acha inserido numa linhagem, segundo certas leis. A relação com essas leis adquire uma significação no desenvolvimento e no tipo de relação que ele vai estabelecer, em seguida, com o outro. O primeiro relacionamento do sujeito se estabelece com a mãe que é, para ele, esse primeiro Outro, no qual seu próprio discurso vai encontrar um sentido.

O acesso à ordem da cultura, da linguagem, da Lei, isto é, o acesso a um mundo carregado de sentido, ou, em outros termos, este ponto de referência que é o significante paterno, constitui para a criança um elemento essencial que vai lhe permitir deixar o mundo fechado materno para entrar como indivíduo no universo dos signos.

A linguagem, assim como a noção de parentesco, desenha um sistema em que as palavras tomam um lugar em determinada ordem. É nos símbolos do sintoma que o sujeito vai se exprimir. Nos primeiros atendimentos, o analista é submetido ao pedido do sujeito e o sintoma é uma linguagem que cabe ser decifrada.

Entender a dimensão simbólica da mensagem significa ajudar o sujeito a articular o seu pedido, a fim de que possa dar-lhe um sentido, ou seja, decifrar o segredo incluído no sintoma, ao permitir ao sujeito se exprimir numa linguagem diferente da do corpo.

Para isso, é necessário então estar atento à escuta daquilo que, além do sintoma, pode surgir num discurso. As primeiras entrevistas podem ser mais reveladoras de distorções do próprio discurso, do que o seu conteúdo. É no Outro que a verdade do discurso se constitui, sempre através de certo engodo. “A aparição da demanda é anterior à entrada em análise” (Miller, 1997, p.455).

Segundo Quinet (2000), dar início a uma análise a partir da demanda de alguém depende do analista e de seu ato de decisão. É no decorrer das entrevistas preliminares que o analista poderá apreciar se a demanda de análise é admissível. As entrevistas preliminares se configuram como um tempo de compreensão e de conclusão para a tomada de decisão, quanto a transformar ou não o tratamento em análise.

Este trabalho prévio à decisão de aceitar o paciente em análise, segundo Quinet, tem três funções: a função diagnóstica, sintomal e transferencial.

Na clínica psicanalítica “[...] o que importa é como a demanda se particulariza num sujeito, que se apresenta ao analista representado por seu sintoma” (Quinet, 2000, p.16).

Na função sintomal, a demanda de análise é correlata à elaboração do sintoma enquanto “sintoma analítico”, ou seja, para o início da análise a analisabilidade deve ser buscada, transformando o sintoma do qual o sujeito se queixa, em sintoma analítico. A analisabilidade é função do sintoma. No trabalho das entrevistas preliminares, o sintoma é questionado pelo analista, a fim de saber que gozo esse sintoma delimita, a que está respondendo. É necessário, que a queixa se transforme numa demanda endereçada ao analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito. Quando o

sintoma é transformado em enigma ele aparece como a expressão da divisão do sujeito (neurótico).

“A constituição do sintoma analítico é correlata ao estabelecimento da transferência, que faz emergir o sujeito-suposto-saber” (Quinet, 2000, p.17).

O sujeito, ao procurar o analista, supõe que ele detenha de antemão a verdade dos seus sintomas. O analista é assim incluído no sintoma, completando-o e, como aponta Nasio (1993), torna-se a causa do mesmo.

Nas entrevistas preliminares, portanto, a função sintomal corresponde a esse trabalho prévio, no qual também se provoca a histerização do sujeito, do próprio inconsciente em exercício.

A função diagnóstica nas entrevistas preliminares diz respeito a um diagnóstico diferencial, por meio do qual o analista deverá ser capaz de concluir, de maneira prévia, algo a respeito da estrutura clínica da pessoa que foi consultá-lo e, em consequência, tomar uma decisão, pois, do ponto de vista lacaniano, um sujeito não pode pertencer a duas estruturas clínicas.

Considerando que para Lacan é com a travessia do complexo de Édipo e com a inscrição do Nome-do-Pai no Outro da linguagem que se produz a significação fálica (o que permite ao sujeito se inscrever na partilha dos sexos), o diagnóstico diferencial deve, então, ser buscado no registro simbólico, por meio dos três modos de negação do Édipo, que corresponde a três estruturas clínicas, sendo que para cada modo de negação existe um tipo de retorno do que é negado:

1 - recalçamento na estrutura neurótica - o que é negado no simbólico retorna no simbólico através dos sintomas neuróticos, que fornecem um acesso à organização simbólica que representa o sujeito;

2 - Recusa na estrutura perversa - o negado é simultaneamente afirmado, portanto, há uma admissão da diferenciação sexual que é desmentida. O desmentido retorna, no simbólico, sob a forma de fetiche;

3 - A forclusão - que nega a castração e pode retornar no real sob a forma de automatismos mentais, automatismos corporais e/ou intuições delirantes.

O diagnóstico da estrutura clínica, neste trabalho prévio, é importante para a condução do tratamento, pois no tratamento do sujeito psicótico não será possível ter como referência o Nome-do-pai e a castração.

Para Quinet (2000), a clínica, a partir do discurso analítico, é algo a ser construído e, para a condução do tratamento, é necessário também passar do plano das estruturas clínicas para o plano dos tipos clínicos (histeria - obsessão).

Na experiência psicanalítica, a avaliação clínica está relacionada à transferência, ou seja, à modalidade da relação do sujeito com o Outro.

De acordo com essa concepção, o analista será convocado pela transferência a ocupar o lugar do Outro do sujeito, a quem são dirigidas suas demandas.

No caso do obsessivo, é um Outro detentor de gozo que impede seu acesso ao sujeito. É um Outro a quem nada falta e que não deve, portanto, desejar. O obsessivo anula o desejo do Outro. Para ele, trata-se de um Outro que comanda, legífera e vigia, tapeando-se ao acreditar que é o seu trabalho que lhe deva dar acesso ao gozo. É sempre um retardatário necessitando de um estado de enigma e de pânico para a entrada em análise.

Para a histérica, o Outro é o Outro do desejo, marcado pela falta e pela impotência em alcançar o gozo. Neste caso, o Outro é que lhe deve. A histérica, sem ser escrava, está sempre à procura de um senhor, inventando um mestre para reinar e, ao mesmo tempo, para apontar as falhas de sua dominação. Estimula o desejo do Outro e dele se furta como objeto (o desejo é estimulado enquanto questão inconsciente).

A modalização do gozo sexual nos tipos clínicos, menos prazer da histérica e mais prazer do obsessivo, é um critério diagnóstico determinado pela fantasia fundamental e que pode ser considerado nas entrevistas preliminares.

O surgimento do sujeito sob transferência (a função transferencial) e a decisão de buscar um analista estão relacionados à hipótese de que existe um saber no sintoma ou naquilo de que o sujeito se queixa e do qual quer se desvencilhar.

Para a análise, é fundamental uma queixa e, para o diagnóstico, é necessário avaliar o falar do sujeito e o que se passa entre as palavras, ou seja, a posição tomada por quem fala quanto aos próprios ditos, pois o dito, enquanto fato, é uma coisa e o que o sujeito faz do que disse é outra.

A transferência é uma função do analisante que o analista precisa saber utilizar.

O sujeito-suposto-saber é aquele constituído pelo analisante na figura do analista. A escolha do analista está relacionada à articulação de dois significantes, que correspondem ao estabelecimento da transferência – transferência significativa cujo efeito é um sujeito da associação livre, que é o próprio sujeito do inconsciente.

“O que importa é a relação que foi estabelecida pelo analisante entre o analista e o sujeito suposto saber” (Quinet, 2000, p. 28).

O efeito do estabelecimento desse sujeito suposto saber é o amor, sob o aspecto de resistência ao desejo, como desejo do Outro.

Fazer aparecer a dimensão do desejo como desejo do outro está articulado à função sintomal de levar o sintoma ao estatuto de questão (enigma), pela ligação implícita do desejo com o saber.

No processo analítico, a retificação subjetiva promove a responsabilização do sujeito na escolha da neurose. Isto pode ser entendido como a passagem do fato de queixar-se dos outros para queixar-se de si mesmo.

É através da retificação subjetiva que o sujeito apreende a sua responsabilidade essencial no que lhe ocorre, pois no processo analítico, o ato analítico consiste em implicar o sujeito em seu próprio motivo de queixar-se. O sujeito percebe a situação na qual se encontrava e percebe sua responsabilidade quanto ao seu desejo que ele não conhece.

Para Quinet (2000), com o obsessivo, a retificação subjetiva se situa no plano da causalidade - a sua impossibilidade de agir é correlata à sua modalidade de sustentação do desejo como impossível. Com a histérica se usa a implicação do sujeito em sua reivindicação dirigida ao Outro, fazendo-a passar de vítima sacrificada à posição de agente da intriga, da qual se queixa e que sustenta o seu desejo na insatisfação.

Neste sentido, o tratamento em psicanálise é a experiência do inconsciente, função da fala e do campo da linguagem, sendo que o analista deve se orientar pela fala do analisante para a condução da análise.

3.2 - Aspectos específicos

No campo da Saúde Mental, as ações assistenciais se constituíram histórica e socialmente tendo a internação psiquiátrica como a intervenção terapêutica para o sujeito em sofrimento psíquico.

No processo da Reforma Psiquiátrica, essas práticas, então situadas no contexto hospitalar, passaram por significativos avanços e representaram importantes transformações no contexto institucional. No entanto, a assistência continuava sendo organizada dentro da instituição hospitalar. Foi a partir das experiências da Psiquiatria de Setor, francesa e da Psiquiatria Comunitária Preventiva, norte-americana, que a criação e a organização de uma rede instituições e de serviços extra-hospitais, como os ambulatorios e as oficinas

terapêuticas, passaram a enfatizar as possibilidades de cuidados fora da instituição hospitalar, sem, no entanto, prescindir da mesma.

A experiência da Psiquiatria Democrática, italiana, caracterizou-se como uma ruptura com as práticas baseadas na reforma institucional e optou por uma desconstrução das instituições psiquiátricas que envolveram a desmontagem do paradigma da doença mental e a criação de novas formas de convívio entre a sociedade e a loucura.

Pensamos que é a partir destas experiências que a questão da “recepção-escuta” do usuário pode ser colocada, pois no contexto hospitalar, a oferta de tratamento para o sujeito em sofrimento psíquico já estava dada/pronta e se restringia à internação psiquiátrica. A partir da criação de novas instituições e ações assistenciais frente ao sofrimento psíquico, outras possibilidades e propostas terapêuticas passaram a ser ofertadas.

No processo da Reforma Psiquiátrica do Brasil, a crítica radical à psiquiatria tradicional, desde a década de 70, produziu mudanças nas concepções do objeto que, anteriormente, focadas exclusivamente na doença e numa prática centrada no médico, levou a uma concepção que superava as dicotomias saúde/doença, individual/social, entendendo o campo da Saúde Mental como um campo complexo, composto por uma série de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos.

No campo assistencial, essas mudanças permearam os programas terapêuticos, propostos a partir das décadas de 70/80. Em princípio, inspirados na Psiquiatria Comunitária Preventiva, estes programas propunham a organização da assistência em Saúde Mental numa rede extra-hospitalar, visando a desospitalização. Seguindo os princípios de hierarquização, integralidade e regionalização, as ações assistenciais foram organizadas em programas de atenção primária, secundária e terciária.

Nas Unidades Básicas de Saúde (atenção primária), que funcionavam como porta de entrada dos usuários na rede de serviços, o atendimento de recepção e acolhimento

dos usuários visava constituir-se num atendimento de caráter resolutivo, em que o diagnóstico, enquanto triagem, deveria observar o “grau de enfermidade” do usuário, assim como o grau da gravidade de seus problemas e de seu grupo familiar e procurar definir o projeto terapêutico do mesmo, efetuando os encaminhamentos de acordo com os recursos institucionais da rede.

Nas novas instituições brasileiras, buscando a constituição de práticas assistenciais substitutivas ao modelo manicomial numa perspectiva da “Atenção Psicossocial”, influenciadas pelas concepções da psiquiatria democrática e em consonância com os princípios da Luta Antimanicomial, a questão do sujeito, passou a ser colocada em outra concepção e ética, nas quais o modelo assistencial passou a ser pautado numa ética pública que define o sujeito e o agente terapêutico, acima de tudo, como cidadãos e iguais. O alvo da luta política tem sido a estrutura asilar e as práticas assistenciais que excluem a dimensão da subjetividade. Entre elas podem estar inseridas as ações ambulatoriais, chamadas “tradicionais”, que incluem o tratamento medicamentoso e as psicoterapias, visando o tratamento da doença pautado no modelo psiquiátrico.

Nesta perspectiva, a recepção e a triagem, enquanto atendimento da porta das instituições de Saúde Mental Coletiva, caracterizou-se como um “processo de seleção” dos usuários, de acordo com os projetos assistenciais existentes, uma vez que a instituição, já tendo previamente delimitado as suas fronteiras e os seus projetos terapêuticos, não levava em conta as demandas dos usuários que as procuravam.

No processo de construção de novas práticas assistenciais substitutivas às internações do modelo psiquiátrico, certa resolutividade é algo pontuado como necessário. No entanto, isto não significa que as instituições devam funcionar como um “centro de excelência”, atendendo uma parcela dos usuários e fechando a porta para o grosso da demanda que busca ajuda nas mesmas.

Levcovitz (2000), afirma que nas instituições que previamente já têm determinadas as suas fronteiras, rapidamente se esgotam as possibilidades de receber novos usuários, novas demandas e, muitas vezes, as filas de espera acabam representando uma distorção no manejo dos encaminhamentos e, até mesmo, na construção do tratamento, situação em que imperceptivelmente, reproduz-se uma prática manicomial, pois a espera pode significar um tempo no qual os usuários em sofrimento psíquico e que demandavam ajuda em Saúde Mental Coletiva acabam sendo abandonados a si mesmos e no qual a equipe exime-se da responsabilidade frente a estas questões.

Na constituição de ações na perspectiva da Atenção Psicossocial, a concepção de doença, considerada como um acontecimento biológico e o conflito, como fruto de uma interioridade conturbada, deve dar lugar a mudanças mais complexas, que permitam entrar em contato com o sujeito. Os dispositivos de assistência devem visar à reconstrução das relações sociais de trabalho e de convívio social do usuário em seu território.

Neste sentido, Tenório (2000) afirma que o atendimento da porta da instituição, embora sendo um lugar de passagem, é pleno de implicações, seja por seus efeitos terapêuticos mais imediatos, seja por suas implicações em termos de um trabalho subjetivo mais longo.

É neste momento, da recepção dos usuários nos atendimentos na porta das instituições, que são colocados em ação a demanda daquele que sofre, os recursos do profissional que o recebe, a natureza da especificidade da instituição, os serviços da rede como um todo, assim como os limites e as armadilhas do paradigma da atenção psiquiátrica. A natureza do que se deve dar como resposta, nestes atendimentos, pode implicar em tamponamento ou abertura da dimensão subjetiva do sofrimento do sujeito. Deste modo, reconhece-se que esses atendimentos podem ser a oportunidade de reinvenção deste trabalho e de construção de novos modelos assistências.

É certo, então, que no momento da recepção, acolher não se confunde com triar. Significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para que seja possível escutar e valorizar as particularidades de cada sujeito e de cada situação.

Avaliar, por sua vez, não quer dizer julgar. Significa buscar um diagnóstico da situação de cada usuário, sua situação clínica, sua medicação e quais os recursos possíveis para o seu atendimento.

Neste atendimento, buscar subjetivação da demanda significa implicar o usuário em sua fala e em seus sintomas, convocando o mesmo a pensar sobre o seu mal-estar e sobre o seu desejo de se tratar, responsabilizando-se pelas condições de sua existência.

Sob a perspectiva da Atenção Psicossocial, Tenório (2000), mostra a necessidade de um trabalho de avaliação da demanda, prévio ao encaminhamento. Encaminhar significa procurar novos caminhos ou novos passos na busca de ajuda, num processo em que o sujeito participa da construção terapêutica de sua singularidade.

Segundo Figueiredo (1997, p.43) a recepção em Saúde Mental Coletiva pode funcionar como “[...] o eixo central da clínica, decidindo o destino de cada caso no duplo sentido de destinação (encaminhamento) e desígnio (futuro).”

A recepção pode, ainda, funcionar como uma espécie de termômetro da instituição ao tornar mais públicos seus procedimentos clínicos, assim como seus problemas e soluções no percurso de cada usuário.

Para que isso possa ocorrer, a autora aponta a necessidade, por parte do profissional ou da equipe de Saúde Mental, de se ter uma certa sutileza na escuta, bem como certa agilidade e precisão na condução de cada caso, de cada situação. Acresce, ainda, que a resolutividade não depende só das iniciativas do profissional ou da equipe que realiza os primeiros atendimentos, mas depende também da possibilidade de tolerância em deixar que

as demandas se revolvam naquele espaço, a fim de diferenciar as condutas e encaminhamentos.

Para Figueiredo (1997), a diferença entre escutar uma queixa e escutar uma questão do sujeito é fundamental, pois quem adoece e sofre é antes de tudo um sujeito e não um corpo. Propõe, então, que a fala deva ser privilegiada como possibilidade de fazer aparecer outra dimensão da queixa, a fim de singularizar o pedido de ajuda.

Sendo assim, postula que o tratamento na Saúde Mental Coletiva consiste em acolher e escutar, ao invés de acolher e conter os usuários e seu sofrimento.

Quanto ao encaminhamento alude à necessidade de que o profissional e/ou a equipe esteja(m) situado(s) em relação às ofertas de tratamento operantes no serviço. No entanto, consideramos que na perspectiva da Atenção Psicossocial e na recepção em Saúde Mental Coletiva, que acolhem as mais variadas demandas dos usuários, é necessário ter flexibilidade para recebê-las e trabalhá-las, sendo que nem sempre elas vêm de encontro com os recursos da instituição ou do município. O encaminhamento não deve ser restrito aos programas ou projetos da instituição. Novas ofertas precisam ser criadas ou articuladas com dispositivos não assistenciais, como cooperativas, associações, clubes, centros de convivência e outros.

Para Figueiredo (op.cit.), a interdição da psicanálise nos serviços de Saúde Mental Coletiva é decorrente de uma apreensão mais geral de uma concepção pedagógica da psicanálise que, fixada ao setting analítico, à duração e à frequência das sessões, ou seja, a uma definição estereotipada do trabalho analítico, não consegue pensá-lo para uma população freqüentemente instável e variável em sua busca de atendimento.

Aponta que o movimento lacaniano, redefinindo o campo analítico, pôde indicar os limites do trabalho psicanalítico na Saúde Mental Coletiva e pontua que o analista,

na instituição, pode então se oferecer para a transferência e trabalhar a partir das falas que lhe forem endereçadas enquanto queixa.

A manutenção do diagnóstico diferencial da neurose ou da psicose, enquanto referência mínima, pode estabelecer as diferenças quanto ao lugar e à função do analista no manejo da transferência.

Lobosque (1997), pondera que o Movimento Antimanicomial, tem como objetivo desconstruir os muros com os quais a técnica assumiu o mandato social de segregação da loucura, no entanto, isto não significa ficar alheio à clínica, pois quando a diferença se manifesta pelo sofrimento ou pelo risco grave, freqüentemente, o clínico é chamado a intervir de um lugar então, que lhe é próprio.

Para a mesma autora, na clínica da Saúde Mental a ruptura com o modelo asilar exige uma crítica e uma ruptura com um certo modo de olhar e um certo modo de saber sobre o louco. Ela deve romper com o olhar que o modelo psiquiátrico determina.

No modelo psiquiátrico, a formalização, que ficou conhecida como “método clínico”, foi estruturada com experiências que privilegiavam o olhar, método de análise que procura relacionar o ato perceptivo com o elemento da linguagem. Nesta metodologia, o conhecimento é a observação empírica dos fenômenos que constituem a realidade e tem origem na experiência e nas percepções dos sentidos. As idéias derivam das sensações e é na palavra, expressão material das idéias, que o conhecimento deve ser fundamentado. A descrição do clínico visa reproduzir, na sintaxe da linguagem, a ordem dos encaminhamentos naturais.

Na clínica psiquiátrica, o lugar do encontro entre o médico e o doente é organizado pela alternância de momentos falados e percebidos numa observação, ou seja, a observação cuidadosa se alterna com a interrogação criteriosa em que se explora a sequência temporal das manifestações da doença.

Lobosque (1997) postula que uma “Clínica Antimanicomial”, operando num sentido contrário ao da exclusão, deveria ser norteada pelos princípios abaixo:

- 1 - Singularidade - que também é um atributo de um coletivo que funcione como tal, constituído pela articulação de diversas singularidades entre si. Com ela o trabalho clínico, observado caso a caso, é a condução do tratamento para que o sujeito siga o caminho que lhe é próprio, mantendo-o ao mesmo tempo, “cabível” dentro dos limites da loucura.
- 2 - Limite - quando a elaboração de um limite não encontra apoio nos recursos que a família, o trabalho e a cultura venham a oferecer. O clínico é então chamado a intervir, articulando a clínica com outras espécies de práticas e pensamentos.
- 3 - Articulação com movimentos sociais que tomam posição política incisiva e clara em prol da cidadania, mantendo-se autônoma diante de governos e administrações.

Para Amarante (2003), no contexto atual, no qual as ciências já não são concebidas como verdades absolutas, no campo da assistência em Saúde Mental Coletiva, os métodos, as teorias, as técnicas como práticas e saberes também não são tidos como definitivos ou inquestionáveis.

Considerando que no contexto da Reforma Psiquiátrica, a exclusão da subjetividade é uma dimensão no processo das práticas pautadas no paradigma do modelo psiquiátrico, o que importa, na perspectiva da Atenção Psicossocial, é entrar em contato com o sujeito.

Embora no processo de constituição da Atenção Psicossocial não exista a filiação a uma determinada concepção teórica do psiquismo, algumas concepções se apresentam como fontes de contribuição valiosas. Diferentes autores como Costa-Rosa (2000); Figueiredo (1997); Lobosque (1997/2001) apontam que a psicanálise pode contribuir para a construção de práticas que se pretendem substitutivas às práticas manicomiais.

Entre estes autores, Lobosque (2001) entende que a Saúde Mental Coletiva não pode se confundir com a psicanálise, mas que a distinção entre os campos disciplinares não significa necessariamente sua incompatibilidade; a psicanálise pode ser uma parceira de direito de defesa da cidadania do louco e do questionamento de sua exclusão, quando move uma ética que leva em conta o real da estrutura

A psicanálise pontua que as modalidades de exclusões impostas ao louco são diversas e que entre elas estão a exclusão do direito, a exclusão do consentimento e a exclusão da responsabilidade. A psicanálise oferece uma concepção específica e grave do sofrimento psíquico, a psicose. Esta concepção tem efeitos importantes no convívio com o mesmo em várias dimensões (assistenciais, sociais, políticas, culturais).

Por outro lado, o problema individual x coletivo inevitavelmente se coloca na Saúde Mental Coletiva, quando se busca na psicanálise a referência da prática clínica. O sujeito do inconsciente postulado pela psicanálise é aprendido na experiência clínica que, tal como a psicanálise inspira, é inseparável de sua teorização, ou seja, o trabalho teórico está articulado e é condição para o seu exercício.

No contexto da Saúde Mental Coletiva, o exercício da clínica busca modificações que visam a constituição de práticas na perspectiva da Atenção Psicossocial. Trata-se, portanto, de uma clínica que não é prevista pela instituição psicanalítica.

Se historicamente foi a partir da criação das instituições que grandes camadas da população tiveram acesso aos serviços de Saúde Mental Coletiva, atualmente, ampla parte dos usuários que procuram esses serviços coloca os profissionais das equipes frente a um descompasso. Por um lado, no Brasil, a partir das décadas de 70/80, as mudanças nos programas assistenciais, implantadas em função das críticas ao modelo hospitalocêntrico, priorizando o atendimento dos casos graves, visava evitar as internações desnecessárias e buscava a desospitalização. Por outro lado, existem outras demandas que se fazem presentes

na busca por ajuda nas instituições de Saúde Mental Coletiva, e a definição *a priori* dos projetos assistenciais, sem levar em conta a escuta da demanda dos usuários, também pode se constituir numa prática manicomial.

Na Saúde Coletiva, freqüentemente, os recursos materiais e humanos são limitados e, frente a tantas demandas, o que geralmente se observa é que, ou tenta-se uma ampliação desses recursos ou, quando eles são mantidos, acaba ocorrendo um movimento de reduzir as responsabilidades dos serviços face aos problemas colocados pelas solicitações dos usuários e pelas possibilidades de ofertas institucionais.

O atendimento na porta das instituições tem um papel fundamental frente a esta questão, e um aspecto que se pode evidenciar é que acolher, da melhor forma possível, os usuários que buscam ajuda num serviço de Saúde Mental Coletiva, não significa necessariamente torná-los usuários do serviço.

Na clínica, o que é grave para o sujeito é a urgência subjetiva. No atendimento inicial, no momento em que o usuário procura ajuda na instituição tendo como referência a clínica, a preocupação é de reconhecer e tratar o sofrimento psíquico quando ele se torna subjetivamente insuportável. Para a psicanálise, a demanda é o pedido do sujeito e, antes de tudo, uma demanda de alívio partindo de uma queixa. No entanto, às vezes, o insuportável para o sujeito não toma forma de queixa, manifestando-se na abrupta passagem ao ato.

No serviço de Saúde Mental Coletiva, sob o ponto de vista da Atenção Psicossocial, é necessário oferecer ajuda aos usuários, aos familiares e à comunidade que a solicitam, sendo que a premência da clínica pode ordenar os atendimentos, uma vez que, quando os usuários procuram ajuda na instituição, a clínica é chamada a intervir. Levando em conta pontuações de Barreto (1999), o problema que se coloca aos profissionais de Saúde Mental Coletiva, não é o de se envolver ou não nesta questão das demandas/ofertas de ajuda,

mas o de como se dá este envolvimento, pois nas instituições de Saúde Mental os profissionais já estão envolvidos na mesma.

A questão preliminar a todo tratamento em Saúde Mental Coletiva pode receber da psicanálise contribuições quanto ao diagnóstico e quanto aos aspectos que permitem engajar o paciente em seu tratamento.

4 - Os paradigmas atuais em Saúde Mental Coletiva

Etimologicamente, paradigma significa modelo, padrão. Nas ciências humanas se denomina “paradigma” o conjunto de problemas, de conceitos e de procedimentos próprios (métodos e técnicas) a seu estudo, ainda que os resultados aos quais permite-se chegar, caracterizem uma conduta científica dada.

Para Costa-Rosa (2000, p.143), o paradigma das práticas em Saúde Mental pode ser especificado a partir de “parâmetros essenciais capazes de compor uma unidade jurídico-ideológica e teórico-técnica de ação sobre a Demanda.” Esses parâmetros basilares que compõem o paradigma das práticas assistenciais na Saúde Mental são:

- a definição de objeto e dos meios teóricos técnicos de intervenção (inclusive a forma de divisão de trabalho interprofissional);
- as formas de organização dos dispositivos institucionais (relações intra-institucionais – a sua dimensão organogramática);
- as modalidades de relação da instituição com os usuários e a população;
- as implicações éticas dos efeitos das práticas em termos jurídicos, teórico-técnico e ideológico.(ibidem, idem)

Para Costa-Rosa (op.cit.), a conceituação de dois modelos de atenção em Saúde Mental Coletiva, como alternativos, requer que os mesmos sejam contraditórios e, para isso, é necessário que suas diferenças sejam capazes de se manifestar com força radical, imprimindo a um fenômeno um sentido contrário ao seguido até então.

Assim, dois modos ou modelos de atenção só poderão ser considerados contraditórios na medida em que a essência de suas práticas caminhar em sentidos opostos, quanto aos seus parâmetros basilares. Esta contradição, relacionada com a dialética, no sentido da “lei de unidade e luta de contrários”, concebe nas formações sociais forças motrizes capazes de levar a passagem de um estágio de desenvolvimento a outro, com mudanças radicais em características essenciais.

Historicamente, o acesso da população à assistência em Saúde Mental ocorreu através da criação das instituições públicas e privadas, conveniadas com o Estado.

Partindo da perspectiva da Análise Institucional, Costa-Rosa (1987, p. 21) considera a instituição como um conjunto de saberes e práticas articuladas por um discurso de tipo ideológico que pretende ser universal. Trata-se de um discurso lacunar, mas que se pretende sem lacunas. As lacunas do discurso da instituição têm relação direta com a estrutura de dominação de classes e o sentido de suas práticas não é unívoco. “É também um conjunto de força contrárias que o discurso institucional tenta articular.”

O discurso institucional tenta articular um conjunto de forças contrárias, que tem relação com o conjunto social dos interesses em luta. Neste sentido, as instituições não são concebidas como estabelecimentos (com estruturas definidas por regulamentos, segundo leis administrativas e políticas), mas como palcos de luta política que, em constante movimento, não param de reproduzir todo o conjunto de contradições sociais do contexto em que estão inseridas. No âmbito de suas práticas, pode-se situar tanto a tendência à repetição, à reprodução dos padrões já estruturados, assim como, a tendência à criação de novos padrões ou novas formas de convívio social. Neste sentido, a ênfase que pode ter a força do instituído ou a força instituinte é variável, tanto da conjuntura histórica geral, quanto da conjuntura de cada instituição particular, ou seja, do pólo dominante da contradição essencial que está em

jogo, em cada instituição. Como num palco, ora se focaliza uma cena, introduzindo um sentido, ora se movimenta o foco, deslocando a cena e o sentido.

As instituições de Saúde Mental se caracterizam para o autor, como um intermediário necessário (dono dos meios, das instalações, dos recursos, e da força de trabalho por ela também remunerado) entre os profissionais e os usuários dos serviços. A presença deste intermediário acaba sendo percebida nas tentativas de transformações no campo da Saúde Mental, ou seja,

“...qualquer programa terapêutico que se crie em termos ideológicos e teóricos-técnicos, ele será profundamente sensível os modos estruturais e conjunturais da organização, do dispositivo institucional em que, ou por meio do qual é executado”.(COSTA-ROSA,2000, p.149)

Considerando, então, que a prática particular do trabalhador em Saúde Mental Coletiva é sempre permeada pela presença desse intermediário que é a instituição, dependendo das forças que as dominam, as práticas terão no próprio interior, ações de legitimação, assim como também poderão propiciar novos campos de existencialização.

Enquanto dispositivo social, as instituições de Saúde Mental, mantêm relações com outras instituições, num contexto social mais amplo, no qual está inserida, o que leva às contradições, a estarem sempre produzindo efeitos em maior ou menor grau, em cada instituição.

Neste sentido, além dos seus agentes, os usuários, os familiares e a própria comunidade onde a instituição está inserida também podem, de diversas maneiras, influenciar as suas transformações. Portanto, as alterações nos programas terapêuticos das instituições estão relacionadas às mudanças nas correlações de forças entre os interesses que elas representam, no contexto mais amplo em que estão inseridas, ou seja, dependendo da forma como se produz a polarização de interesses nas diversas instâncias institucionais, pode

acontecer mudanças fundamentais na essência da prática institucional desenvolvida até então. As instituições podem criar e recriar diferentes formas de relação social, interferindo e também sofrendo interferência de interesses que as atravessam.

Como aponta Amarante (1995), as transformações no campo da Saúde Mental, no Movimento da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso, é um “processo social complexo”, que articula dimensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais. Essas dimensões simultâneas e inter-relacionadas envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento.

Considerando as diferentes instituições de Saúde Mental como soma de espaços, de lugares constituídos e, continuamente, reinventados na ação comum, a desconstrução e a construção de novas práticas assistenciais, na perspectiva da “Atenção Psicossocial”, passam pelo cotidiano das instituições, nas quais os profissionais, usuários, familiares e a comunidade são atores envolvidos.

Para Rauter (2000, p. 267), em Saúde Mental, as práticas assistenciais estão sempre e de alguma maneira, associadas à teoria “[...] pois se trata sempre de saberes, mais ou menos complexos, mais ou menos elaborados, mas sempre de saberes, indissociavelmente articulados às práticas sociais.”

As práticas assistenciais, por sua vez, não se produzem num contexto abstrato, mas se definem num contexto histórico de uma determinada sociedade, num dado momento de seu desenvolvimento político, social e cultural com a participação de diferentes atores sociais.

Assim sendo, nos serviços de Saúde Mental Coletiva, o atendimento inicial se configura como um lugar de encontro entre os usuários e os profissionais da equipe e, se muitas vezes, os usuários chegam com uma demanda recortada pela cultura medicamentosa e pautada na cura do sintoma, a escuta dos mesmos é permeada e embasada por paradigmas

constituídos histórica e socialmente e que também perpassam o imaginário social, refletindo-se no pedido de auxílio e na expectativa terapêutica do usuário.

4.1 - Dois modos básicos das práticas em Saúde Mental Coletiva

Para Costa-Rosa (2000), existem no contexto atual dois modos básicos das práticas em Saúde Mental que ele propõe que sejam designados como Modo Asilar e o Modo Psicossocial. O primeiro, é o paradigma das práticas psiquiátricas que predominaram ao longo da história da Saúde Mental Coletiva, e o segundo, denomina como paradigma que tem se configurado por oposição ao primeiro, através das transformações nas práticas, tanto ideológicas, como teórico-técnicas no processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil.

Para a definição do paradigma das práticas em Saúde Mental, o autor leva em consideração as diferenças fundamentais desses dois paradigmas, com base no modo e nas transformações ocorridas nos quatro parâmetros basilares.

4.1.1 - Modo Asilar

No Modo Asilar, refere que na concepção do objeto há ênfase na determinação orgânica dos problemas, sendo o meio básico do tratamento a medicação. A existência do sujeito enquanto subjetividade desejante é pouco considerada, não se investindo em sua mobilização como participante do tratamento. O organismo, ou o corpo, é o destinatário principal das ações.

O indivíduo é visto como o centro do problema e, freqüentemente, a intervenção também é centrada nele, isolando-o em relação ao meio familiar e social e afastando-o da cena do tratamento.

Quanto aos recursos multiprofissionais, geralmente, mesmo quando existe a equipe multiprofissional, a expectativa de eficácia do tratamento vem dos medicamentos, sendo os outros recursos multiprofissionais considerados como auxiliares ou secundários. Neste modelo, outros saberes se ordenam em torno da psiquiatria que, ocupando uma posição central, é auxiliada por outros saberes e por outros profissionais. As equipes apresentam uma organização e uma divisão de trabalho de acordo com o modelo da “linha de montagem”, em que as tarefas são fragmentadas por especialidades, e às vezes, sendo o trabalho realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar e realizar trocas sobre o mesmo.

As instituições características neste modo são os hospitais psiquiátricos. Entretanto, podem ocorrer práticas com essas características em outras instituições extra-hospitalares.

As instituições, geralmente, são organizadas verticalmente. Poucos determinam e a maioria obedece. Há também uma predominância de campos e espaços interditados aos usuários e à população em geral e as posições de mando são atribuídas às competências teóricas e técnicas. Essa estratificação do poder/saber na organização institucional se reproduz também na relação com os usuários, na medida em que esses não têm possibilidade de qualquer participação nas decisões sobre as propostas assistenciais da instituição.

No Modo Asilar, as formas de relacionamento da instituição com a clientela/instituição podem assumir um espaço de relação entre doentes e sadios. Do ponto de vista da clientela, a instituição pode se configurar como uma espécie de depósito para o qual são

enviadas todas as problemáticas. Pode ser, ainda, considerada como agência de suprimentos diante de uma clientela considerada carente.

Quanto à concepção dos efeitos típicos, em termos terapêuticos e éticos, Costa-Rosa (2000) aponta que no Modo Asilar observa-se, em vários casos, que o efeito característico é o tamponamento de sintomas, cujo desdobramento talvez seja apenas adaptação.

4.1.2 - Modo Psicossocial

Quanto às premissas fundamentais da alternatividade desses modos, Costa-Rosa (2000) destaca que no Modo Psicossocial há uma mudança na concepção do objeto e dos fatores determinantes do sofrimento psíquico. O termo psicossocial engloba os aspectos biológicos, psíquicos, sociais e culturais como determinantes do sofrimento psíquico, sendo que a ênfase dada a cada um destes fatores é determinada pela situação ou problemática particular de cada usuário.

Os meios básicos de tratamento, portanto, vão além dos medicamentos, englobando as psicoterapias, as socioterapias e diferentes dispositivos de reintegração sociocultural, e visando um reposicionamento do sujeito, ou seja, buscando a sua implicação subjetiva, a fim de que ele possa se reconhecer, por um lado, como um dos agentes envolvidos no sofrimento e, por outro, como um agente da possibilidade de mudanças. Para isto, a importância atribuída ao sujeito no tratamento é decisiva, considerando fundamental a sua mobilização e participação no processo terapêutico.

A loucura e o sofrimento psíquico são considerados fenômenos também sociais, que não precisam ser removidos a qualquer preço. Podem ser reintegrados como parte da existência do sujeito, e considerando que o sujeito pertence ao grupo familiar e

social, estes também são trabalhados enquanto agentes das mudanças buscadas. Dessa forma, também se espera que as diferentes possibilidades de ações possam se estender da continência do sujeito durante a crise ao reconhecimento da implicação familiar e social no problema, enfatizando a sua reinserção social.

Neste sentido, o meio de trabalho característico, que neste Modo é a equipe interprofissional, não ocorreu apenas em função do descentramento do paciente como um sujeito isolado, mas também devido um descentramento do psiquiatra enquanto único agente profissional no processo terapêutico. Ou seja, a posição central, antes ocupada pelo psiquiatra, deixa de existir. Desta forma, os princípios e as propostas destes serviços modificam significativamente a forma de presença dos diferentes profissionais nas instituições de Saúde Mental. Esses serviços se afirmam teoricamente por entrecruzamento de saberes diversos.

Embora a medicação também seja necessária nestes tipos de serviços e se constitua uma especificidade do trabalho médico, existem outras coisas que o psiquiatra, assim como todos os profissionais da equipe, devem fazer na construção de um empreendimento coletivo, em que são necessários a parceria e o compromisso com o valor e a viabilidade do trabalho coletivo. Portanto, neste modo de atenção, espera-se que a equipe encontre maneiras de intercâmbio, tanto de suas visões teórico-técnicas, como de suas práticas.

Focalizando o sujeito em sua “existência-sofrimento” (Rotelli,1990), considera-se necessária uma ação integral. Ampliando o conceito de tratamento e o conjunto de meios a ele destinados, espera-se que essa transformação possa se constituir para o sujeito numa busca da experimentação de novas possibilidades de ser.

Ainda, neste parâmetro, as concepções da psicanálise são consideradas por Costa-Rosa (2000) como fundamentais no que diz respeito tanto às formulações sobre a constituição do sujeito, quanto sobre os dispositivos de tratamento.

As instituições características do Modo Psicossocial são os diferentes dispositivos, os quais permitem práticas institucionais alternativas às instituições asilares, como os Núcleos e os Centros de Atenção Psicossocial.

Nas formas da organização institucional se defende a criação de uma estrutura horizontal, na qual o poder de decisão seja dado por meio de reunião geral da instituição, conforme o âmbito em que ela esteja inserida e com a participação dos atores implicados, inclusive os usuários e população, com suas respectivas representações. A participação popular é, portanto, operada no poder decisório da instituição através da implementação das associações dos usuários, que podem introduzir novas formas de controle e de gestão dos serviços de Saúde Mental. Quanto ao poder de coordenação, o autor propõe que seja considerado como um poder de representação, cujo objetivo é a coordenação das ações conjuntas e a execução em suas dimensões particulares das decisões tomadas pelo coletivo.

Costa-Rosa (op.cit.), pontua que as transformações desse parâmetro do paradigma das práticas de Saúde Mental estão respaldadas nos pressupostos da Reforma Sanitária, pelos princípios de descentralização e pelas propostas de participação popular asseguradas na Legislação Federal pelas leis 8.080 e 8.142, que foram os instrumentos legais para efetiva implantação do Sistema Único de Saúde que, entre outras questões, previa a descentralização das ações assistenciais através da municipalização dos equipamentos e dos serviços de Saúde com a participação popular e o controle social através dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal).

Nas formas de relacionamento com a clientela, preconiza que a instituição se constitua como espaço de interlocução, funcionando como ponto de

escuta e de fala da população, com a sua participação na elaboração dos projetos de atenção e cuidados a ela destinados¹. Para isso, desde os primeiros atendimentos dos usuários, faz-se necessário uma oferta de atendimento compatível com a possibilidade de singularização.

A organização programática deve ser proposta em forma de ações integrais, tanto em relação ao território, quanto ao ato terapêutico.

No que se refere à concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, no Modo Psicossocial, a supressão dos sintomas não é visada como meta, pois o que se busca é o reposicionamento subjetivo do indivíduo, considerando sua dimensão subjetiva e sociocultural.

O estatuto ético das práticas em Saúde Mental, neste Modo, é colocado então na perspectiva da singularização, da horizontalidade, da interlocução e da implicação subjetiva e sociocultural.

No Brasil, nas últimas décadas, novos dispositivos institucionais foram criados e diversas alternativas de tratamento têm sido implementadas, mas as mudanças ainda não são suficientes para superar o paradigma psiquiátrico.

Apesar de todas as lutas na esfera político-ideológica e também das várias inovações teórico-técnico efetivadas para superar o Modo Asilar, pode-se observar, ainda, em nosso meio, a sua absoluta dominância. (COSTA-ROSA, 2002, p.165)

Amarante (1995) também aponta esse aspecto, referindo que, apesar de muitas transformações no campo da assistência à Saúde Mental Coletiva, o paradigma psiquiátrico ou o Modo Asilar (aqui tomado na terminologia de Costa-Rosa (2000)), ainda perpassa as novas práticas assistenciais em diferentes serviços de Saúde Mental da atualidade brasileira.

¹ Isto implica também em se descriminar a dimensão social da demanda e referi-la, quanto for o caso, a outras

Considerando que nas práticas em Saúde Mental Coletiva existe um momento do primeiro encontro do usuário com o profissional ou com a equipe e que esse momento, de alguma forma, separa o passado e marca as possibilidades futuras, o atendimento inicial, da porta das instituições pode ser um dispositivo interessante neste processo de construção de novas práticas assistenciais, na medida em que possibilite a problematização da demanda dos usuários e das ofertas de tratamentos institucionais e possa contribuir para as mudanças nas representações sociais sobre o sofrimento psíquico e sobre os recursos terapêuticos de ajuda, uma vez que são nestes atendimentos que os usuários fazem o pedido de ajuda e que a instituição, através dos seus profissionais, faz as ofertas das possibilidades das ações terapêuticas.

Este estudo pretende discutir o modo como os usuários chegam aos serviços de Saúde Mental Coletiva e como se desdobram as suas demandas. Para isto, parece-nos ser de suma relevância entender, por um lado, como o usuário que busca ajuda na Saúde Mental se relaciona com sua queixa e a quem ele a dirige e em que posição se funda a sua demanda, pois isto pode se refletir nas ofertas de tratamento que, diferentemente de propostas de tratamento sintomático, podem ter como modelo um plano de ações sobre as situações que causam os sintomas. Por outro lado, considerando que é através desse atendimento que a instituição oferece as possibilidades de ajuda, as ações de tratamento e os encaminhamentos, também parece ser relevante analisar quais as concepções teórico técnicas que norteiam as ações terapêuticas propostas, quais os paradigmas que podem estar as permeando.

Portanto, mereceram destaque nesta pesquisa, as concepções do “objeto” e dos “meios” de tratamento, assim como as “formas” de relação da instituição com a clientela.

4. 2 - O Modo Asilar - suas formas de recepção das queixas e da relação com os usuários e com a população

Historicamente, vimos que a clínica psiquiátrica foi constituída essencialmente pela observação morfológica e pela descrição formal dos distúrbios psicopatológicos. Foi fundada no olhar, na observação.

“A clínica tem uma história, um desenvolvimento marcado por rupturas, mutações e patamares onde os novos conceitos e métodos foram lentamente estendidos, ampliados e extensivamente aplicados”. (BERCHERIE,1989, p. 23).

O seu desenvolvimento histórico, foi animado por controvérsias entre diferentes escolas num espaço franco-alemão, nas quais os anglo-saxões buscavam os seus rudimentos indispensáveis.

Atualmente, a clínica e a nosografia, utilizadas em diferentes serviços de Saúde Mental Coletiva e que se apresentam como herança da clínica clássica, são recortes dos fatos clínicos. As classificações dos manuais de psiquiatria buscam constituir grupos síndrômicos segundo critérios objetivos e inequívocos, construídos a partir do plano empírico, em que os avanços classificatórios foram acompanhados de um relativo abandono da psicopatologia.

Levando em consideração algumas características principais do paradigma do Modo Asilar apontadas por Costa-Rosa, o atendimento da porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva pautado no modelo médico, pode apresentar características, tais como a ênfase na consideração orgânica do sofrimento psíquico, pouca ou nenhuma preocupação com o sujeito no tratamento e, conseqüentemente, não investir em sua mobilização, em sua participação no processo terapêutico, sendo a expectativa de eficácia do tratamento depositada no uso

exclusivo de medicamentos. O indivíduo, visto como doente, terá o seu organismo como depositário das ações terapêuticas. Neste modelo, a intervenção decorrente centra-se no indivíduo, sem contextualizar sua inserção no meio familiar e social. Outra característica que esse atendimento pode apresentar é a utilização da observação, na condição de operador central e meio de abordagem das queixas dos usuários que procuram diferentes instituições.

O sofrimento psíquico, concebido como doença mental, é tratado como uma entidade isolada. Excluindo a subjetividade, a doença é vista como essência independente do sujeito, ou seja, separada da existência do indivíduo enquanto sujeito em relação a si mesmo e em relação ao mundo. Essa concepção advém da equação sujeito/objeto separado da dimensão sociocultural como uma dimensão constitutiva do sujeito.

A avaliação diagnóstica destes primeiros atendimentos é baseada na observação e na descrição de sinais e de sintomas. O sintoma é entendido como um sinal fixo e universal, excluído da existência do sujeito. Aparece como uma forma de cristalização do sofrimento na enfermidade mental classificatória.

A relação do sujeito em sofrimento psíquico com o tratamento é baseada no esquema problema - solução - resposta do profissional - volta à normalidade e a solução é percebida como exterioridade.

O atendimento baseado nesta concepção acaba funcionando como uma triagem na qual se separam os usuários entre os que precisam de medicação, os que precisam de internações, de orientações ou outros procedimentos. As propostas de ações terapêuticas, decorrentes dessas avaliações diagnósticas, acabam por depositar no medicamento a expectativa de eficácia do tratamento e, mesmo quando existem as equipes multiprofissionais, as psicoterapias ou outras modalidades assistenciais, embora possam caracterizar possibilidades de mudanças neste eixo doença/cura, também podem acabar sendo consideradas como acessórias ou secundárias no tratamento do sofrimento psíquico. Desta

forma, a medicalização e a internação acabam sendo as maneiras imediatas de tratar as questões subjetivas. Os sintomas são observados, descritos, classificados e nomeados numa clínica da observação.

Nesta perspectiva, o sintoma, enquanto patologia, refere-se a um estado do corpo, no qual se pode observar sofrimento, desordem, perda de harmonia, porque um ou mais órgãos não funcionam bem. Empregado no sentido psíquico, o usuário pode apresentar os transtornos mentais sob uma forma de psicopatologia, em que o mental é considerado como órgão específico, essencial para a adaptação do ser humano.

Os tratamentos químicos e medicamentosos também aparecem como os organizadores da “clínica”, na medida em que os fenômenos clínicos passam a ser pensados a partir dos efeitos que se pode obter dos medicamentos.

Para Quinet (2002), as neurociências têm produzido não só as drogas, mas também novas categorias diagnósticas que “médica-mente” justificam a utilização dos diferentes psicofármacos. Sob este aspecto, a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do Código Internacional de Doenças (CID-10), utilizada na orientação das avaliações dos serviços de Saúde Mental Coletiva, propõem que as diretrizes diagnósticas sejam formuladas, na maioria dos casos, indicando o número e o balanço de sintomas.

A partir de descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, o capítulo V, Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID – 10, fornece para cada transtorno uma descrição de aspectos clínicos principais e de outros aspectos associados a cada transtorno, cujo termo “transtorno” não é um termo considerado exato, pois é usado na CID –10 para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis e associados, na maioria dos casos, ao sofrimento e à interferência nas funções pessoais. O sintoma, tomado como um transtorno, associado ou não a outros transtornos, está diretamente relacionado à indicação de uma medicação correspondente.

Segundo Miller (1997), na Saúde Pública a demanda geralmente se caracteriza por uma demanda social que não é do usuário, mas das famílias, dos vizinhos, do poder público e, neste sentido, os atendimentos da porta de entrada no Modo Asilar podem acabar se constituindo num atendimento que impede a construção de uma demanda de tratamento singularizado.

Quanto às formas de relação da instituição com a clientela, neste Modo, os atendimentos podem acabar se caracterizando enquanto depositários das queixas e dos problemas dos usuários que as procuram e estes ainda tenderem a conceber, tanto quem os atende, quanto a instituição, como detentores daquilo que lhes falta, como remédios, orientações, soluções, interações.

4.3 - O Modo Psicossocial e suas formas de recepção e escuta:

O atendimento da porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva, no âmbito da Atenção Psicossocial, a partir dos parâmetros propostos por Costa-Rosa (2000), que pressupõe a busca da participação do sujeito e sua implicação no tratamento, requer que essa prática assistencial se constitua num espaço de interlocução dos usuários com a instituição, através de seus agentes, num espaço onde a equipe de Saúde Mental possa buscar acolher, ouvir e entender o que leva o sujeito a procurar ajuda.

Nesta perspectiva, a “escuta” no atendimento da porta da instituição pode ser um operador central do atendimento que possibilite a avaliação e, talvez, a construção de uma demanda de tratamento singularizado, a partir de uma maior clareza da demanda dos usuários. Supor uma organização programática, cujas ofertas institucionais sejam efetuadas a partir da demanda dos usuários, significa ou requer, uma ruptura com a lógica do modelo asilar.

Para a psicanálise, a demanda é o modo do sujeito interpretar para si mesmo o próprio sintoma, a partir do que sabe e do que não se sabe e do desconforto que lhe causa. Deste modo, o sintoma “[...] só existe se for falado pelo paciente, pois a clínica psicanalítica é feita pelo paciente, oriunda de seu próprio discurso.” (Miller, 1997, p.123)

O que importa nesta perspectiva é perceber o discurso do usuário em sua particularidade. Isto significa que a escuta deva ser pautada na dimensão subjetiva, ou seja, enfatizando o posicionamento do sujeito em relação ao sofrimento e às condições que o produzem. Sem responder imediatamente ao pedido do sujeito, explicitado na encomenda, deve-se buscar a sua implicação naquilo de que se queixa, a fim de que isto possa levá-lo a mudanças na sua relação com aquilo que sofre e talvez lhe propiciar a abertura de novos caminhos.

As propostas terapêuticas decorrentes do atendimento inicial dos serviços de Saúde Mental, no Modo Psicossocial, podem então incluir diferentes modalidades de atendimento a partir da leitura da demanda. Isto supõe uma organização programática, em que as ofertas institucionais sejam pensadas sob um novo prisma, que tenham como plano de ação as situações que causam os sintomas e não apenas atuem sobre os mesmos.

A especificidade dos efeitos buscados, em termos terapêuticos, é do reposicionamento do sujeito, considerando sua dimensão subjetiva e sociocultural, sendo que o estatuto ético dessa prática é colocado na perspectiva da singularização, ou seja, opondo-se a todo discurso que suprima a função do sujeito. O usuário é um sujeito de direitos, em sofrimento é então paciente, mas sem deixar de ser agente, que fala por meio dos seus sintomas. Neste sentido, a perspectiva das ações de cuidados são colocadas na busca de suas implicações subjetiva e social.

5 - Começando a definir outro modo de contato inicial da instituição de Saúde Mental

Coletiva com seus usuários e com a população.

Considerando que a procura por ajuda numa instituição é feita a partir de uma avaliação que o sujeito faz de seu sofrimento e das possibilidades de ofertas de ajuda existentes, ao procurar um Serviço de Saúde Mental Coletiva essa busca é realizada a partir das percepções que o sujeito têm em relação à instituição, supondo que ela possui formas e meios de curá-lo, tratá-lo e ajudá-lo em seu sofrimento.

Partimos da hipótese de que a forma como o sujeito é acolhido e escutado nos primeiros atendimentos pode ser um dos principais fatores que decidem o futuro dos pedidos de ajuda no percurso de cada usuário, uma vez que é nesse atendimento que os usuários fazem os pedidos de ajuda e é, também, a partir desse atendimento, que são realizadas as propostas de tratamento ou os encaminhamentos.

Segundo Costa-Rosa (1995, p.155) o que faz um sujeito aderir ou desistir do tratamento está relacionado

Entre o modo da constituição subjetiva (que inclui a representação que o sujeito faz para si mesmo de seus problemas e das soluções à disposição, no contexto em que vive) e o modo como estão estruturadas as ofertas de ajuda (as possibilidades transferenciais).

A psicanálise nos indica que não existe paciente à revelia de si mesmo e que parte do sujeito o primeiro pedido, que o leva a buscar ou procurar o atendimento, e isto marca uma diferença que vai se refletir no tratamento. O sujeito é então quem primeiro avalia seus sintomas e, a partir desta avaliação, busca ajuda, fazendo sua demanda.

A partir da avaliação de seus sintomas ou sofrimento, ao procurar tratamento nos serviços de Saúde Mental Coletiva, o sujeito o faz frente às possibilidades de ajuda que a instituição pode apresentar.

Supomos que nos primeiros atendimentos dos usuários dessas instituições seja necessária uma escuta que possibilite que a sintomatologia apresentada pelas queixas, que impulsionaram a busca por tratamento, possa dar lugar à fala do sujeito, na medida em que ele se interroge sobre elas.

A fala do sujeito é assim considerada uma condição de escuta. É pela “escuta clínica” que essa fala pode se constituir através da transferência, que é o movimento do sujeito que apresenta algo de sua realidade através da fala a quem se dirige.

Em Saúde Mental Coletiva, a transferência que se estabelece nos primeiros atendimentos é contingente, provocada pelo endereçamento da fala como um endereçamento inicial à instituição. Este endereçamento é ação ou movimento do próprio usuário. Ao procurar uma instituição de Saúde Mental, o usuário pode carregar em si um aspecto imaginário muito amplo da instituição, sem o endereçamento a quem o atende/escuta.

Considerando que o dito em si não dá a dimensão do sujeito, é necessário analisar a posição subjetiva tomada por quem fala, frente ao próprio discurso. Neste sentido, analisar a posição que o usuário assume frente a sua queixa é também um aspecto que deve ser considerado no atendimento inicial.

Para Costa-Rosa (1995) a atitude de transferência é o modo como os sujeitos parecem vivenciar suas queixas e o modo como, a partir delas, referem-se ao outro, que ocupa o lugar de interlocutor. Considerando esse outro o profissional de Saúde Mental e/ou diferentes instituições, tomando por base a teoria da transferência, o autor postula três possibilidades:

1 - buscar um objeto – diz respeito à atitude transferência do sujeito, que faz da instituição ou de quem o escuta, simples depositário de suas queixas, concebendo-os como detentor daquilo que lhe falta, definindo essa falta como um objeto material e não parece chegar a adquirir consistência de um saber.

2 - Buscar um saber tipo revelação – o sujeito chega a fazer uma suposição de que existe um saber sobre o que lhe acontece, embora concebido e depositado no Outro. O Outro, neste caso, assume características particulares como mero intermediário.

3 - Transferência de saber – atitude transferencial daqueles que são capazes de supor um saber sobre si, com alguma noção de estarem incluídos nele. Há uma pré-interpretação do sujeito sobre seus sintomas.

Pontuamos, anteriormente, que para o tratamento em Saúde Mental é necessário poder escutar e entender qual o sofrimento que leva o sujeito a procurar ajuda. Por trás das queixas e dos sintomas que levam o usuário a solicitar ajuda, podem existir situações ou problemáticas mais complexas. Neste sentido, a “recepção-escuta” no atendimento da porta em diferentes instituições de Saúde Mental Coletiva, pode levá-lo a se constituir num espaço de avaliação e, talvez, de construção de uma demanda de tratamento singularizado.

A singularização se refere ao posicionamento subjetivo daqueles usuários que parecem ter possibilidade de se reconhecer implicados em suas próprias queixas, e com isso, conseguir deslocar sua atenção para o questionamento do próprio sentido de suas queixas, articulando o seu sofrimento com a sua própria maneira de ser ou com sua história.

É no atendimento da porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva que entram em jogo a forma como o sujeito é escutado, as intervenções que são realizadas e as propostas de tratamento ou encaminhamento, que podem ser realizados numa perspectiva do Modo Asilar ou do Modo Psicossocial, que busca a superação do primeiro.

Supomos que, sob a perspectiva da Atenção Psicossocial, nesses primeiros atendimentos seja necessário ir além da acolhida para que a transferência deixe de ser uma expectativa de cura; seja necessário que a escuta possibilite ao sujeito buscar saber um pouco mais daquilo que o faz sofrer, e assumir a parcela que lhe cabe de seu próprio destino; ir além da acolhida para que as ofertas de tratamento possam ocorrer a partir de uma maior clareza da demanda e, talvez, propiciar ao sujeito a abertura de novos caminhos.

O Pronto Atendimento, enquanto atendimento no momento em que o usuário busca a instituição, é um fator importante nos serviços de Saúde Mental Coletiva. Prontamente, acolher o usuário e seu sofrimento é fundamental nas novas práticas assistenciais, na medida em que isto possa significar receber bem, com atenção e disponibilidade, valorizando as particularidades de cada sujeito e de cada situação.

No entanto, supomos que nem sempre é possível com um único atendimento, no momento de chegada do usuário na instituição, realizar a avaliação diagnóstica de cada usuário e sua situação definindo o encaminhamento.

Como nos aponta Figueiredo (1997) o trabalho em Saúde Mental Coletiva requer tempo para atender, escutar e também para discutir, encaminhar, tratar e até mesmo para esperar. Neste sentido, os atendimentos da porta serviços de Saúde Mental Coletiva não precisam, necessariamente, ser entrevistas preliminares de análise, mas podem ser preliminares ao encaminhamento, de maneira que o mesmo possa significar um processo de busca de novos caminhos, no qual o sujeito possa participar da construção terapêutica de sua singularidade.

Sendo assim, a escuta do atendimento inicial, sob a perspectiva do Modo Psicossocial, considera também como fundamental no processo de avaliação a questão transferencial, visando a articulação do sujeito com seu sintoma, a partir de um lugar

transferencial de passagem que o encaminhe para outros profissionais ou outras ações terapêuticas.

Supomos que a “recepção-escuta”, o tempo e o valor da palavra são os instrumentos utilizados nos atendimentos da porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva, que possibilitam a abertura de novos caminhos para o sujeito e, talvez, para a instituição, na medida em que permite pensar programas ou projetos a partir da avaliação das demandas de seus usuários.

6 - Objetivo da pesquisa e a relevância da questão para Saúde Mental Coletiva em seu contexto atual.

6.1 – Objetivo Geral:

Esta pesquisa tem como principal objetivo estudar a escuta no atendimento da porta dos serviços de Saúde mental Coletiva, em duas modalidades, uma que é denominada Pronto Atendimento e outra que definirei como “recepção-escuta”. Procurarei analisar, também, quais as repercussões dessas formas do primeiro atendimento no tratamento dos usuários e nas ações gerais da instituição.

Visa, ainda, aumentar e aprofundar o conhecimento sobre essa prática assistencial, contribuindo para as discussões sobre o tema, e possivelmente pensar e buscar ações e propostas que possibilitem a transformação dessa prática numa atividade criativa, em que através da “recepção-escuta”, as ofertas de atendimento possam ocorrer com uma maior clareza da demanda do sujeito e da possibilidade de abertura de caminhos singulares.

6.2 – Objetivos específicos:

Recorrendo às entrevistas clínicas no atendimento da porta da instituição, pretende-se:

- 1 - analisar qual a percepção que os usuários têm da instituição e das ofertas de ajuda existentes;
- 2 - mapear as queixas iniciais, as demandas e os encaminhamentos realizados pela “recepção-escuta”;
- 3 - analisar a relação do usuário com sua queixa e a quem atribui o poder/saber de o ajudar;
- 4 - analisar os efeitos produzidos pela “recepção-escuta” – que caminhos se abrem para os sujeitos?;
- 5 - analisar se a “recepção-escuta” repercute nas interações dos usuários e na adesão aos tratamentos;
- 6 - analisar se a “recepção-escuta” interfere no programa terapêutico da instituição;
- 7 - comparar os encaminhamentos da amostra da “recepção-escuta” com os do Pronto Atendimento (os quais estavam em lista de espera para atendimento psicoterápico).

II – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa aborda a escuta dos usuários no atendimento da porta de uma instituição de Saúde Mental Coletiva. Foi desenvolvida em um município de aproximadamente trinta mil habitantes, localizado no Estado de São Paulo. Este município administra também três distritos, sendo que a sua população urbana é de 91% e a rural de 9%. Sua taxa de alfabetização atinge 89,9% da população.

A principal atividade desenvolvida é a agroindústria, voltada para transformação e beneficiamento da produção agrícola. As principais atividades econômicas são a agricultura (soja, trigo, algodão, cana-de-açúcar e mandioca), indústria (farinha de mandioca e bebida) e o comércio.

A população economicamente ativa representa 65% do total, sendo que mais de 70% da população tem renda mensal de até três salários mínimos.

O serviço de Saúde Mental funciona como referência para toda população do município que demanda atendimento nesta área. O atendimento na porta desta instituição, denominado de Pronto Atendimento (P. A.), é realizado de segunda a sexta-feira, no período da manhã, em esquema de rodízio, pelas psicólogas da equipe, conforme apresentamos no item 1.

1 - Sujeitos e material de estudos

Os sujeitos dessa pesquisa são um grupo de usuários atendidos no Pronto Atendimento, no plantão semanal da pesquisadora, num período de dois meses (setembro e outubro de 2002) e um grupo de usuários chamados para atendimento a partir da lista de espera por atendimento psicoterápico na instituição.

O material de estudo é constituído de relatos de um grupo de usuários, obtidos através da “recepção-escuta” no atendimento da porta da instituição, num período de dois meses distribuídos em quatro grupos; dados de observações participantes no cotidiano da instituição voltados para a interação desse modo de escuta inicial com a instituição e seus programas e com os profissionais da equipe; dados obtidos através de prontuários; dados fornecidos pelos próprios usuários sobre sua relação com o tratamento a que foram encaminhados, seis meses após a “recepção-escuta”; dados comparativos de usuários atendidos no modelo do Pronto Atendimento tradicional e, posteriormente, através da escuta clínica.

Considerando a inserção da pesquisadora no campo da pesquisa enquanto profissional da equipe de Saúde Mental da instituição, esta condição apresentou aspectos interessantes. Se o conhecimento e a observação participante pôde constituir uma possibilidade de investigação, uma vez que facilitou a coleta dos dados, em função do conhecimento adquirido no cotidiano da instituição pela participação nas discussões e elaborações dos projetos terapêuticos, e em função da vivência diária das dificuldades de transformações dos projetos assistenciais, influenciados pelas concepções, tanto do paradigma psiquiátrico, como da Atenção Psicossocial, da mesma forma também envolveu o questionamento permanente sobre as observações, as condições de produção, a construção dos seus objetivos, o estabelecimento do material de análise, bem como as aspirações e os desejos que, enquanto pesquisadora, foram colocados em prática nas atividades, considerando a possibilidade de desenvolver a pesquisa.

Para a realização deste estudo, que aborda a escuta no atendimento da porta da instituição, procurando relacionar o pedido de ajuda dos usuários com as ofertas terapêuticas da instituição (os encaminhamentos), num primeiro momento, resgatei o processo de implantação do Pronto Atendimento na instituição.

Os questionamentos advindos das reflexões em equipe sobre os problemas que percebi permearem o funcionamento dessa prática, que reproduzia os problemas relativos à demanda/ofertas de tratamento anteriores à sua implantação, fizeram com que buscasse, através de um breve histórico das práticas em Saúde Mental Coletiva, o processo histórico-social de sua constituição, com as suas concepções teóricas e técnicas sobre o “objeto” e os “meios” de tratamento assim como os aspectos jurídicos políticos e socioculturais relacionados às mesmas.

Este estudo teve como referencial teórico às proposições da Psicanálise, com destaque para a teoria das entrevistas preliminares, que embasaram a “recepção-escuta” dos usuários e a coleta dos dados da pesquisa.

A escolha deste referencial ocorreu em função do recorte da pesquisa, que abordou o tema da escuta no atendimento da porta da instituição, e em função da consideração de que a entrevista clínica é um instrumento de investigação que traz informações sobre o sujeito – o motivo da busca de ajuda, as queixas, suas expectativas em termos de ajuda, a quem o usuário atribui o poder/saber de ajudá-lo, podendo nortear as ofertas de tratamento com encaminhamentos que levassem em conta a demanda dos usuários.

As entrevistas preliminares são fundamentadas na psicanálise.

Sabe-se que a psicanálise se estabeleceu como uma terapia e como um método de investigação da psique humana, na qual a forma de pensar e apreender, num outro campo, o que o outro diz, engendra um campo transferencial. Isto se dá também na pesquisa psicanalítica.

A pesquisa em psicanálise é uma prática fundada na transferência. Enquanto prática clínica, explora a potência significante (de gerar múltiplos sentidos) e também se constitui como uma teoria que informa essa prática. A prática clínica da

psicanálise se defronta com aquilo que não é previsível, ou seja, com as formações do inconsciente, que é a emergência do novo. Uma característica própria da pesquisa em psicanálise reside, justamente, nesta possibilidade de emergência.

Os analistas, ao escutarem seus pacientes, estão constantemente lidando com transferência. Esse efeito transferencial produz o aparecimento dos determinantes inconscientes relativos à área abordada, que emerge naquele momento. Na pesquisa psicanalítica a forma de apreender, num outro campo o que o sujeito diz, também engendra um campo transferencial. A pesquisa faz mover o objeto e o pesquisador por essa posição provisória do saber.

Para utilização do material clínico, na pesquisa, é necessário levar em consideração que se trata de um recorte limitado por um ponto de vista. Portanto, iniciar uma investigação a partir de um material clínico significa realizar um recorte que é delimitado pelo aspecto ou pelo fenômeno que se tem interesse em pesquisar, um recorte limitado por um determinado ponto de vista e também pelas concepções teóricas que são utilizadas no trabalho. Neste sentido, o olhar do analista é regulado por determinadas concepções teóricas que, durante o processo analítico, norteiam a observação.

O campo psicanalítico é centrado na linguagem. É um campo que supõe o engajamento transformador na própria demanda que o sujeito faz ao procurar um analista. Para delimitação desse campo, a experiência da transferência é fundamental.

No referencial psicanalítico é importante, durante a entrevista, estar atento à transferência. Nela, o entrevistado através de sua fala e da posição tomada em relação ao que diz, apresenta aspectos inconscientes adquiridos no seu processo de desenvolvimento familiar e social.

Neste referencial, o questionamento e a atuação, teoria e prática, constituem um único processo, que deve ser considerado a fim de que os dados possibilitem

interpretações que adquiram significados para a compreensão dos aspectos que se quer analisar.

O estudo se voltou para a análise de aspectos relacionados à escuta, no que diz respeito ao pedido de ajuda dos usuários e às ofertas institucionais de tratamento (os encaminhamentos).

Através da “recepção-escuta”, busquei compreender como se dá a escuta no atendimento da porta da instituição e analisar como os usuários que procuravam ajuda na instituição se relacionavam com suas queixas, a quem eles as dirigiam e em que posição se fundava sua demanda.

Os parâmetros basilares do paradigma do Modo Asilar e do Modo Psicossocial, propostos por Costa-Rosa (2000), referentes às concepções do objeto e dos meios de tratamento, assim como a forma de relacionamento entre a instituição e as clientelas, deram-me subsídios para analisar a perspectiva presente na escuta do atendimento inicial da porta da instituição de Saúde Mental em questão.

2 - Procedimento para coleta dos dados

Após apresentação da proposta de pesquisa e da discussão em equipe dos objetivos da mesma, os dados foram obtidos com base na “recepção-escuta” realizada, com 71 usuários atendidos no momento da procura da instituição, e com 17 dos 35 usuários chamados para o procedimento, a partir da lista de espera por atendimento psicoterápico.

A coleta dos dados foi efetuada no próprio fluxo de trabalho que, devido a minha inserção profissional na instituição, era responsável por um plantão semanal do Pronto Atendimento, assim como também era uma das referências para os atendimentos psicoterápicos de adolescentes e adultos na instituição.

Considerando que o estudo não tinha como objetivo uma análise quantitativa, mas uma análise qualitativa sobre a escuta no atendimento da porta da instituição, delimitei o período de dois meses (setembro e outubro de 2002), a fim de compor um recorte dos usuários que seriam atendidos agora nos moldes de “recepção –escuta”. Isto representou 75 atendimentos individuais, em “recepção-escuta”, referentes a 71 usuários.

Os dados são referentes a crianças, adolescentes e adultos que procuraram ajuda naquele período. Dentre os usuários atendidos, havia aqueles que procuraram a instituição pela primeira vez, outros, com alguma história anterior de tratamento psicoterápico ou psiquiátrico em instituições públicas ou em consultórios particulares e, também, usuários em tratamento na própria instituição, que retornavam fora da data agendada ou prevista, com diferentes solicitações. Os dados referentes à “recepção-escuta” desses usuários apresentam questões que também permitem reflexões sobre os fluxos e as ofertas institucionais naquele momento, assim como permitem analisar as repercussões dessa modalidade de atendimento na adesão dos usuários às ofertas realizadas, nas internações psiquiátricas, nos projetos assistenciais da instituição e nos profissionais da equipe.

Dos trinta e cinco usuários chamados da lista de espera por atendimento psicoterápico na instituição, dezessete compareceram. A partir deles, alguns dados também puderam ser analisados, como por exemplo o pedido inicial, as queixas, a atribuição que faziam a quem detinha o poder/saber de ajudá-los e a possibilidade de implicação subjetiva.

3 - Procedimento para análise dos dados

A partir das entrevistas realizadas, constituí categorias para análise dos dados, organizando, num primeiro momento, o material em quadros. Posteriormente, a partir de uma leitura flutuante para apreender as estruturas de relevância em cada quadro, e tendo

como referência aportes teóricos advindos da psicanálise em geral, das entrevistas preliminares, dos parâmetros basilares quanto às concepções de “objeto” e dos “meios” de trabalho e da forma de relacionamento da instituição com a clientela dos paradigmas do Modo Asilar e do Modo Psicossocial, iniciei a análise desses atendimentos da porta da instituição.

Inicialmente, os dados foram agrupados em relação às características sócio-demográficas dos usuários, apresentando informações sobre sexo, faixa etária, estado civil e ocupação dos usuários (adultos, crianças e adolescentes), atendidos neste recorte do Pronto Atendimento.

Num segundo momento, procurei destacar os dados referentes à percepção que os usuários tinham da instituição e das ofertas de ajuda, assim como o mapeamento das queixas/sintomas, as demandas e os encaminhamentos, a relação dos usuários com suas queixas e a quem eles atribuíam o saber/poder de ajudá-los.

Procurei analisar, também, os efeitos produzidos pela “recepção-escuta” – quais os caminhos que se abrem para os sujeitos. Na análise da interferência da “recepção-escuta”, no programa terapêutico da instituição, utilizei dados de observação participante. Para verificar se a “recepção-escuta” repercutia nas internações e na adesão dos usuários aos tratamentos propostos, utilizei dados obtidos através de prontuário e dados fornecidos pelos próprios usuários, referentes a sua relação com o tratamento para o qual foram encaminhados, seis meses após a escuta inicial.

Para comparação entre os encaminhamentos realizados a partir do P.A e do atendimento nos moldes de “recepção-escuta” foram analisados os dados de dezessete dos trinta e cinco usuários chamados para atendimento, a partir da lista de espera, por atendimento psicoterápico na instituição.

Fragmentos de entrevistas também foram utilizados para a análise dos aspectos referentes aos pedidos de ajuda dos usuários e as ofertas institucionais.

Devido à complexidade do tema e, portanto, na mesma medida, à complexidade do material a ser analisado, que envolveu análise dos aspectos propriamente clínicos do atendimento, a "escuta clínica", utilizei para análise dos aspectos institucionais e dimensão do problema de Saúde Mental Coletiva aportes teóricos advindos da psicanálise, das entrevistas preliminares e dos paradigmas do Modo Asilar e Modo Psicossocial.

III - DADOS E DISCUSSÃO

O atendimento inicial dos usuários que procuram esta instituição é denominado de Pronto Atendimento (P.A.) e realiza o atendimento de crianças, adolescentes e adultos, que procuram ajuda na mesma. Portanto, é através desse atendimento que os usuários chegam, entram e, às vezes, retornam ao serviço apresentando seus pedidos, suas queixas, seus diferentes motivos para estarem ali. As ofertas terapêuticas institucionais (os encaminhamentos) também são efetuadas a partir desse atendimento.

A organização institucional do atendimento da porta desta instituição tinha como objetivo facilitar a chegada dos usuários ao serviço. Realizado de segunda a sexta-feira, no período da manhã, era efetuado em esquema de rodízio pelas psicólogas da equipe que atendiam no momento de recepção a todos os usuários que chegavam à instituição em busca de ajuda, independentemente do programa em que as psicólogas atuavam (de atendimento infantil, de adolescentes ou de adultos).

Essa organização do atendimento inicial se justificava tanto pelo número limitado de profissionais da equipe, o que exigia um rodízio dos mesmos na semana, como também, pela possibilidade de facilitar a integração das ações dos profissionais da equipe e, com isso, evitar a fragmentação dos atendimentos realizados nos diversos programas. Desse modo, no fluxo institucional, o P.A. de crianças, de adolescentes e adultos era realizado por todos os profissionais responsáveis por essa atividade. Assim, os profissionais dos programas de atendimentos de adulto, ao realizar o P.A com crianças, após o atendimento inicial, agendavam horários de triagens previamente estabelecidos pelas psicólogas que atuavam no programa de atendimento infantil. Estas, definiriam as ofertas de tratamento ou outros encaminhamentos. Realizavam também o P.A dos usuários adultos e, como não havia horários, previamente estabelecidos, para uma posterior triagem, os usuários eram

encaminhados para tratamento, na maioria das vezes, no primeiro atendimento. Isto parecia denotar falta de preparo específico, da equipe, como um todo, para a realização do trabalho de escuta inicial.

Através de algumas observações no cotidiano desta instituição, constatamos que um grande volume de usuários procuravam o P.A. diariamente.

Durante os meses de setembro e outubro de 2002, todos os usuários que procuraram o P.A., no plantão semanal da pesquisadora, foram atendidos de acordo com a proposta da “recepção-escuta” (R.E), fundamentada nas proposições das entrevistas preliminares em psicanálise (Quinet, 2000).

Naquele período, foram realizados 75 atendimentos de 71 usuários, o que significou uma média de oito usuários a cada período de P. A.

1- Análise dos dados sócio-demográficos dos usuários atendidos no recorte da pesquisa

Através dos dados sócio-demográficos dos usuários atendidos, neste recorte da “recepção-escuta”, observamos que a maior porcentagem dos usuários era do sexo feminino (59,2%). Quanto à situação laboral, a maior incidência foi de usuários que se ocupavam de tarefas de “cuidados do lar” (26,7%), sendo que 19,7% dos usuários estavam aposentados por invalidez ou afastados, em função de “problemas mentais”. O desemprego, em 17% dos usuários atendidos, naquele período, também estava associado aos motivos apresentados pelos mesmos para a procura de ajuda na instituição.

Quanto à faixa etária, observamos que neste recorte a maior porcentagem (87,6%) foi de adultos, com maior concentração na faixa etária entre 40 a 46 anos, o que representou 26,7% do total de usuários atendidos. Quanto à faixa etária, observamos, ainda,

que os atendimentos referentes à solicitação de tratamento de crianças (8,4%) e de adolescentes (4,2%) representaram menor proporção.

Quadro 1 – Dados da faixa etária dos 71 usuários atendidos em “recepção-escuta”, no plantão da pesquisadora, nos meses de setembro e outubro de 2002:

Faixa etária	Nº	%
5 a 11 anos	6	8,4
12 a 18 anos	3	4,2
19 a 25 anos	3	4,2
26 a 32 anos	9	12,7
33 a 39 anos	10	14,1
40 a 46 anos	19	26,7
47 a 53 anos	11	15,5
54 a 60 anos	5	7,1
Mais de 61 anos	5	7,1

Embora este dado seja referente a um recorte, apresenta uma tendência também observada nos demais atendimentos iniciais do Programa de Saúde Mental, uma vez que a maior parte dos usuários que procuravam atendimento nesta instituição era de adultos.

Dos 71 usuários atendidos, 42 (59,2%) já tinham algum vínculo de tratamento na instituição e dos outros 29 (40,8%) usuários, 15, em relação ao total, buscavam ajuda em Saúde Mental pela primeira vez, 14 tinham alguma história anterior de tratamento psiquiátrico e/ou psicoterápico, em instituição ou consultório particular.

Do total dos casos atendidos neste recorte da “recepção-escuta”, 06 eram crianças que, seguindo a rotina institucional, foram agendadas para a triagem com as profissionais de referência para atendimento infantil na instituição, mesmo tendo abordado alguns aspectos que percebemos estarem relacionados aos motivos e às queixas apresentadas pelos pais, ao buscarem ajuda no serviço. Neste sentido, poderíamos dizer que o contato inicial com a clientela parecia não cumprir a função principal de continência, escuta e encaminhamento.

Com as solicitações para atendimento dos adolescentes e adultos, foram agendados sucessivos encontros, que chamamos de “retornos recepção-escuta” a fim de possibilitar maior clareza da demanda dos usuários e das possibilidades de ofertas de ajuda institucional.

O objetivo, através desses encontros, era de proporcionar uma escuta ao usuário, para além do “pedido inicial”, que contribuísse para o questionamento de sua própria queixa, buscando sua implicação subjetiva e a discussão sobre as possibilidades dos encaminhamentos.

2 – Análise da percepção dos usuários atendidos na “recepção-escuta” com relação à instituição e às suas ofertas de ajuda

Constatamos que os usuários, ao procurarem este serviço de Saúde Mental Coletiva, percebiam a instituição como um lugar de ajuda para amenizar o sofrimento psíquico, que era associado aos problemas no relacionamento familiar, problemas de comportamento dos filhos, dificuldades de aprendizagem, depressões, nervosismos e “problemas de cabeça”. Alguns usuários consideravam o sofrimento psíquico como

hereditário, “é de família”, e percebiam as ofertas de ajuda na instituição (a associação de exames (EEG), atendimento psicológico e o uso de medicamentos “certos”) como os recursos terapêuticos de tratamento.

Um aspecto que merece destaque, diz respeito à percepção da instituição pela demanda infanto-juvenil. A clientela considerava as ofertas de ajuda institucional, por exemplo, o tratamento psicológico, referido, às vezes, “como avaliação” e também como “de prevenção”. Os pais tinham uma expectativa de que, pelo tratamento, ocorreriam as mudanças desejadas em relação ao comportamento dos filhos.

No caso dos 62 adultos atendidos neste recorte da “recepção-escuta”, observamos que alguns referiam o serviço de Saúde Mental como “um lugar para ajudar a se cuidar”, mas a maior parte dos usuários deste grupo (53,2 %) percebia a instituição como lugar de tratamento médico e de ofertas de ajuda, como consultas psiquiátricas e fornecimento de medicamentos. Este dado parece estar relacionado a uma percepção social mais ampla em que as possibilidades de ajuda frente ao sofrimento psíquico, geralmente, sejam os medicamentos em suas mais variadas formas e indicações (para ansiedade, depressão, fobia, insônia, etc).

O quadro abaixo nos ajuda visualizar esta percepção por parte dos usuários.

Quadro 2 - Dados referentes à percepção dos 62 usuários adultos

Percepção da instituição e das ofertas da ajuda	Nº	%
Lugar de tratamento médico/ medicamentoso	33	53,2
Lugar de tratamento médico/psicológico (remédios + terapias)	20	32,2
Lugar de tratamento de “problemas mentais hereditários”/ remédios	3	4,8
Lugar de cuidados/fala-escuta	6	9,6

De acordo com o quadro, podemos observar que 20 usuários (32,2%) associaram o atendimento psicológico ao tratamento médico medicamentoso, como forma de ajuda na instituição e que 6 usuários viam na instituição um lugar de cuidados e de escuta criando, assim, uma expectativa de poder falar, entender e dar um significado ao que lhes afligia no momento da procura à instituição.

Um outro aspecto, observado em relação à percepção das ofertas de ajuda, foi que, embora tenham aparecido neste recorte da “recepção-escuta” pedido inicial de internações psiquiátricas, esta não foi a solicitação mais freqüente. Este modo de percepção do tratamento que, era freqüente nos anos de 1995/1996 nesta instituição, para este grupo de usuários ter sido substituído pela percepção do tratamento médico/medicamentoso frente ao sofrimento psíquico. Pude constatar, em relação a esta questão, que os usuários que freqüentemente solicitavam medicamentos no tratamento diante do sofrimento psíquico eram os neuróticos.

3 - Mapeamento das queixas iniciais, das demandas e dos encaminhamentos realizados para os 71 usuários na “recepção-escuta”.

Na prática da “recepção-escuta”, observei que as queixas e os pedidos iniciais que os usuários apresentaram, neste recorte, foram diversificados. Considerando que, no grupo dos 71 usuários atendidos, havia solicitações de ajuda/atendimento de crianças, adolescentes e adultos para fins de apresentação e análise dos dados referentes às queixas iniciais, às demandas e aos encaminhamentos realizados subdividi este grupo de usuários em infantil, adolescente e adulto .

3.1 – Mapeamento da queixas iniciais para o subgrupo das crianças.

Dos atendimentos realizados neste recorte do P.A., no período da pesquisa, seis destes (8,4%) foram atendimentos ao público infantil.

Um aspecto considerado na pesquisa foi quanto à origem do encaminhamento destas crianças para o serviço de Saúde Mental. Em três casos as mães procuraram espontaneamente a instituição. Em dois outros casos, o encaminhamento foi realizado por escolas e em um caso por pediatra.

Quanto às queixas, observamos que todas estavam relacionadas a problemas de comportamento na escola, como agressividade com colegas, rebeldia, distração, fobia, desinteresse pelas atividades proposta pelos professores e, em três casos também foi referido que as crianças tinham dificuldades de aprendizagem.

Ao procurarem ajuda na instituição, os pais tinham uma expectativa de saber as causas e os motivos das dificuldades apresentadas pelos filhos. Pediam o atendimento com

expectativa de avaliação, a fim de saberem se os filhos “tinham problemas de cabeça”, ora associando esta possibilidade a questões neurológicas (hereditárias ou relacionadas à situação de nascimento do filho), ora associando-a a possíveis situações de traumas psicológicos e, às vezes, ambos.

Observamos que por trás das queixas apresentadas como motivo da procura de ajuda, havia também conflitos familiares, histórias de rejeição, abandono, mães com intensos sentimentos de culpa, e situações relacionadas com a estrutura e métodos pedagógicos da instituição educacional em que as crianças estavam matriculadas. Pude obter tais dados com as mães que, mais aliviadas, também puderam falar sobre essas questões subjacentes à queixa inicial, isto é, as afetivas e familiares, e se dispuseram a retomar as questões educacionais com a instituição escolar.

Um dos pais, a partir da abordagem neste atendimento de “recepção-escuta”, solicitou ajuda para si, a fim de lidar com questões que julgava estarem associadas aos problemas que o levaram a buscar ajuda para a filha naquele momento. O mesmo, após retornos da “recepção-escuta”, foi encaminhado para atendimento psicoterápico, no qual ainda se encontrava, após seis meses.

Quanto aos encaminhamentos propostos, na verdade, seguiu-se o fluxo institucional. Embora a “recepção-escuta”, numa perspectiva da Atenção Psicossocial, pudesse realizar os encaminhamentos diretamente, todas as solicitações de atendimento infantil foram agendadas para a triagem com os profissionais de referência do programa de atendimento infantil na instituição. No entanto, pelas discussões desta questão em reuniões de equipe, ficou evidente a dificuldade dos profissionais da instituição que não atuavam diretamente com a demanda infantil em, de fato, integrarem-se com as questões do atendimento dessas demandas.

3.2 – Mapeamento das queixas iniciais para o subgrupo dos adolescentes.

Dos 71 usuários que atendi no P.A., nos meses de setembro e outubro de 2002, observei que três dos atendimentos foram para adolescentes, cujas mães procuraram espontaneamente a instituição.

Nas queixas apresentadas, inicialmente, como motivo para a procura de ajuda estavam agressividade com familiares, nervosismo, irritabilidade e desinteresse por questões consideradas importantes pelas mães. No caso dessas solicitações, foram agendados retornos de “recepção-escuta (R.E.)” com as mães e, também, entrevistas com os adolescentes.

Nestes atendimentos, verifiquei que, na busca de ajuda na instituição, existia uma demanda das mães e que, associadas às queixas, havia questões relacionadas à própria adolescência e também aos conflitos e dificuldades familiares em lidar com essas questões.

Nesses casos, a escuta se realizou por vários encontros, que possibilitaram a abordagem e a problematização, com as mães e com seus filhos, das questões que traziam naquele momento, não sendo encaminhados para outras intervenções na instituição e, seis meses após esse atendimento, não haviam procurado e não demandavam outras intervenções da instituição.

3.3- Mapeamento das queixas iniciais para o subgrupo adulto.

Quanto ao atendimento dos adultos, uma primeira análise mostrava que as queixas e os motivos pelos quais procuravam a instituição, naquele momento, eram situações diversificadas. Também seu vínculo com a instituição era variado, pois havia usuários que já estavam em tratamento na instituição, usuários com alguma história de tratamento anterior em Saúde Mental e usuários que procuravam ajuda pela primeira vez.

Neste subgrupo, outro aspecto também analisado foi a origem dos encaminhamentos, que sintetizei no quadro seguinte.

Quadro 3 - Origem dos adultos atendidos na “recepção-escuta”, no período de coleta de dados da pesquisa.

Origem do encaminhamento	Nº	%
Médico	8	13,0
Familiar	6	9,7
Conselho tutelar	2	3,2
Espontâneo	6	9,7
Pronto socorro	1	1,6
do fluxo institucional	38	61,2
Outros	1	1,6

Conforme podemos observar no quadro acima, a procura de atendimento a partir do fluxo institucional foi bastante expressiva (61,2%). Esses 38 usuários já estavam em tratamento na instituição e o retorno, solicitando novas receitas dos medicamentos que faziam uso e que haviam recebido em quantidade insuficiente até a data de retorno, era determinado pelo fluxo institucional. A origem desta busca que, acabou se constituindo “num fluxo de atendimento institucional”, foi proposta pela equipe e, a princípio, como parte do tratamento, tinha o objetivo de entender o motivo do retorno do usuário ao P.A. No caso de questões relacionadas ao uso de medicamentos pretendia-se avaliar o uso dos mesmos, se os usuários estavam tomando adequadamente a medicação indicada, se havia usuários que

estavam sem medicação por terem faltado na consulta médica, se os usuários apresentavam alguma queixa que associavam ao uso da medicação e que precisaria ser reavaliada junto ao médico e/ou se no dia de sua consulta não havia na farmácia o remédio em quantidade suficiente. Esta última problemática que, neste recorte verificamos ter sido a mais freqüente, foi canalizada para o “P.A.” como uma tentativa de resolver ou amenizar os problemas de fornecimento de medicamentos aos usuários atendidos no programa de Saúde Mental da instituição.

Os outros 24 adultos, 38,7% do total de usuários, atendidos neste recorte da R.E., chegaram à instituição a partir de encaminhamentos de clínicas médicas, de familiares, do Conselho Tutelar, Pronto Socorro e espontaneamente. Destes encaminhamentos, um dado interessante diz respeito ao atendimento de um usuário encaminhado pelo Pronto Socorro devido a queixas depressivas, com tentativa de suicídio. Sendo encaminhado ao P.A., logo após o atendimento no Pronto Socorro, houve a possibilidade de inserção do usuário em projetos terapêuticos da instituição, sem recorrer a internação psiquiátrica e, seis meses após o atendimento inicial da “recepção-escuta”, o usuário estava em tratamento psiquiátrico e psicoterápico para os quais havia sido encaminhado.

A seguir, apresentaremos aspectos referentes às queixas iniciais, demandas e encaminhamentos dos 62 adultos atendidos nos moldes da “recepção-escuta”.

3.3.1 - Análise das queixas iniciais dos 62 adultos

O quadro a seguir se refere à enumeração das queixas iniciais apresentadas pelos adultos, no recorte da R.E., no período da pesquisa.

Quadro 4 - Queixas iniciais apresentadas pelos adultos atendidos na “recepção-escuta”

Queixas iniciais	Nº	%
Depressivas com perturbações do sono e alimentação	5	8,1
Depressivas com tentativa de suicídio	1	1,6
Angústia/labilidade	2	3,2
Nervosismo, irritabilidade, ansiedade com perturbações somáticas	16	25,8
De natureza fóbica	1	1,6
Ligadas ao alcoolismo	3	4,8
Conflitos familiares	3	4,8
Confusão mental, inquietação, idéias delirantes	3	4,8
* usuários inseridos em programas terapêuticos que não apresentavam queixas, no momento daquele atendimento, e retornavam solicitando novas receitas	28	45,2

De acordo com o quadro, pode-se observar que a maior parte dos adultos atendidos, neste recorte, apresentou queixas em Saúde Mental. A maior incidência (25,8%) foi de queixas iniciais de nervosismo, ansiedade, irritabilidade que, em muitos casos, eram acompanhadas por perturbações somáticas. Houve também grande incidência de queixas depressivas, com perturbações do sono e alimentação, que significaram (8,1%) dos atendimentos.

Quanto ao vínculo terapêutico dos 34 usuários atendidos neste recorte e que, naquele momento da “recepção-escuta”, apresentavam queixas em Saúde Mental, observamos

que 10 (29,4%) estavam em tratamento psiquiátrico; 4 (11,7%) estavam em tratamento psiquiátrico e psicoterápico na instituição; 11 (32,3%) tinham alguma história anterior de tratamento psiquiátrico ou psicoterápico em instituição ou consultório particular; 6 (17,6%) usuários procuravam ajuda em Saúde Mental pela primeira vez e 3 (8,87%) já haviam procurado a instituição anteriormente, sendo que, destes, 2 estavam em listas de espera por atendimento psiquiátrico e psicoterápico na instituição, e voltando a solicitar ajuda, referiam as mesmas queixas ou o agravamento dos sintomas.

Foram propostos aos usuários nos novos encontros, designados como retornos de R.E.. Tais retornos tinham como objetivos proporcionar uma escuta que contribuísse para o questionamento das queixas iniciais, aumentar as possibilidades de implicação subjetiva dos usuários, e definir com os mesmos e com a equipe técnica da instituição as possibilidades de ofertas terapêuticas.

Um aspecto que pude observar neste recorte foi que uma parte significativa dos usuários (28 ou 45,2%), inicialmente, referia estar bem, sem apresentar qualquer tipo de queixa naquele momento. O motivo apresentado para retornarem ao atendimento era solicitar a “prescrição dos medicamentos que faziam uso”. Outro aspecto que pude constatar em relação a estes usuários, que naquele momento da “recepção-escuta” solicitavam somente a prescrição dos medicamentos em uso, sem apresentar queixas, foi quanto ao vínculo terapêutico com a instituição. Constatei que 14 usuários estavam vinculados somente ao tratamento médico (psiquiátrico)/medicamentoso. Destes 14 usuários, 6 tinham uma história anterior de tratamento psicoterápico e, naquele momento, não se dispunham a outras abordagens na instituição.

Quanto ao vínculo terapêutico na instituição, dos outros 14 entre os 28 usuários que retornaram apenas para solicitar prescrições, observei que 9 usuários estavam em tratamento psiquiátrico e psicoterápico e 5 estavam em tratamento psiquiátrico e também

participavam de oficinas terapêuticas na instituição. Embora veiculassem seus pedidos de prescrições através dessas instâncias, esses usuários eram remetidos ao Atendimento de P.A , o que parecia evidenciar uma fragmentação das ações ou, até mesmo, uma homogeneização de condutas e procedimentos terapêuticos, evidenciando a predominância de encaminhamentos meramente administrativos .

3.3.2 - Análise da demanda inicial dos adultos

Quanto ao “pedido inicial”, uma primeira análise também nos mostrava que as solicitações dos usuários, ao procurarem a instituição, naquele momento, eram diversificadas. Havia usuários, já vinculados a algum atendimento na instituição e que voltavam a procurá-la, pedindo “prescrições de medicamentos em uso”, datas de retorno médico, atestados além de usuários que solicitavam ajuda, alguns já vinculados e outros não.

O quadro a seguir ajuda a visualizar esses pedidos. Os dados serão analisados na sequência, assim como as situações a eles relacionadas. Para isto utilizei aportes teóricos advindos da psicanálise e os parâmetros basilares dos paradigmas do Modo Asilar e Modo Psicossocial, propostos por Costa-Rosa (2000).

Quadro 5 – Demanda inicial dos adultos atendidos em “recepção-escuta”.

Demanda inicial	Nº	%
Prescrições	31	50
Prescrições + atestados de tratamento médico	2	3,2
Prescrições + data de retorno médico	5	8,1
Ajuda	6	9,7
Internação	3	4,8
Consultas médicas/supressão de sintomas/ remédios	15	24,2

Dos 62 usuários atendidos neste recorte da R.E. 6 (9,7%) procuraram o P.A. pedindo inicialmente ajuda. Esta procura, para 34 usuários, ocorreu em função do sofrimento psíquico expresso também por queixas e sintomas.

Na “recepção-escuta”, no atendimento na porta da instituição e nos retornos subseqüentes, observei que, por trás das queixas e sintomas que levaram esses usuários a procurar ajuda na instituição, naquele momento, existiam conflitos familiares e sociais, como situações associadas ao sofrimento e articuladas à demanda. O desemprego e a dificuldade econômica também compunham as queixas dos usuários, que apareceram associadas à ansiedade, ao nervosismo e também ao desânimo diante de suas perspectivas de vida. Esta questão também apareceu entre os usuários em sofrimento psíquico que procuraram a instituição solicitando, inicialmente, consultas psiquiátricas ou supressão dos sintomas.

De acordo com o quadro n.º 5, observamos que 15 (24,2%) usuários adultos, atendidos neste recorte da “recepção-escuta”, procuravam a instituição, em princípio, solicitando consulta psiquiátrica/supressão de sintomas/medicamentos. Em sofrimento, estes

usuários percebiam a instituição como um lugar para ajuda-los a se cuidar, mas consideravam essa ação como cuidados que incluíam o fornecimento de medicamentos para supressão de seus sintomas. Pedindo remédios, um dos usuários atendidos, sem ter clareza sobre qual profissional realizaria as prescrições, mostrou-se surpreso com o esclarecimento que, naquele atendimento, com psicólogo, isto não seria feito.

Por trás das queixas e sintomas apresentados por estes usuários, naquele momento da “recepção-escuta”, também ficavam evidentes questões relacionadas a conflitos familiares, conflitos no trabalho e a circunstâncias de vida. No entanto, para alguns, a ajuda estava somente vinculada ao uso dos medicamentos, enquanto outros se dispunham a outras abordagens, além da medicação solicitada anteriormente.

Quanto aos 3 usuários que compareceram solicitando, inicialmente, internação psiquiátrica, é importante destacar que 2 já estavam em tratamento psiquiátrico na instituição e os seus atendimentos foram denominados intercorrências. O outro usuário procurava a instituição pela primeira vez e esta solicitação era decorrente da possibilidade de tratamento para questões que o afligiam naquele momento.

Trinta e oito usuários (53,5%) atendidos neste recorte do R.E. estavam em tratamento na instituição e retornavam antes da data de retorno agendado para pegar a medicação já prescrita, solicitar novas receitas dos medicamentos de que faziam uso e que não haviam recebido em quantidade suficiente até o retorno agendado ou previsto (em alguns casos o retorno não estava marcado o que existia era uma previsão para a qual os usuários aguardavam uma confirmação de data). Quatro deles retornaram à instituição num intervalo de 30 dias com a mesma solicitação: “pegar prescrição dos medicamentos em uso por terem recebido quantidade insuficiente até a data do retorno com o psiquiatra”.

Este pedido representava uma porcentagem significativa. Mais da metade, ou seja, 61,3% dos 62 atendimentos de adultos na porta da instituição naquele momento, eram

referentes à solicitação de prescrição de remédios. Isto apontava a necessidade de uma análise mais cuidadosa sobre esse pedido. Existiriam outras questões relacionadas ao mesmo? O que significava ter ou não ter recebido em quantidade suficiente até o retorno agendado ou previsto? A instituição não estava fornecendo os medicamentos em quantidade suficiente ou os usuários estavam fazendo uso inadequado dos medicamentos? O que significava este pedido? Qual era a demanda a ele relacionada?

Com a implantação do Pronto Atendimento em 1998, uma de suas propostas era de que, nos momentos de agravamento dos sintomas, de crises ou de intenso sofrimento psíquico, o usuário em tratamento no programa, poderia retornar e ter acolhimento. O tratamento poderia, também, ser reavaliado e outras formas de cuidado poderiam ser propostas, inclusive, quando fosse o caso, seriam realizadas visitas domiciliares, orientações ao usuário e seus familiares. Também seria proposto retorno diário do usuário à instituição, retornos nos quais o usuário tomaria a medicação a fim de fazer ao uso mais adequado dos medicamentos. No entanto, os “pedidos” de prescrição no Pronto Atendimento, nos meses de setembro e outubro de 2002, apontavam outras questões que poderiam estar relacionadas àquelas solicitações.

A partir de meu ingresso na equipe e da participação na implantação do programa de Saúde Mental na instituição, sabia que, para garantir uma continuidade do tratamento dos usuários em nível ambulatorial, era necessário que, na medida em que os usuários iniciassem tratamento psiquiátrico, tivessem assegurado uma data de retorno para que junto com o médico, pudessem avaliar o uso e continuidade ou não do tratamento medicamentoso. Esses retornos com o psiquiatra, que em princípio ocorriam a cada 60 dias, posteriormente, com o aumento da quantidade de usuários atendidos no serviço, passaram para 90 dias e, no momento desta pesquisa, estavam na casa dos 120 dias. No atendimento psiquiátrico, o agendamento dos grupos de retorno medicamentoso dos psicóticos (GRM) era

sempre priorizado, mesmo neste intervalo de 120 dias. Em seguida eram agendadas as consultas ou os retornos individuais e, quando a agenda médica não comportava mais esses agendamentos, os retornos previstos eram posteriormente confirmados através de “convocações” enviadas pela instituição. Neste atendimento, havia também, diariamente, horários para avaliações psiquiátricas de novos usuários e para atendimentos de intercorrências, sendo que esses atendimentos eram agendados conforme as avaliações dos plantões de P.A.

Sabia, também, que a Grade dos medicamentos psicotrópicos da instituição tinha sido composta, em princípio, de acordo com as necessidades apontadas pelo psiquiatra, a partir de suas indicações para os pacientes atendidos no programa de Saúde Mental. Posteriormente, articulados aos repasses do “Programa Dose Certa em Saúde Mental”, a previsão e o estoque dos medicamentos do programa de Saúde Mental do município tornaram-se uma incógnita e um problema freqüente. Embora a prescrição médica previsse uma quantidade de medicamentos que atenderia aos usuários até o próximo retorno, o fornecimento dos medicamentos estava limitado aos estoques. O descompasso implicava diretamente no aumento do número de retornos ao Pronto Atendimento para obtenção de novas receitas/dosagens e, naquele período, somado a férias e licenças do médico evidenciou uma situação atípica na instituição.

Quanto às queixas, segundo o item 3.3.1, 28 (45,2%) usuários, já inseridos em programa terapêutico na instituição, referiam estar bem, sem nenhuma queixa naquele momento e compareciam ao P.A devido a questões relacionadas ao fornecimento dos medicamentos de que faziam uso; destes, 14 também estavam vinculados a outros tratamentos na unidade, além do atendimento psiquiátrico e 14 somente estavam vinculados ao tratamento psiquiátrico. Observei também que outros 10 usuários, embora naquele

momento procurassem o P.A solicitando inicialmente prescrições, apresentavam diferentes queixas e, destes 7 se dispuseram a outras abordagens.

Como a maior parte dos usuários, ao procurarem o Pronto Atendimento com o pedido de prescrições dos medicamentos em uso, referia que não havia recebido o medicamento em quantidade suficiente até a data de seu retorno médico previsto ou agendado, e como isto se repetia, em outros momentos, na instituição, a equipe havia criado, além da prática de que esta busca fosse através do Pronto Atendimento, uma rotina de confirmar na farmácia da unidade, as informações dos usuários quanto à quantidade dos medicamentos recebidos. Embora o retorno médico chegasse a ser a cada 120 dias, e a medicação fornecida, em alguns casos, fosse para 30 dias, esses usuários acabavam retornando a cada 30 dias no Pronto Atendimento para novas solicitações de prescrições, e a equipe chegou, em alguns momentos, a propor que o usuário retornasse a cada 20 dias ao Pronto Atendimento, a fim de garantir que de fato a prescrição fosse realizada antes do término dos medicamentos. Esse episódio revelava que a equipe, diante destas questões, ficava circulando em torno da medicação e, possivelmente, do próprio médico psiquiatra .

Podemos dizer, a partir dos parâmetros propostos por Costa-Rosa (2000), que essa (des) organização institucional na questão do (não?) fornecimento dos medicamentos em quantidade suficiente refletia uma oferta institucional característica do Modo Asilar, no momento do Pronto Atendimento, que acabava administrando essa problemática e funcionando burocraticamente. Embora com a preocupação de garantia do medicamento aos usuários atendidos no programa, esta oferta acabava também favorecendo um clima de indisposição dos profissionais, que se queixavam do volume diário de usuários no atendimento na porta da instituição e propunham um limite quanto ao número dos usuários que deveriam ser atendidos diariamente no PA. Da parte dos usuários que, atendidos por

ordem de chegada, muitas vezes ficavam horas aguardando para a solicitação da prescrição e, cansados ou irritados, alguns não se dispunham a outras abordagens.

Um aspecto que pude pensar em relação a este pedido e à oferta institucional, foi que este problema mascarou um dado sobre a escuta no atendimento da porta da instituição pois, ao se canalizar para o Pronto Atendimento esta problemática institucional criava-se uma nova demanda. O Pronto Atendimento, buscando uma resposta rápida, mas burocrática, a essas solicitações dos usuários, não propiciava a participação deles na reflexão em busca de outras possibilidades de resolução da situação.

3.3.3 – Análise dos encaminhamentos referentes aos adultos atendidos nos moldes de “recepção-escuta”

Quanto às ofertas de ajuda a partir da “recepção-escuta” deste grupo de usuários adultos atendidos, podemos afirmar que, para os 28 usuários que solicitavam prescrições e não apresentavam queixas em Saúde Mental naquele momento, o encaminhamento acabou seguindo o fluxo da instituição² com o agendamento de prescrições, sendo que em dois casos, além de prescrições foram agendados atestados de tratamento, em cinco casos os retornos médicos foram antecipados. Vale a pena esclarecer que agendamento de novas receitas não significava consulta médica (avaliação, atestado, tratamento medicamentoso, retornos, intercorrências).

Quanto aos usuários que apresentavam alguma queixa em Saúde Mental, outras abordagens foram propostas, segundo o quadro a seguir.

Quadro 6 - Encaminhamentos dos usuários adultos atendidos no recorte da R.E.

Encaminhamento	Nº	%
Agendamento de prescrições	24	38,7
Agendamento de prescrições + atestados	2	3,2
Agend. de prescrições + retornos psiquiátricos	5	8,0
Agendamento de prescrições + retornos de R.E.	4	6,4
Agend. de prescrições + abordagem com familiar	1	1,6
Agendamento de prescrições / psicoterapia	2	3,2
Retornos de R.E.	7	11,3
Psicoterapia	3	4,8
Avaliação psiquiátrica e psicoterapia	9	14,5
Avaliação psiquiátrica e retornos de R.E.	2	3,2
Discussão em equipe/avaliação psiq./internação	1	1,6
Visita domiciliar/orient. e acomp. enfermagem/retornos de R.E. com filha da usuária	1	1,6
Retornos de R.E. avaliação psiquiátrica/medicação na instituição/ oficina terapêutica	1	1,6

Em relação aos encaminhamentos deste grupo de usuários, podemos observar, conforme citamos anteriormente, que a maior parte seguiu o fluxo institucional, ou seja, para aqueles que procuraram a instituição solicitando prescrição de medicamentos em uso, embora essas questões fossem problematizadas com os usuários e nas reuniões em equipe, o

² Embora esse fluxo institucional estivesse constantemente sob questionamento da equipe e dos usuários.

encaminhamento foi o agendamento das prescrições nos dias e horários previstos no fluxo institucional.

Vale ressaltar que, para 7 usuários que procuravam o P.A com solicitação de prescrição/dispensação e apresentavam alguma queixa em Saúde Mental, outras abordagens foram possíveis como retornos em R.E. e encaminhamentos para psicoterapia.

Um outro aspecto observado em relação aos encaminhamentos deste grupo, foi que as ofertas foram limitadas, tendo predominado os encaminhamentos para avaliação psiquiátrica e atendimentos psicoterápico (9 ou 14,5% dos usuários), retornos de R.E. (7 ou 11,3%), psicoterapia (3 ou 6,4%) e visita do serviço social e acompanhamento da enfermagem (1 ou 1,6%).

No entanto vale ressaltar que a oferta conjunta do atendimento psicoterápico ou de outras ações, junto com a avaliação psiquiátrica, apontou uma ampliação de possibilidades de intervenções que não fosse somente a medicamentosa, frente ao sofrimento psíquico.

Esses encaminhamentos foram definidos a partir dos retornos de R.E., nos quais procurei esclarecer a demanda dos usuários e sua implicação subjetiva. Foram também realizadas discussões em equipe sobre as possibilidades de ofertas terapêuticas naquele momento. Apesar das freqüentes dificuldades de agenda dos profissionais da instituição, os usuários encaminhados para atendimento psiquiátrico e psicoterápico foram para o atendimento proposto com o dia e o horário previamente agendados, com o profissional que os atenderia e não para a lista de espera pelo atendimento, como era feito até então no PA.

Outro aspecto que considero relevante destacar, diz respeito aos 7 (11,3%) usuários que, no decorrer dos atendimentos de retornos de R.E., puderam problematizar suas queixas e seus pedidos. Foi possível verificar que, naquele momento, esses usuários não demandavam atendimento psicoterápico ou psiquiátrico. Para eles ficou em aberta a

possibilidade de procurar novamente a instituição, caso sentissem necessidade. Seis meses após esses atendimentos, não retornaram.

De acordo com os pressupostos apontados pela psicanálise, para que o tratamento psicoterápico ocorra, é necessária a implicação subjetiva do sujeito, isto é, o paciente abandona o ato de queixar-se dos outros, ou de tudo e passa também a se incluir como responsável por seu sofrimento e conseqüentemente como agente de mudanças. No atendimento inicial dos usuários que procuram ajuda em Saúde Mental Coletiva, é necessário que a escuta possibilite um tempo de suspensão, não respondendo imediatamente ao pedido inicial do usuário com soluções rápidas/encaminhamentos prontos.

Foi neste sentido que, a partir da “recepção-escuta”, novos encontros foram propostos aos usuários adultos com queixas em Saúde Mental. Embora alguns usuários não se dispusessem a outras abordagens, uma parte significativa deles compareceu aos retornos propostos, a partir dos quais efetuei outros encaminhamentos. Na definição do encaminhamento procurei levar em conta a posição subjetiva do usuário frente ao seu próprio discurso, o lugar que ocupava frente a sua queixa e a possibilidade de sua implicação num tratamento.

Percebemos que os usuários que procuraram a R.E. e estavam em tratamento médico-medicamentoso na unidade, não se dispunham a outras abordagens naquele momento, mesmo apresentando queixas em Saúde Mental. Já vinculados ao uso do medicamento, atribuíam somente a eles a possibilidade de ajuda frente ao sofrimento psíquico. Ao procurarem novamente a instituição, solicitavam prescrições/consultas psiquiátricas, depositando no medicamento a expectativa de “cura”. Acreditavam que a persistência dos sintomas, mesmo com o uso dos medicamentos, era porque “o remédio tinha ficado fraco, já não estava mais fazendo o efeito” ou que “através do remédio certo” melhorariam. “A questão era de acertar o remédio”.

4 – Análise da relação do usuário com sua queixa e atribuição do poder de ajuda.

Quanto à atribuição do poder de ajuda, observamos neste recorte da R.E., especificamente no atendimento aos adultos, que a maior parte dos usuários atribuíam ao médico e ao uso de medicamentos tal possibilidade, conforme podemos visualizar melhor no quadro abaixo:

Quadro 7 – Atribuição que os usuários adultos faziam a quem poderia/saberia ajudá-los:

Atribuição de poder/saber	Nº	%
Psicólogo	6	9,6
Médico	33	53,2
Médico e psicólogo	20	32,2
Sem clareza	3	4,8

Quanto ao subgrupo dos adultos, observamos que 28, naquele momento, não apresentavam queixas em Saúde Mental propriamente ditas. Entre eles havia usuários que, vinculados somente ao tratamento psiquiátrico/medicamentoso, não se dispunham a outra forma de abordagem.

Utilizando as categorias sugeridas por Costa-Rosa (1995) quanto à atitude transferencial, ou seja, quanto à atitude do sujeito frente aos seus problemas e para com a instituição (ou o interlocutor), poderíamos dizer que esses usuários seriam aqueles que apresentam uma atitude transferencial de “buscar um objeto”, numa posição de fazer da

instituição, e de quem o escuta, simples depositários de suas queixas, concebendo-os como possuidores daquilo que lhes falta, definindo esta falta como da ordem de um objeto material .

No subgrupo desses 28, observamos também que 14 (50%), além do vínculo de tratamento médico/medicamentoso, estavam em psicoterapia ou oficina terapêutica, apresentando abertura para abordagens que poderiam contribuir para o questionamento de sua própria queixa, e que pudessem aumentar suas possibilidades de implicação subjetiva.

Quanto ao subgrupo dos outros 34 adultos atendidos neste recorte, que apresentavam queixas em Saúde Mental, também procurei analisar, a partir da “recepção-escuta”, a relação deles com suas próprias queixas, o modo como, a partir delas, expressavam a solicitação de ajuda e a quem atribuíam o poder/saber de ajudá-los.

Quanto à atitude transferencial, poderia referir que os usuários que procuravam a instituição solicitando consultas psiquiátricas e/ou medicamentos, foram aqueles que também apresentavam uma atitude transferencial de “buscar um objeto”. Neste subgrupo dos 34 adultos com queixas em Saúde Mental, isto representou 9 (26,5%) dos usuários atendidos. Estes usuários procuraram a instituição supondo que a mesma, ou quem os escutava, detinha aquilo que lhes faltava, concebendo esta falta como uma falta de ordem material. Eles pareciam depositar no atendimento as suas queixas e, numa posição passiva, pareciam esperar receber a ajuda de um medicamento, não parecendo chegar a adquirir a consciência de um saber.

Os usuários que solicitavam ajuda como supressão de sintomas, vinculando-a também ao uso de medicamentos, embora se reconhecessem como sofredores que necessitavam de ajuda, conferiam a esta um caráter mágico e transcendente, chegando a fazer uma suposição de que existe um saber sobre o que lhes acontecia. Entretanto, concebiam-no pronto, depositando no outro (psiquiatra/psicólogo) tal poder/saber. Neste subgrupo esta

atitude transferencial de “buscar um saber tipo revelação” representou 19 (55,8%) dos usuários atendidos.

Já os usuários que solicitavam ajuda para esclarecer seus problemas, supondo existir um saber sobre o que lhe acontecia, com alguma noção de estarem incluídos nele numa atitude de “transferência de saber”, representaram 17,6% dos atendimentos.

5 - Análise dos efeitos produzidos pela “recepção escuta”: os caminhos que se abriram para os sujeitos

É importante para o usuário que chega ao serviço de Saúde Mental Coletiva, sob a perspectiva da Atenção Psicossocial que o atendimento na porta da instituição seja oferecido na forma de uma escuta que possibilite a sua acolhida e a valorização das particularidades de cada situação que envolve a procura por ajuda. Neste trabalho, ainda que não sejam os únicos, os recursos disponíveis são a fala do usuário e a escuta de quem o recebe e o acolhe. Esta escuta deve, então, estar atenta não apenas ao dito, mas também à posição do usuário frente ao seu dito, ou seja, deve estar atenta ao dizer e à questão de saber em que posição se encontra o usuário frente à sua queixa. Esta questão coloca uma interrogação decisiva: neurose ou psicose? E o estabelecimento dessa posição subjetiva que, às vezes, pode ser imediata e, às vezes, pode ser demorada. De qualquer forma, não deixa de ser essencial para a condução do tratamento.

Desse modo, no atendimento na porta da instituição de Saúde Mental Coletiva, a questão do diagnóstico pode ser relevante, pois para a composição da clientela dos serviços, assim como para a articulação com outros dispositivos não assistenciais, consideramos ser necessária uma dimensão diagnóstica, que vai além das queixas e da observação de sinais e sintomas, como propõe a CID 10. O trabalho clínico e teórico na

distinção entre neurose e psicose, tomando como referencial a psicanálise, é determinante para a condução do caso, ou seja, para se propor os encaminhamentos.

Para a abordagem da crise, em alguns lugares, os modelos substitutivos de Atenção em Saúde Mental Coletiva dispõem de equipamentos próprios, como os Centros de Atenção Psicossocial, os Núcleos de Atenção Psicossocial e/ou Hospitais-dia, o que possibilita oferecer atendimento de urgência para uma clientela que, habitualmente, só se recebia em hospitais psiquiátricos. No caso da instituição estudada, que dispõe de uma organização de funcionamento ambulatorial dentro de uma Unidade Básica de Saúde, e que se caracteriza como a referência de atendimento em Saúde Mental para o território daquele município, o tratamento de cada um dos usuários também requer o reconhecimento e a priorização da urgência nas propostas assistenciais extra-hospitalares, sem no entanto, menosprezar ou rejeitar, *a priori*, qualquer demanda.

Considerando também que nas ações, sob a perspectiva da Atenção Psicossocial, é importante escutar o sujeito em sofrimento enquanto sujeito de direito, levando em conta sua palavra. Isso significa obter do próprio usuário o consentimento para o tratamento. Por outro lado, considerando que na Saúde Mental Coletiva os usuários em crise podem chegar pela demanda de outros - família, vizinhos, amigos, via Poder Judiciário e até mesmo da polícia - isto implica, em alguns casos, em escutar também aqueles que trazem e que cercam o usuário.

Estes, e também outros passos no atendimento na porta da instituição, têm implicações importantes na forma de conceber e tratar o sofrimento psíquico que, às vezes, tornou-se insuportável para o sujeito, levando-o a buscar ajuda num serviço de Saúde Mental Coletiva.

Neste sentido, a “recepção-escuta” abre caminhos, não numa perspectiva de “cura” ou “transformação dos sujeitos e de suas estruturas”, mas na subjetividade dos

usuários e, também, no sentido de tentar outras formas de tratamento e convivência com o diferente que não seja a exclusão através das internações e reinternações, ou mesmo através do uso exclusivo da medicalização.

No subgrupo dos 62 adultos atendidos neste estudo, isto representou o encaminhamento para o atendimento psicoterápico para 14 usuários atendidos em R.E. e propostas de outras ações de cuidados, que procuraram levar em conta o sujeito em seu sofrimento psíquico e que pudessem substituir a internação psiquiátrica solicitada inicialmente. Neste subgrupo de 62 adultos, isto representou a inserção dos 3 usuários, que inicialmente pediam a internação, e que até aquele momento estavam vinculados somente ao tratamento médico/medicamentoso, em outras modalidades de atendimento, ou seja, várias ações de cuidados foram propostas de forma integrada, procurando acolher o usuário e os familiares naquele momento de “crise”, mantendo o atendimento na instituição, prescindindo assim da internação psiquiátrica solicitada inicialmente.

6- Análise da “recepção-escuta” nas internações dos usuários e na adesão aos tratamentos.

Em relação ao grupo total de usuários, atendido no período de setembro a outubro de 2002, verificamos que três deles foram internados. Destas internações, uma foi definida como o encaminhamento possível naquele momento.

Neste caso, em princípio, chegou uma moradora de um distrito do município, solicitando tratamento para um usuário (andarilho, sem vínculo com os familiares que residiam naquela localidade). Ele estava, segundo o relato da mesma, apresentando delírios e alucinações, e por agredir e sofrer agressões físicas, encontrava-se numa situação que a preocupava, considerada de “risco” também para o usuário. Disse que, havia alguns dias, ele

vinha se alimentando com sua ajuda e acreditava que se propusesse ao mesmo vir até a instituição para “consulta com médico conseguiria trazê-lo”. A moradora do distrito retornou no dia seguinte com o usuário, que passou por avaliação psiquiátrica. A internação foi proposta pela equipe como o encaminhamento possível naquele momento, uma vez que, devido ao fato do funcionamento ambulatorial não dispor do serviço e de condições de efetivação de ações intensivas de cuidados que pudessem substituir a internação.

Nos outros dois casos, embora o encaminhamento, a partir da “recepção-escuta” e dos retornos, não fosse internação, estas acabaram ocorrendo. Uma internação ocorreu em função de determinação judicial, pois o filho da usuária já havia movido um processo judicial de interdição da mesma e a internação tinha sido indicada pelo psiquiatra nomeado como perito do processo. A outra internação ocorreu durante o tratamento psiquiátrico e psicoterápico do usuário.

Embora esses dados sejam referentes a um grupo de usuários, atendidos num recorte do “P.A”, eles nos permitiram pensar que, nestes casos, a internação hospitalar não ocorreu como “a ação terapêutica” a ser ofertada para os casos que demandavam tratamento em Saúde Mental, ou com o objetivo de favorecer a “cura”, mas a sua ocorrência parece ter representado um sinal de impasse da equipe na condução do tratamento, frente à inexistência dos recursos substitutivos necessários à constituição de novas práticas assistenciais.

Um aspecto que observamos, quanto aos encaminhamentos efetuados a partir da “recepção-escuta” dos usuários atendidos foi que as ofertas terapêuticas ainda se mostraram bastante restritas. No caso das solicitações de atendimento infantil e das solicitações de “prescrição de medicamento em uso”, pelos usuários atendidos no programa de Saúde Mental, estes passaram pelo fluxo institucional, mas houve mudanças, mesmo que pequenas. No caso das solicitações de atendimentos de adolescentes, foram realizados retornos de R.E., que se mostraram resolutivos, não demandando outras ações naquele

momento. No caso dos adultos, e aí se inseriram também usuários que, em princípio, solicitavam apenas as prescrições/dispensação de medicamentos, houve ofertas de oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, retornos de R.E. Entretanto, ainda predominaram os encaminhamentos para atendimentos psiquiátricos e psicoterápicos na instituição.

No entanto vale ressaltar que os retornos de R.E. propostos a fim de esclarecer a demanda dos usuários e as possibilidades das ofertas institucionais, produziram também alguns efeitos, embora em alguns momentos, efetuando as ofertas acima referidas enquanto restritas, procurou-se levar em conta que, por trás das queixas e dos sintomas apresentados como motivo da procura de ajuda, articulados à demanda, existia conflitos familiares e dificuldades econômicas e sociais como situações freqüentemente associadas às queixas e aos sintomas. Isto repercutiu nos encaminhamentos, pois nem todos os usuários que inicialmente procuraram ajuda na instituição, foram encaminhados para tratamentos na mesma.

Através dos retornos de R.E., com alguns usuários, pude problematizar questões inicialmente vistas como exteriores. Por exemplo, as dificuldades no relacionamento conjugal e familiar colocada como um destino, ao qual o usuário não pudesse escapar, ou como uma sentença à qual deveria se submeter, vivendo sem reclamar ou tentar mudar. O desemprego e as dificuldades econômicas também foram parte importante das queixas dos usuários, que apareceram relacionados à angústia, ao nervosismo e também ao desânimo ao qual alguns usuários se referiam naquele momento diante de suas perspectivas de vida.

Outro aspecto observado foi que, para alguns usuários, o medicamento representava a forma de ajuda solicitada, e quando problematizamos com eles esse pedido, os mesmos afirmavam que estavam conseguindo “pelo menos dormir”, e que se conseguissem “se acalmar” teriam condições de suportar as dificuldades e os problemas cotidianos.

Para ofertar o tratamento na instituição procuramos, através do atendimento inicial e dos retornos subseqüentes, levar em conta a atitude transferencial dos sujeitos e a

quem eles atribuíam o poder/saber de ajudá-los. Em alguns casos, os encontros com os usuários nos permitiram, junto com os mesmos, definir que não seriam encaminhados para atendimento na instituição, naquele momento. Isto não significou que esses usuários não possam voltar a procurar ajuda na instituição futuramente, e que a mesma fosse ofertada através de tratamentos psiquiátricos/psicoterápico ou outras modalidades de atendimento; significou que, naquele momento, os usuários, ao procurarem ajuda na instituição, não demandavam tratamento e mesmo com os sucessivos encontros não se constituiu essa demanda.

Existem também usuários que demandam ações terapêuticas que a instituição não oferece, que precisam de articulações com outras instituições ou com outros recursos da comunidade, ações que precisam ser discutidas e planejadas pela equipe.

A seguir apresentarei um caso que ilustra essa situação. Os dados de identificação foram alterados para preservar as pessoas envolvidas, e que, consultadas a respeito, consentiram na participação nesta pesquisa

Dona Fátima, 87 anos, chegou ao Pronto Atendimento na companhia da filha e do genro. Irritada, chegou no colo do genro. Dizia que não estava doente, não tinha nada, comia e dormia muito bem, só tinha dificuldade para “obrar” e queria ir embora, impaciente com a filha e com o genro, que tentavam explicar que o problema era “esse”. Há alguns meses vinha dormindo cada vez menos, alimentava-se bem, mas reclamava de tudo o tempo todo, não aceitando os cuidados da filha. A usuária, mãe de dois filhos, queria a companhia do filho caçula “24 horas por dia”. Sem condições de realizar sozinha a higiene pessoal, brigava com a filha, nessas ocasiões, chegando a beliscá-la algumas vezes. A filha dizia que a mãe gritava muito, dizia palavrões e que eles, “a filha e o genro, já não agüentavam mais e sentiam que a qualquer momento adoeceriam por causa dela”. Chegaram a procurar o asilo da cidade, mas não tiveram coragem de deixá-la, pois sendo da família, sentiam-se na

obrigação de cuidar dela. A filha dizia que o irmão bebia muito todos os dias e que por isso a mãe, que já não se locomovia sozinha, não tinha condições de continuar morando com o mesmo, mas desde que estava em sua casa só reclamava, gritava e xingava, deixando a todos nervosos. A usuária havia passado recentemente por uma avaliação clínica e, desse ponto de vista, estava bem. Seus exames laboratoriais estavam normais e quanto à dificuldade para “obrar”, segundo a filha, o médico já havia lhe explicado que estava relacionado com a alimentação da usuária, para quem prescreveu uma dieta incluindo líquidos, que ela também se recusava a tomar caso não fosse o café bem preto. A filha queixava-se também de não ter força nos braços para carregar a mãe sempre que necessário. Com 64 anos, a filha dizia não conseguir fazer muito esforço, pois “sentia sua coluna reclamar também”. A filha e o genro da usuária pediam um “remédio pra ela, que deixasse ela mais calma, que mudasse, melhorasse o comportamento da usuária”, pediam também uma internação, perguntando se não seria a melhor solução para o caso, já haviam conversado a respeito com o clínico que disse não ser o caso de uma internação clínica, naquele momento. Enquanto a filha falava, a mãe dizia que era tudo mentira, e que queria ir embora para a casa. Esses pedidos e o encaminhamento foram problematizados com a usuária, a filha e o genro. Através da visita da assistente social da equipe, foi providenciada uma cadeira de rodas para ajudar no deslocamento da usuária para o banho, alimentação e passeios na calçada. Através de acompanhamento/orientações com a enfermeira da Unidade Básica próxima a residência da usuária, o irmão caçula passou a ajudar a irmã com mais frequência nos cuidados com mãe e, inclusive, passou a dormir, algumas noites, na casa dela. Com o psiquiatra da unidade, foi discutida a indicação de medicamentos. Como os efeitos possíveis não correspondiam às expectativas iniciais da filha, não foram usados. A filha retornou outras vezes para falar das suas dificuldades nos cuidados e no relacionamento com a mãe, dos sentimentos ambivalentes em relação à mesma.

D. Fátima, assim como outros usuários e familiares que procuram ajuda nas instituições de Saúde Mental Coletiva, não o fazem demandando tratamento psicoterápico ou psiquiátrico ambulatorial. Entretanto, a partir da “recepção-escuta” a reflexão e discussão pela equipe podem levar a criação e/ou a buscar a articulação com outras instituições e com outros recursos da comunidade para efetivar ações terapêuticas e de cuidados que a instituição, em princípio, não oferece.

O quadro que apresentamos a seguir mostra dados a respeito da adesão dos 18 adultos aos tratamentos propostos a partir da “recepção-escuta”. Conforme dito anteriormente, as crianças foram encaminhadas para triagem. Os adolescentes, atendidos em retornos de R.E. e não foram encaminhados para outros atendimentos, e seis meses após este atendimento na “recepção-escuta”, não haviam procurado novamente a instituição. Isso ocorreu também com a maior parte dos adultos atendidos nos retornos da R.E., ou seja, dos adultos atendidos nos retornos da R.E., que não foram encaminhados para nenhum outro tratamento, apenas um voltou a procurar a instituição, enquanto que os demais não haviam retornado à instituição nos seis meses seguintes.

Quadro 8 - Dados referentes à relação com o tratamento para o qual foram encaminhados, seis meses após a escuta inicial de 18 usuários adultos.

Relação com o tratamento, seis meses após a escuta inicial	Nº	%
Estavam em tratamento	12	66,6
Foram internados	3	16,6
Deixaram o atendimento	3	16,6
Voltaram a procurar a instituição	1	5,5

Quanto às interações, como já referimos anteriormente, uma foi em decorrência das avaliações da própria “recepção-escuta” e da equipe, naquele momento. Quanto ao usuário que voltou a procurar a instituição, foi atendido em retornos de R.E e não havia sido encaminhado para outros atendimentos naquele momento. Portanto, 66,6% mantinham-se vinculados e apenas 16,6% deixaram os atendimentos a que foram encaminhados.

7 – Análise da interferência da “recepção-escuta” no programa terapêutico da instituição.

Propor na equipe uma nova forma de escutar a demanda, no atendimento na porta desta instituição, gerou vários movimentos, inclusive o de resistência. Esta tomou sua forma mais evidente na argumentação de que a escuta do usuário, baseada nos pressupostos das entrevistas preliminares da psicanálise (Quinet, 2000), implicava em, provavelmente, escutar várias vezes os mesmos usuários após o atendimento inicial em P.A. Isto seria difícil de ser operacionalizado na rotina de trabalho das psicólogas, que além de serem as profissionais responsáveis, em esquema de rodízio, pelo Pronto Atendimento, também eram as referências dos atendimentos de ludo e psicoterapia dos adolescentes e adultos atendidos na instituição, e ainda atuavam nas oficinas terapêuticas existentes no Programa de Saúde Mental. As agendas desses profissionais, que já estavam cheias e que não tinham como absorver a todos os usuários que aguardavam atendimento em fila de espera, não comportaria horários para os retornos dos usuários atendidos em P.A. Outra questão que se colocava era que com o atendimento do usuário em retornos de P.A, os usuários que aguardavam atendimento em fila de espera continuariam sem assistência.

Um falso antagonismo se criou em torno da questão dos retornos de P.A. e a proposta, já vigente na instituição, de grupos de acolhimento. Eram propostas distintas e

complementares que podiam ser adotadas pela equipe, pois na verdade, o que se buscava com essas modalidades de atendimento, era a manutenção da abertura já existente na equipe/instituição, de propor e tentar novas formas não burocratizadas de lidar com o sofrimento psíquico, buscando a implicação do usuário e a abertura de caminhos na subjetividade.

Nas reuniões de equipe, essas questões freqüentemente apareciam através da discussão dos casos atendidos em diferentes plantões de P.A. Embora sem um consenso ou mudança radical na equipe quanto à forma de realização desta prática institucional do atendimento inicial, outros profissionais começaram a propor retornos, para os usuários atendidos em P.A., a fim de esclarecer melhor a demanda e as possibilidades de oferta de ajuda institucional, sendo que, muitas vezes, esses retornos ocorriam no próprio plantão semanal de P.A. desses profissionais. As “novas” vagas nos atendimentos dos programas existentes também passaram a ser preenchidas por usuários agendados através dos diferentes P.A. e não somente a partir das convocações a partir das listas de espera, o que evidenciou um movimento de mudanças na equipe em direção a “recepção-escuta”.

Os estagiários de psicologia e os psicólogos em aprimoramento profissional na instituição³, também buscavam escutar os usuários que procuravam ajuda na instituição, sob a perspectiva da “recepção-escuta”.

A possibilidade da recepção e acolhimento dos usuários de acordo com o programa, ou seja, através de atendimento infantil, de adolescentes e adultos também passou a ser rediscutida na equipe e, embora o impasse também ficasse localizado na operacionalização (número pequeno de técnicos para que o P.A. continuasse funcionando diariamente sem o rodízio dos profissionais dos dois programas), a questão do acolhimento e

³ Desde do ano de 2000, a instituição faz parte do programa de aprimoramento Profissional da DIR VIII – vinculado à FUNDAP – no qual está inserida como local de atuação de profissionais desse programa.

esclarecimento da demanda, no caso das solicitações de atendimento infantil, também passou a ser discutida e problematizada na equipe.

Cada vez mais ficava evidente o caráter de recepção apenas no atendimento dessas solicitações que, freqüentemente, quando ocorriam no P.A., pelos profissionais que atuavam no programa de adolescentes e adultos, prontamente encaminhavam para a “triagem”. Também ficou explicitado na equipe, que a “triagem” era uma forma que os profissionais do programa infantil tinham encontrado para poder entender melhor a demanda por trás das solicitações de atendimento infantil para, a partir de então, realizar as ofertas de ajuda, entre as quais, poderia ou não estar o atendimento terapêutico na instituição, em suas diferentes modalidades (grupos de pais, oficinas terapêuticas, ludoterapia, psicodiagnóstico).

Neste sentido, a “recepção-escuta” produziu efeitos na instituição, na equipe e também nos programas terapêuticos, que embora em alguns aspectos possa considerar que ainda funcionam com base em pressupostos do paradigma psiquiátrico, reconheço que fazem para superá-lo, uma vez que buscam criar dispositivos e canais de escuta e acolhimento do sofrimento psíquico, visando a constituição de novas práticas assistenciais, na perspectiva da Atenção Psicossocial.

8 – Análise dos encaminhamentos do grupo de adultos enviados para lista de espera por psicoterapia, comparado com os encaminhamentos realizados pela “escuta clínica”.

O Pronto Atendimento, inserido na rotina institucional, até o final de 2002, tinha como prática mais freqüente, após o/um atendimento inicial, encaminhar os usuários para os atendimentos oferecidos na instituição.

Para a solicitação de atendimento de crianças, os profissionais do programa de atendimento infantil haviam instituído horários semanais de triagem para avaliação dos casos que eram atendidos no P.A dos profissionais que não atuavam neste programa.

Para a solicitação de atendimento dos adolescentes e dos adultos, a avaliação era efetuada no atendimento de P.A.. Tendo como prioridade nas ações assistenciais o atendimento dos psicóticos e alcoolistas, tentando evitar as internações psiquiátricas e buscando inserir esses usuários no atendimento ambulatorial da instituição em suas diferentes modalidades (tratamento psiquiátrico, psicoterápico, oficinas terapêuticas, vistas domiciliares, grupos/orientação de familiares), os outros usuários que procuravam ajuda na instituição, quando não havia disponibilidade de agendamento do atendimento proposto, eram encaminhados para fila de espera, geralmente, por consulta psiquiátrica ou lista de espera por atendimento psicoterápico.

Para todos os usuários (crianças, adolescentes e adultos) era oferecido o Pronto Atendimento como referência/possibilidade de atendimento em caso de agravamento das queixas, sintomas ou de acordo com as necessidades dos usuários.

Para as entrevistas no P.A, a equipe havia criado um roteiro contemplando questões de identificação do usuário, origem do encaminhamento, motivo da procura de ajuda e história anterior de tratamento em Saúde Mental. Para as solicitações de atendimento infantil, havia no roteiro questões sobre a composição e dinâmica familiar, forma como a família percebia os comportamentos habituais da criança, aspectos relacionados à inserção escolar, à sociabilidade, à sexualidade, às expectativas dos pais e da criança quanto ao tratamento. Os aspectos referentes a anamnese da criança, que inicialmente eram abordados no P.A, passaram para o atendimento de triagem com as psicólogas do programa infantil. Para as solicitações de atendimento de adolescentes e adultos, o roteiro contemplava também

questões sobre antecedentes familiares de “doença mental”, uma lista de sintomas, expectativa de ajuda do usuário e registrava-se o encaminhamento efetuado.

Considerando que o P.A era realizado em esquema de rodízio pelas psicólogas da equipe, os atendimentos dos usuários tinham/têm diferentes referenciais de escuta.

No mês de Setembro de 2002, verificamos que havia 89 usuários aguardando atendimento psicoterápico em fila de espera na instituição e 17 usuários aguardando consulta psiquiátrica, também em fila de espera. Entre os meses de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro de 2002, trinta e cinco usuários da fila de espera para atendimento psicoterápico foram chamados para o atendimento, sendo entrevistados no próprio fluxo de trabalho da pesquisadora, que como membro da equipe, era também referência para os atendimentos psicoterápicos de adolescente e adultos na instituição.

Dos 35 usuários chamados para atendimento a partir da lista de espera, 17 compareceram, o que representou 48,6% deste grupo. Um aspecto, com relação ao não comparecimento de uma parte significativa dos usuários chamados para atendimento, poderia estar relacionado com o tempo em que esses usuários estavam aguardando o atendimento ou que de alguma forma pudesse tê-los levado à desistência do mesmo. Entretanto, isto não foi esclarecido, mas observei que alguns dos usuários que compareceram para o atendimento se encontravam nesta lista há mais de um ano.

Através da “escuta clínica” desses usuários, levou-se em consideração a origem do encaminhamento para a lista de espera. Os 17 usuários haviam passado por atendimento em P.A, sendo que destes 9 (52,9%) foram encaminhados para o atendimento psicoterápico como desdobramento desse atendimento inicial (P.A.) e 8 (47,0%) usuários foram encaminhados para psicoterapia a partir do tratamento psiquiátrico que realizavam na instituição.

Na comparação das queixas do atendimento inicial desses usuários com a “escuta clínica”, observei que elas não diferiam. Apenas em alguns casos, os usuários se encontravam mais deprimidos e desanimados quanto às possibilidades de mudanças. Uma questão que pode ser destacada a partir desses atendimentos foi a posição subjetiva e a relação dos usuários com suas próprias queixas, pois observei que nem todos estes usuários, que se encontravam em lista de espera de atendimento psicoterápico apresentavam demanda para o mesmo.

A partir das categorias sugeridas por Costa-Rosa (1995), poderia dizer que 5 (29,4%) usuários apresentaram uma atitude transferencial, tipo “busca de objeto” e não pareciam sequer vislumbrar a possibilidade de tentar outra relação com o sofrimento psíquico que não fosse o uso dos medicamentos; 5 (29,4%) destes usuários, embora se percebessem implicados na causa de seu sofrimento, ainda lhe conferiam o caráter de exterioridade. Os outros 7 usuários atendidos apresentaram uma atitude de “transferência de saber”, ou seja, sendo capazes de supor um saber sobre si, com alguma noção de estarem incluídos nele; tinham abertura para o tratamento psicoterápico e isto representou 41,2% deste grupo, atendido a partir da lista de espera por psicoterapia.

Destes atendimentos, vale a pena destacar que 5 (29,4%) usuários, estranhando a convocação, afirmaram e reafirmaram que já haviam expressado que não queriam atendimento psicoterápico, e que, portanto, não se sentiam aguardando pelo mesmo.

Quanto à percepção da instituição e das ofertas de ajuda institucional, observei que entre os usuários, 5 (29,4%) viam a instituição como um lugar de tratamento médico/medicamentoso, depositando nestas ações as expectativas de ajuda.

Quanto aos outros 12 usuários deste grupo, que compareceram aos retornos subsequentes 7 (41,2%) foram para o atendimento psicoterápico no qual se encontravam seis meses após esta escuta e 5 (29,4%) não foram para o atendimento.

A “recepção-escuta” no atendimento inicial dos serviços de Saúde Mental Coletiva pode ter repercussões na adesão dos usuários aos tratamentos propostos, assim como na organização dos projetos terapêuticos da instituição. Encaminhar os usuários que inicialmente procuram ajuda na instituição para os programas existentes ou para filas de espera por atendimentos, sem levar em conta a atitude transferencial e as possibilidades de implicação do usuário no tratamento e, no caso do atendimento psicoterápico, a analisibilidade do sintoma, constitui-se prática que acaba por reproduzir o modelo manicomial uma vez que os usuários que em sofrimento psíquico demandam ajuda (às vezes psicoterápica), podem acabar sendo entregues a si mesmos, sem uma referência de cuidados como aponta Rotelli (1990), referindo-se às práticas reformistas que não consideram a “existência-sofrimento” do sujeito e seu corpo em relação com o corpo social.

Neste ponto, também se situa a questão ética do modelo que embasa as práticas assistenciais, na perspectiva da Atenção Psicossocial. Trata-se de levar em conta o sujeito em sofrimento psíquico, e também a sua relação com aquilo que apresenta como sofrimento, sua relação com as suas queixas e as possibilidades de implicação nos tratamentos propostos.

DISCUSSÃO:

1 – Considerações gerais:

Ao procurarem ajuda nos serviços de Saúde Mental Coletiva os usuários o fazem a partir de uma pré-interpretação do seu sofrimento e a partir de uma percepção das possibilidades ou das ofertas de ajuda institucionais.

O atendimento inicial, na porta das instituições pode contribuir para a manutenção de modelos/projetos assistenciais, assim como pode levar a mudanças dos

mesmos. Neste sentido, os dados desta pesquisa, mostram que nesta instituição há uma tendência marcante da relação entre demanda e oferta, cujos fatores serão certamente vários, mas não deixam de passar pelos “estados iniciais da possibilidade de transferência” dos usuários, estados relacionados, sem dúvida, a fatores subjetivos dos usuários, mas sobretudo ao estado de “ofertas de possibilidades transferenciais” por parte da instituição. Ou seja, há também uma relação direta entre os modos como são percebidos tanto a instituição e seus agentes e o próprio processo saúde-doença mental. Aqui não se pode deixar de incluir a contraparte institucional, que parece estar em sintonia com a percepção dos usuários.

2 – O estado inicial da transferência na Saúde Mental Coletiva e a sua relação com o estado das ofertas de possibilidades transferenciais.

A sociedade contemporânea produz subjetividades solitárias, individualizadas. Nesse contexto, existiria o esgotamento do sujeito político, do sujeito cidadão, portador de direitos sociais adquiridos a partir da segunda metade do século XX. O cidadão de direito, ao ser desprovido de seu conteúdo, tornou-se contribuinte e, ao deixar de ser trabalhador, passou a ser consumidor. Como tal, vive a idéia de que a história acabou em termos de expectativas de grandes mudanças. O sujeito precisa ocupar-se de si mesmo e ser absolutamente feliz, realizar o projeto existencial de estar bem consigo mesmo.

Como sujeito de consumo, o homem necessita continuamente acompanhar os avanços tecnológicos, para construir e manter imagem de "incluso social": moderno, competente e consumidor das novas mercadorias colocadas no mercado. Nesse contexto, somos norteados pela idéia de que tudo é fragmentado, instantâneo, volátil, descartável, incluindo-se, em especial, a força do trabalho. Há uma prevalência no consumo e da

abundância criada pela multiplicação crescente de objetos. A mercadoria, o prestígio, o sucesso, a informação, o conhecimento constituem seus maiores valores.

As relações sociais, centradas na recepção e na manipulação de bens e também de mensagens, propõem cotidianamente aos sujeitos uma relação com um objeto de consumo, geralmente, curto e rápido estimulando/transformando o sujeito em consumidor, considerando seus desejos como desejos de objetos.

Na área da Saúde Mental Coletiva com o desenvolvimento da indústria farmacêutica os objetos produzidos são os medicamentos que, podem ser oferecidos como representantes diretos da falta, muitas vezes, concebida pelos usuários que procuraram ajuda nesta instituição como uma falta da ordem material.

O desejo humano é um desejo que não se conforma. Antes de nascer, uma criança já existe para alguém. É chamada a ocupar um lugar que lhe aponta o desejo de sua mãe. E é deste lugar impossível que o desejo de cada um se constrói, sem oferecer resposta ao que o Outro espera ou exige. Não preenchendo o que falta ao Outro, reproduz a marca da busca e da inquietação de todo o desejo.

Em toda a comunicação da criança com a mãe ocorre um certo mal entendido entre o desejo da mãe de satisfazer a criança e a necessidade da própria criança. Da mãe para a criança, não se passa somente aquilo que satisfaz, passa-se também alguma coisa de insatisfeito.

Todas as necessidades naturais, no homem, entram numa complexa rede de trocas que levam a marca amorosa. Ao instinto, sobrepõe-se a pulsão que é o instinto erotizado. A pulsão, que não suporta o vazio que a criou, insiste em preenchê-lo de qualquer forma, quer repetir e é levada a inventar. Seu objeto pode variar ao infinito sendo o que se quer fazer com ele é sempre o mesmo.

Neste sentido, no regime do desejo, as pulsões encontram uma certa ordenação que possibilita transitar da repetição à invenção. Já o comando da pulsão mostra a ação da compulsão à repetição, como uma espécie de ordem “faça mais”.

Na sociedade atual, o apelo freqüente ao consumo de objetos estimula a ação da compulsão à repetição, como uma espécie de ordem “consuma mais”.

Neste contexto, é preciso levar em conta que, por um lado, os sujeitos ficam mais vulneráveis aos apelos freqüentes do consumo que se expressam através dos meios de comunicação e das relações sociais, dadas as circunstâncias da própria subjetividade e da realidade social-econômica-cultural em que estão inseridos. Por outro lado, o conjunto de fatores que caracteriza as sociedades atuais de consumo globalizado, inclui também determinantes subjetivos da história pessoal dos indivíduos que compõem essa sociedade, onde a busca de objetos também possui um caráter de aspiração regressiva dos sujeitos.

Neste sentido, o contexto social depende, para sua configuração, de fatores conjunturais e também do modo como esses fatores do contexto se articulam com os modos psíquicos e subjetivos, pois as respostas dos sujeitos estão relacionadas às suas tendências anteriores.

Os dados sobre a atitude transferencial e sobre o modo da implicação subjetiva dos usuários podem indicar aspectos das práticas assistenciais no campo da Saúde Mental que também estão relacionados com as possibilidades das ofertas existentes.

O modo como o usuário parecia vivenciar suas queixas e, a partir delas, referia-se ao profissional que ocupava o lugar de interlocutor diz respeito á atitude transferencial do sujeito.

Na instituição estudada, a expressiva solicitação de consultas médicas e ou prescrições de medicamentos mostra que, ao procurar ajuda na instituição, os usuários, atribuindo ao médico e ao medicamento a possibilidade de ajuda, pareciam se comportar

também como “consumidores” que procuram o meio mais rápido de obterem alívio do sofrimento, às vezes, traduzido na supressão de sintomas através do consumo de medicamentos. A atitude transferencial do tipo “buscar um objeto” correspondeu à atitude transferencial dos usuários que buscaram a instituição, parecendo conceber quem os escutava e a instituição como possuidores daquilo que lhes faltava, mas concebendo essa falta como de ordem material.

Existiram usuários que procuraram a instituição apresentando uma atitude transferencial do tipo “buscar um saber do tipo revelação” que diz respeito a atitude dos usuários que chegaram a fazer uma suposição de que existia um saber, mas que este estava pronto e depositado no outro, de quem esperavam respostas e/ou soluções. A diferença básica pode estar na consciência que se atribui àquilo que sentiam falta e às características do Outro que é o depositário. Entre estes, estavam os usuários que incluíam a atribuição do poder/saber de ajudá-los do psicólogo da mesma forma que busca aos remédios.

No entanto, estas solicitações de remédios e consultas médicas estão articuladas a uma percepção que os usuários tinham das ofertas de ajuda institucional que determinadas *a priori* contribuíam para que a atribuição dos usuários sobre quem poderia/saberia ajudá-los seria o médico e as medicações.

A instituição, através do atendimento inicial, ao realizar prontamente o diagnóstico, não como uma forma de compreensão para condução do tratamento, mas como uma forma de classificação da enfermidade mental e conseqüentemente levando ao desaparecimento da singularidade do sujeito, assim como, ao definir prontamente os encaminhamentos, ao dar remédios, dar orientações, dar interpretações a questões, muitas vezes complexas, cuja resolução imediata é quase impossível, pode ter como sentido implícito obturar a falta e, como finalidade implícita, impedir que o temido pudesse emergir,

levando o usuário e o profissional a buscarem proteção do contato intersubjetivo, da dor e do sofrimento do outro.

Vale ressaltar que, entre os usuários atendidos no recorte desta pesquisa, também existiram 6 usuários que ao procurarem ajuda na instituição apresentaram uma atitude transferencial tipo “transferência de saber”, ou seja, eram capazes de supor um saber sobre si com alguma noção de estarem incluídos nele.

A implicação subjetiva diz respeito ao modo como o sujeito se posiciona em relação aos seus conflitos e está relacionada às queixas e às demandas iniciais e à procura de ajuda na instituição frente às mesmas. Pudemos observar que no grupo dos usuários atendidos pela “recepção-escuta”, houve usuários que conseguiram deslocar sua atenção para a questão do próprio sentido de suas queixas e sintomas, associando seu sofrimento à sua história e modo de ser. Trata-se de usuários que conseguiram perceber a dimensão psíquica de seus problemas e mostraram ter alguma noção de que a resposta não estava no outro que os atendia.

3 – A “recepção-escuta” como substitutiva das modalidades de recepção burocrática: um importante operador do paradigma da Atenção Psicossocial

A “recepção-escuta” pode se constituir como importante operador do paradigma da Atenção Psicossocial na medida em que, no atendimento inicial das instituições de Saúde mental Coletiva, onde se definem os encaminhamentos e onde são realizadas as ofertas de tratamento institucional, sejam levadas em conta as demandas dos usuários através da sua escuta.

Essa escuta que, para além das queixas e dos sintomas, busca implicar o sujeito naquilo de que se queixa, abrindo novos caminhos na subjetividade, na verdade, é um

operador de transformação do paradigma asilar. A partir de ações inseridas no cotidiano da instituição supõe pensar e planejar as ações assistenciais a partir de uma leitura da demanda, que leva em conta a subjetividade dos usuários e suas relações no contexto social em que estão inseridos.

A “recepção-escuta” pode também se configurar como um analisador das ações institucionais, por seu potencial para receber as solicitações dos usuários que procuram sua ajuda, e pelo seu potencial de apresentar socialmente as ofertas de tratamento frente ao sofrimento psíquico, podendo mudar a percepção social do mesmo, assim como dos recursos terapêuticos de ajuda.

O diagnóstico, visando à condução do tratamento, não é separado ou segmentado burocraticamente do tratamento, e os retornos de recepção, embora não sejam entrevistas preliminares em psicanálise, mas embasados também nelas, podem se constituir num atendimento preliminar ao encaminhamento, que deve levar em conta questões de subjetividade dos usuários, assim como a discussão e o planejamento de ações com a equipe de Saúde Mental, assim como a articulação, às vezes com outros recursos, extra-institucionais.

Nesta perspectiva, a “recepção-escuta” pode ser um modo de conferir à instituição a função de instância de fala e escuta, ou seja, de interlocução com os usuários, familiares, outras instituições e também com a comunidade.

IV - CONCLUSÕES

Em síntese, observamos que a implantação do Pronto Atendimento, nesta instituição, possibilitou uma mudança significativa na proposta da forma do relacionamento institucional com os usuários.

Se, com a municipalização da Saúde e, conseqüentemente da Saúde Mental, a instituição tornou-se referência de ações assistenciais para todos os usuários do município, organizando seu programa terapêutico e buscando constituir suas práticas numa perspectiva da Atenção Psicossocial, o atendimento inicial, na porta da instituição, enquanto Pronto Atendimento permeado por concepções da Psiquiatria Comunitária Preventiva, acabou se configurando num atendimento de recepção e triagem dos usuários, realizando os encaminhamentos a partir de programas pré-determinados, priorizando as ações extra-hospitalares por meio de consultas e de tratamento medicamentoso. Esta ação também levou a constituição na instituição de intermináveis filas de espera por atendimentos, que culminou na administração das queixas dos usuários, reproduzindo ações embasadas no paradigma psiquiátrico ainda vigente e dominante.

Inserido na rotina institucional, o Pronto Atendimento, acabou se constituindo como uma espécie de instância intermediária entre o usuário e o profissional que realizaria o atendimento, descaracterizando o fato de que o mesmo já se constituía também em atendimento aos usuários que estavam buscando ajuda na instituição.

A expressiva procura no Pronto Atendimento por prescrições, decorrentes do não fornecimento de medicamentos em quantidade suficiente até a data dos retornos ao médico do programa, naquele período, fez com que o Pronto Atendimento também acabasse apresentando um funcionamento burocrático de administração de problemas institucionais, pois, apesar da avaliação e da discussão desses problemas, a oferta institucional naquele

momento não contemplava uma perspectiva de problematização coletiva e de mobilização, inclusive dos usuários, para outras formas de abordagem da questão, o que acabou também por ocorrer neste recorte da “recepção-escuta”.

No entanto, vale a pena ressaltar que a partir dos retornos da “recepção-escuta”, algumas questões puderam ser problematizadas com os usuários e alguns puderam voltar sua atenção das queixas iniciais sintomáticas para as situações geradoras das mesmas, associando-as às suas histórias de vida, às suas frustrações e aos seus desejos. Para esses usuários, embora as ofertas tenham sido direcionadas, com maior frequência ao atendimento psiquiátrico associado ao psicoterápico, isto indicou uma tentativa de abrir outros caminhos que levassem em conta a subjetividade do usuário, não restringindo as ações apenas às ações médicas/medicamentosas.

A escuta dos usuários chamados para atendimento a partir da lista de espera de psicoterapia possibilitou-me observar que as queixas não se diferenciaram muito daquelas colocadas na entrevista do Pronto Atendimento, sendo que a diferença foi que para alguns usuários foi proposto psicoterapia e para outros não e para tal escolha, procurou-se levar em conta a atitude tranferencial do usuário. Alguns dentre estes usuários, tendo avaliado seus sintomas, procuraram ajuda na instituição de Saúde Mental Coletiva em função da percepção da instituição como um lugar de saber, e apresentaram uma atitude transferencial do tipo busca de saber, ou seja, com alguma noção de estarem incluídos nas causas de seus sofrimentos e na resolução dos mesmos.

A psicanálise nos demonstra que não há paciente a revelia de si mesmo e que, para a análise, parte do sujeito o primeiro pedido que o leva a procurar o atendimento. Isto marca uma diferença que vai se refletir no tratamento, pois, sendo o sujeito quem primeiro avalia seus sintomas, e que a partir dessa avaliação ele vai buscar ajuda, fazendo sua demanda, levar em conta estes aspectos pode nortear os encaminhamentos para atendimento

psicoterápico, ou quanto à possibilidade de outras abordagens, buscando a possibilidade de implicação dos usuários frente às suas próprias queixas.

O acolhimento imediato, no momento em que o usuário procura a instituição, não significa necessariamente uma mudança sobre a concepção do sofrimento psíquico e de suas formas de tratamento. Nesta instituição, este aspecto era evidenciado através dos encaminhamentos que acabavam imperceptivelmente privilegiando ações médicas e medicamentosas, ou as filas de espera de atendimento médico e psicoterápico. As filas de espera acabam funcionando como uma espécie sutil de depósito, que segundo Levcovitz (2000), é

“... uma inexorável seleção da clientela que melhor se adapte às expectativas de cada técnico. Trata-se de um processo lento e despercebido, processo que termina por padronizar uma demanda específica, adequada ao perfil daquele determinado profissional de saúde.” (LEVCOVITZ, 2000, p.22)

A proposta da “recepção-escuta” no atendimento inicial da instituição gerou repercussões na equipe. Houve movimentos de resistência, assim como de mudanças. Além dos grupos de acolhimento que já eram um dispositivo que a equipe utilizava para acolher e escutar aos usuários, buscando a sua implicação, os retornos, a partir da “recepção-escuta”, buscando escutar e implicar o usuário em suas queixas, assim como as discussões e reflexões em equipe desses atendimentos, demonstraram as tentativas de mudar e propor dispositivos que proporcionassem a criação de canais de escuta e de acolhimento do sofrimento psíquico.

A “recepção-escuta” mostrou ser um modo interessante de se acolher e conhecer melhor a demanda e as ofertas de um serviço de Saúde Mental. E, considerando que o profissional que a realiza, pode ter referências de escutas e direcionamentos diferentes se faz necessário que as equipes possam discutir e refletir, freqüentemente, sobre essa prática.

A transformação da assistência em Saúde Mental Coletiva depende de muitas variáveis que não estão restritas à forma como é realizada a escuta no atendimento da porta das instituições. No entanto, podemos dizer que, embora nesta instituição o Pronto Atendimento no atendimento inicial apresentasse características do modelo psiquiátrico, a instituição também apresenta possibilidades de alterá-lo uma vez que se dispõe a criar dispositivos que buscam novas formas de acolher e tratar o sofrimento psíquico. Isto sinaliza as tentativas da equipe em produzir mudanças na prática instituída.

Para a mudança no atendimento dos usuários na porta das instituições de Saúde Mental Coletiva, na perspectiva da “recepção-escuta”, é necessário também mudar a concepção do que deve ser um lugar de primeiro atendimento das pessoas que julgam estar sofrendo de algum mal ou dor psíquica. Este lugar deve ser um lugar de encontros, de escuta, de trocas, de agenciamentos de subjetividades, de reposicionamento na vida.

Este lugar, que é físico e psíquico, deve poder acolher a crise dos mundos de cada um. A escuta, o tempo e o valor da palavra, levando em conta a possibilidade de implicação subjetiva do usuário, estes são alguns dos “instrumentos” que, no atendimento na porta das instituições de Saúde Mental Coletiva, podem levar à abertura de novos caminhos.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. Loucos pela Vida - A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.143p.

-----Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: Psicanálise e psiquiatria : controvérsias e convergências. Antonio Quionet(org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.p.103-110.

-----A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: ARCHIVOS de Saúde mental e Atenção Psicossocial/ Moacyr Scliar...(et al); coord. Paulo Amarante-Eng. Paulo de Frontin. Rio de Janeiro:NAU Editora, 2003. p.45-63.

BAREMBLIT,G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e Prática.3ªed.Rio de Janeiro: Rosas do Tempo, 1992. 204 p.

BARRETO, F.P.Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999. 237 p.

BASAGLIA, F.; [et al] Considerações sobre uma experiência Comunitária. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Org. Paulo Amarante.Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1994. p.11-40.

-----As instituições da violência. In: A Instituição Negada – 2ª ed Basaglia,F. (Coord.) Tradução Heloisa John.. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p.313-322.

BERCHERIE,P. Os fundamentos da Clínica história e estrutura do saber psiquiátrico.Tradução Vera Ribeiro . Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1989. 332 p.

BLEGER,J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 4ª Edição. São Paulo , Martins Fontes, 1989.

BIRMAN,J. & COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária.In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica (org. Amarante,P.), 1º reimpressão. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz,1994, p. 41-72.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997. 350 p.

COSTA-ROSA, A. Saúde Mental Comunitária. Análise dialética das práticas alternativas. 1987, 299 p. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo/São Paulo.

----- Práticas de Cura nas Religiões e Tratamentos Psíquicos em Saúde Coletiva. 1995. 192 p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo/São Paulo.

----- O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: Ensaios: Subjetividade, Saúde Mental, Sanidade. (org. Amarante, P.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A – LUZIO, CA, YASUI, S. A Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva. In: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial/Moacyr Scliar... (et al); coord. Paulo Amarante- Eng. Paulo de Frontin. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 13-44.

FIGUEIREDO, A. C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório pública. Rio de Janeiro: RELUME DUMARA, 1997. 184 p.

FLEMING, M. A Psicoterapia Institucional. In: Ideologias e práticas Psiquiátricas. Porto: Afrontamento, 1976. p. 43-53.

----- A Psiquiatria de Setor. In: Ideologias e Práticas Psiquiátricas. Porto: Afrontamento, 1976. p. 53-61.

----- A Antipsiquiatria. In: Ideologias e práticas Psiquiátricas. Porto: Afrontamento, 1976. p. 65-98.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: Psicanálise e sociedade. Tradução de Lílían Osvaldo Cruz/Revisão Roberto Machado. Belo Horizonte: Interlivros, 1997. p. 9-26

----- O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241 p.

GALLIO,G.;CONSTANTINO,M. François Tosquelles – a escola da liberdade. In: Lancetti,A. Saúde e Loucura. São Paulo : Hucitec, 1994, nº 4, p.85-128.

GEWANDSZNAJDER,F-ALVES MAZZOTTI, A. J.- O Método nas Ciências Naturais e Sociais. Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. São Paulo: Pioneira Thompson,2001. 203 p.

LACAN,J.(1964) O seminário – livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1979.

LEVCOVITZ,S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. Cadernos do IPUB vol. VI, nº 17, p. 21-29, 2000.

LOBOSQUE,A.M.Princípios para uma clínica antimanicomial. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. 96 p.

-----Experiências da loucura.Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 174p.

LOURAU, R. A Análise Institucional. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Editora Vozes, 1975. 291 p.

LUZIO, C.A. Pronto Atendimento. Boletim de Psicologia. Assis: UNESP/Dep. Psicologia Clínica, nº 1, p. 47-55, 1988.

-----Contemporaneidade, subjetividade e Cuidado na Saúde e Saúde Mental, 2000. Mimeo.

----- Aspectos teórico-conceituais e técnico assistenciais no diferentes contextos sócio-político-ideológicos, 2003. Mimeo.

MANNONI,M. A Primeira Entrevista em Psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981. 107 p.

MEDEIROS,T.A. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil.1997.199p. Dissertação (mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MILLER, JAQUES-ALAIN. Psicanálise e psiquiatria. In: Lacan elucidado: palestras no Brasil / Jaques Alain Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, p.121-137

----- O método psicanalítico. Curitiba, 1987. In: Lacan elucidado: palestras no Brasil/Jaques Alain Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, p.221-242.

MONTEZUMA, M.A. Transferência e encaminhamento na instituição de Saúde Mental. CADERNOS DO IPUB. Vol. VI, nº17, p.117-123. 2000.

----- A clínica na Saúde Mental. In: Psicanálise e psiquiatria – controvérsias e convergências. (org. Quinet, A.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p.133-141.

MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291p.

MOTTA, M. B. Clínica lacaniana. Casos Clínicos do Campo Freudiano. Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar, 1989.

NASIO, J.-D. A histeria: teoria clínica psicanalítica. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991. 172 p.

----- Cinco lições sobre a teoria de Jaques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

----- Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise; Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. 164 p.

----- O que é um caso. In: Os grandes casos de psicose. Tradução de Vera Ribeiro; revisão técnica Marco Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001, p. 9-32

----- Observações psicanalíticas sobre as psicoses. . In: Os grandes casos de psicose. Tradução de Vera Ribeiro; revisão técnica Marco Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001, p. 33-39.

-----Um caso de Jaques Lacan: As irmãs Papin ou a loucura a dois. In: Os grandes casos de psicose. Tradução de Vera Ribeiro; revisão técnica Marco Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.p.189-215.

OLIVEIRA,R.C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ.CADERNOS DO IPUB. Vol. VI, nº 17, p.30-45.Rio de Janeiro, IP/UFRJ, 2000.

QUINET, A As 4+1 condições de análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2000.115 p.

-----Teoria e clínica da psicose.Rio de janeiro: Forense Universitária,2003.238 p.

RAUTER,c. Oficina para quê?- uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: Ensaio, subjetividade, Saúde mental, sociedade.Coord. Paulo Amarante.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 267-277.

ROTELLI, F.; LEONARDIS,O. – MAURI,D. Tradução de Fernanda Nicácio.
Desinstitucionalização, uma outra via. In:
NICÁCIO,F. (org.) Desinstitucionalização.
São Paulo : Hucitec, 1990. p.17 – 59.

SCAZUFCA,M.O usuário de calmantes:um estudo das representações mentais de pacientes atendidos em ambulatórios de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.1990. 186 p. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA,L.B.C. Considerações sobre o campo da doença mental, psicose, loucura. In: Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 25-77.

-----Instituições Psiquiátricas . In: Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.79-124.

TENÓRIO,F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. CADERNOS DO IPUB. Vol. VI, nº 17, p.79-91 Rio de Janeiro, IP/UFRJ, 2000.

-----Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In:Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências – Antônio Quinet (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.pp.121-132.

YASUI, S. A Construção da Reforma Psiquiátrica e seu Contexto Histórico.
2000.186p.Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências e Letras,
Universidade Estadual Paulista/Assis , São Paulo.

Psicanálise e Universidade. Atos do 1º Encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise.
Programa de Estudos de pós-graduação em Psicologia Clínica.
PUC-SP, nº, 1994.

Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, Vol. XLIII, nº especial,
Janeiro 1982/Dezembro1983.