

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

**Acolhimento e escuta dos sujeitos em sofrimento
psíquico nos serviços de saúde: A singularidade em
questão**

Milena Camargo Barbério

Campinas

2016

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

**Acolhimento e escuta dos sujeitos em sofrimento
psíquico nos serviços de saúde: A singularidade em
questão**

Milena Camargo Barbério

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Programa de Residência Multiprofissional
em Saúde Mental e Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas.

Orientadores: Bruno Ferrari Emerich

Luciana Surjus

Coordenadora: Rosana Onocko Campos

Campinas

2016

*“Até que os leões inventem as suas próprias histórias, os caçadores
serão sempre os heróis das narrativas de caça.”*

Provérbio africano

(Mia Couto – A confissão da leoa)

SUMÁRIO

NARRATIVA.....	5
1.0 INRODUÇÃO.....	11
1.1 A narrativa.....	11
1.2 O tema.....	12
1.3 Objetivo.....	18
2.0 DISCUSSÃO.....	19
3.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
4.0 BIBLIOGRAFIA.....	30

NARRATIVA

Abro este trabalho com uma narrativa. Ela é uma ficção.

Doutor, não vêes que estou sangrando?*

Entra com passos rápidos e traz consigo uma menina agarrada ao colo. A menina se desprende do corpo da mãe com certa resistência, ainda qualquer coisa presa, permanece umbilical. A filha corre pela sala, em movimentos abruptos e incompletos, sem medida entre seu corpo e as coisas daquele lugar, esbarra na mesa e cai no chão, onde encontra um carrinho e o pega, arremessa para o alto, enquanto faz um som incompreensível. Arrasta todos os brinquedos da prateleira com o braço, da estante para o chão. Caem bonecos, carros, ambulâncias quebradas, viaturas policiais de mentira. Caem jogos, peças, bolas, ela ri, depois pega o boneco de fraldas do chão e joga na parede com toda a força que cabe em seu corpo. Tombam os pedaços no chão, a chupeta antes na boca do neném se perde. Ela então começa um choro doído e desesperado, assustada, corre para tentar juntar tudo aquilo que desmontou, mas faltam peças e o choro aumenta. Ela junta o máximo que consegue e corre para a mãe. Mas a mãe já cansada, suada daquele sol gigante que fazia naquele dia, aquele sol repetitivamente abafado que não clareava, seus pensamentos e sensações todas entardecidas sem amanhecer nenhum. Cansada de carregar a filha para cima – para baixo em transportes públicos lotados de multidões e catracas. Cansada, se irrita com a menina que tenta em pânico remendar e formar de novo o boneco, grita e a empurra, diz que não aguenta mais.

A menina chora mais alto, mas não desiste, com todas as partes que consegue carregar ainda em mãos me encontra e fala alguma coisa parecida com “tia”, puxa meus braços e tenta fazer com que eu segure as partes do boneco, enquanto olha para os plásticos em sua mão, olha para mim como quem não acredita que tudo se desmontou, chora. Puxo a gaveta e o que tem é uma fita adesiva, quem sabe. Vou para o chão e a olho, o rosto descontente em lágrimas. Mas quanto mais passo a fita mais percebo que as partes não colam, não grudam umas nas outras de nenhum jeito. As articulações desconectas se

*Alusão à FREUD: “Pai, não vêes que estou queimando?” Em: Capítulo VII – *A interpretação dos sonhos* (Vol. V. 1900 – 1901).

negando ao encaixe, a menina percebe e corre até uma caixa, começa a buscar outro boneco, encontra uma boneca com cabelos desganhados e um dos olhos contornados com caneta azul, fazendo um círculo. Alguma criança pintou um soco, talvez retratando o rosto da mãe agredida, talvez tentando simbolizar num boneco a dor que tem que assistir cotidianamente. Ela olha aquela cara arroxeadada e a leva na direção do peito, como quem segura um bebê. Depois joga a boneca para o alto. Algum adulto tenta dar contorno a criança, chega a tentar abraçá-la, fala qualquer coisa, ela empurra o corpo muito maior que o dela com as mãozinhas fechadas e corre.

A mãe começa uma sequência de gritos cada vez mais altos à medida que a filha não faz o que manda. Aproximo da mãe e me apresento. Ela me olha por um tempo, depois diz que quem sabe, pelo menos dessa vez uma “menina nova”, quem sabe. E em seguida fala que não vai funcionar, que já passou por tantos e tantos lugares que perdeu as contas já faz tempo, e mais uma vez, naquele dia quente tinha vindo, para nada, para ninguém “dar jeito nessa menina”, que por ela não adianta mais, não vai mudar nada, e olha para a filha que parece entender que a mãe fala dela, a menina pára de correr e vai até a mãe e em um pulo pendura-se em suas roupas, e mesmo com toda a desesperança a mãe me segue pelo corredor até uma sala.

A menina e a mãe, a menina abre o armário da sala pequena e a mãe grita para ela parar, segura o braço tentando conter a filha, a criança começa a gritar mais que a mãe e não pára, cada vez mais alto, a mãe me olha com olhos cansados de quem absolutamente desacredita, pega a filha. Puxa, com a força que é necessária e não é pouca, espanta os cabelos da menina colados na testa, de repente a mão abrupta desembalando a boneca, senta a menina no colo tentando fazer caber ali aquele corpo grande que nem é mais de neném, mas há que caber, medidas são só medidas, talvez seja só o tempo que passou e só passou para os outros. A filha mexe os braços e as pernas em um balanceio desconexo, reluta ao colo, a mãe abaixa a blusa e o sutiã de um dos lados, põe a mão por trás da cabeça da menina e empurra o rosto dela contra seu peito, ela então abre a boca num ruído e fecha a boca no mamilo. A agitação vai cessando até ceder a sucção sem leite, o corpo em feto sucumbe e nada mais mexe além da boca e garganta, mãe e filha aninhadas formando um só.

Mas ali definitivamente não há um neném, depois descubro que a criança tem 7 anos, muitos desses marcados por consultas médicas e equipes de saúde; 7 anos, mas o tempo só passou para os meus olhos, passado e presente são apenas tempos, invenções de calendário. A mãe então transforma os seus gritos em atos de doçura, puxa um cântico infantil, com a voz leve e começa o ninar. Acaricia as costas do seu neném e diz a ele que já passou, já passou.

Levanta os olhos para mim como já esperando uma censura, não encontra. Diz em voz alta que tem que ser assim para a menina parar e que não há outro jeito de ser. Segue então falando o que já tem certeza que será o destino para aquele diálogo, um tempo futuro condenado ao descrédito pelas diversas vivências em outras épocas em outros lugares – Você vai me chamar de algum nome de doença mental, quem sabe minha filha seja autista também para você, depois sei que você vai dizer a um colega também doutor que minha filha é “F” qualquer número e eu sou “F” mais alguma coisa, e o caso é grave, vai ameaçar sim, se não tomar os remédios e dar a medicação para filha quem sabe até uma denúncia. Vai dizer de novo que faço drama e me faço de vítima, que sou uma mãe incompetente. – Eu não sei por que ainda tento e venho em outro lugar. Em seguida pergunta se não vou chamar outros doutores, porque inclusive estive em consultas que havia vários deles.

A criança levanta do colo, sai e parece ainda mais sem domínio do corpo, vai até a porta, corre pelo corredor. A mulher se levanta e fecha a porta em tom de alívio, pergunta pelo diagnóstico da menina, já deram tantos e tão diferentes, quem sabe o que você me der será outro.

Escuto e imagino todas aquelas falas que ela já ouviu, imagino os estudantes e doutores entrevistando a mãe e caçando sintomas na menina, um tempo determinado de entrevista, mas de repente até menos tempo se o paciente tiver bem orientado e for objetivo, sem choros e lamentações. - E a ordem vocês já sabem, se forem casos com suspeita de transtornos mais comuns mandem para o postinho que no hospital da universidade casos assim tão banais não interessam para a formação dos nossos.

No atendimento, ela me conta que no primeiro serviço de saúde que passou ela fez uma entrevista com algumas perguntas sobre ela e a filha. Tinha muitas outras coisas que queria falar, mas quando começava a tentar dizer ela se emocionava e era cortada a fala

para voltar as perguntas do papel que o doutor seguia. – Deve ser mesmo necessário cumprir protocolos, os doutores são eles. Não é coisa que se faça chorar assim para desconhecidos.

Imagino ela aguardando na sala de eterna espera na esperança de fazerem qualquer coisa, esse quem sabe o primeiro encontro de muitos que teve com o que ela chama de doutores, ela sai do atendimento e ficam eles discutindo diagnósticos antes de chamá-la de volta para dizer o que a filha e talvez ela mesma tenha. Mas os doutores estão avaliando porque também tem estes sintomas que preenchem critério para.

Ela relata que nesta primeira consulta, feita a entrevista, quando a chamaram de volta, foi com firmeza que o doutor declarou que a hipótese era que a criança fosse autista, ela me diz que começou a chorar e não entendeu nada, depois questionou porque então essa doença não foi detectada no teste do pezinho. Ele marcou os exames e não houve tempo para mais perguntas. Ela conta que tentou perguntar o porquê daquele diagnóstico, mas ele levantou da mesa e abriu a porta dizendo que era esse o transtorno, “a criança tem prejuízos graves na interação social”, mas isso para a mãe não diz nada e ela voltou a perguntar. O doutor interrompeu, e quem perguntou agora é ele: “Que faculdade você fez?”. Ela disse: “Nenhuma, doutor”. Ele respondeu: “Eu fiz”.

Ela então me diz que não fez exame nenhum, nunca mais voltou. Imagino o doutor olhando sua agenda e notando que o paciente faltou e não levou os exames que ele pediu - É mesmo uma incompetente, essa mãe.

Eu e ela sentadas uma de frente para a outra, ela pergunta se eu vou cronometrar o tempo de fala e se já passou muito tempo. – As consultas duram em média meia hora – questiona – porque aqui não duraria? São sempre o mesmo apanhado de perguntas, quando andou, sentou, falou. Sou mãe solteira sim, se foi gravidez planejada? Não. Nasceu no tempo certo? Nasceu. Tenho quantos filhos? Só ela. – Ela me dando as respostas decoradas sem que eu perguntasse nada daquilo, repetindo para ela mesmas perguntas e respostas robóticas. As perguntas feitas a ela restritas e repetidas, não há tempo para ouvir o que os doutores entre eles - e até para os sujeitos - chamam de choros e dramas e atuações. Vai dizendo que os exames da cabeça da filha, que fez a pedido de outro doutor, não deram nada.

Depois em outro lugar, nos diversos trajetos em serviços de saúde, ela conta que um doutor disse que não era aquilo, deu outro nome, vários conselhos, deu broncas, onde já se viu ainda não ter tirado o peito da criança. Filha e mãe dessa vez medicadas, para a filha era necessário conter toda essa agitação, ela é mesmo hiperativa, para a mãe remédio para dormir, ela olha para mim e diz que há muito tempo acorda às 3 da manhã e não dorme mais, “sofro de insônia” – E também ele me deu um outro remédio, porque sou mesmo depressiva. Pediram para eu voltar mas voltei poucas vezes, tinha que levar a filha toda semana num grupo em que as crianças iam para aprender regras. Ela continuava agitada e não falava como falavam as crianças da sua idade. Tinha mais de três anos nessa época, e eu me cansei de não ver mudança, ficava muito irritada com aquela equipe que não fazia nada, passei a ir só para pegar a receita, o que parecia um alívio para os profissionais. Até disso depois desisti.

Em meio às histórias de seu percurso – e o da filha – às instituições de saúde, volta à primeira vez que, ainda quando era menina, junto com a sua mãe, foi até um lugar que diziam tratar da saúde. Recorda o tempo em que o dia nascia dentro da noite, pois era necessário correr sem luz. Corria a mãe e mais quatro filhos, ela me conta que era uma das filhas que correu do medo em tantos escuros. Quando era vital esconder-se para não ser espancado por um homem bêbado que costumavam dizer para ela que era o “pai”. As noites em que ele saía era prenúncio que a volta carimbaria em todos eles horror. A mãe dela rezava enquanto apanhava os filhos ainda sonolentos antes do amanhecer, a luz só podia ser da lua, para que o marido não os achasse naquele pedaço de terra. Saía com as crianças agarradas em seus braços e costas e pernas, *pai nosso que estais no céu*. Escondiam-se todos.

No início desses episódios ela era ainda muito nova, uma criança pequena, mas não levou tempo para entender que se fosse descoberto o esconderijo reinventado a cada noite bêbada, a boca da mãe sangraria até fazer nos lábios fenda, misturado com os gritos alcóolicos do pai e o cheiro de dor impregnando tudo, pregando nos olhos das crianças a impotência de ver o único elo de afeto – a mãe – sendo violentada. *Seja feita a vossa vontade assim na terra*. Atrás do curral a mãe desfigurava o rosto em lágrimas, encostava o dedo na boca e pedia aos filhos um silêncio que eles entenderam ainda no desespero dessa infância que era mesmo uma súplica a vida. *O pão nosso de cada dia nos dai hoje*. Algumas vezes, porém, não dava para fugir. Nessas vezes, eram invadidos por angústia e

desespero. Depois vinha a raiva que consumia até o último pedaço do corpo. Ela então coloca seus olhos nos meus com força enquanto chora, me diz em voz alta que não há alma que sobreviva sem pesar de medo.

Conta que há muito que acorda todos os dias às 3 da manhã, e ainda vestida com os olhos pesados de sono, não dorme. Nessa época minha mãe – ela me diz – cansada de tanta violência em um impulso de coragem, foi a um posto de saúde, ou outro serviço, não me lembro. Da zona rural à cidade, uma viagem, sabe lá Deus como conseguimos chegar. Ela, a mãe que na cena era filha, me conta que chamaram a senha, sua mãe não conseguia conversar com a recepcionista, era tanto medo do que podia acontecer se ela dissesse o que tinha para contar; com a voz rasgada de choro tentou explicar, mas choro é uma coisa que definitivamente as pessoas não estão preparadas para escutar, e a moça da recepção abriu uma agenda e disse que era para daqui umas semanas a consulta. A mulher tenta explicar – mas eu vim de muito longe, você não imagina a dificuldade que foi. Mas agendas são agendas, e, - volte outro dia. Nunca a justiça, nunca parou de bater, bateu até matar.

Interrompe sua história e questiona se não deu o tempo, como se mergulhasse na dor, mas tivesse que voltar e me perguntar para não afogar – Não entendo porque não são as mesmas questões de sempre, aquelas que já sei o que digo para não vir aquela enxurrada de ordens e orientações, faça assim, não faça assim; ou talvez eu seja mesmo bipolar como outro doutor me disse. O mesmo diagnóstico que tinha o pai da menina, talvez por isso ela seja assim. Puxei para minha mãe em arrumar homem que não presta – ela relata violência física e na descrição do que ocorrera os olhos chovem até trovoarem doídos de raiva – O abandono veio depois que fui abusada por um desconhecido. O episódio aconteceu há 7 anos – E por um momento interroga a paternidade, depois diz que não é nada daquilo e que não sabe porque está falando. Vai enxugando as lágrimas como quem tem que voltar ao eixo, como quem recupera a identidade. Ela denunciando uma vida de tentativas frustradas de dizer que há muito estavam sangrando, a mãe dela, ela e agora a menina, e os coágulos e fios de sutura em forma de nomes, diagnósticos, conselhos, ordens, julgamentos, saberes e poderes que não escutam nada, não escutam nada.

1. INTRODUÇÃO

“O que sou neste instante? sou uma máquina de escrever fazendo ecoar as teclas secas na úmida e escura madrugada. Há muito já não sou gente. Quiseram que eu fosse um objeto. Sou um objeto. Que cria outros objetos e a máquina cria a nós todos. Ela exige. O mecanismo exige e exige a minha vida. Mas eu não obedeco totalmente: se tenho que ser um objeto, que seja um objeto que grita. Há uma coisa dentro de mim que dói. Ah como dói e como grita pedindo socorro. Mas faltam lágrimas na máquina que sou. Sou um objeto sem destino. Sou um objeto nas mãos de quem? tal é o meu destino humano. O que me salva é grito. Eu protesto em nome do que está dentro do objeto atrás do atrás do pensamento-sentimento. Sou um objeto urgente.”

(Clarice Lispector – Água Viva)

1.1 A narrativa

A narrativa com a qual inicio o trabalho é uma história fictícia escrita por mim que reúne, em poucos personagens, os muitos encontros que tive nesses dois anos de residência com pessoas que puderam compartilhar comigo seus sofrimentos, suas histórias, suas dúvidas, seus desesperos. As cenas, algumas foram vividas por mim, outras são experiências de residentes que, assim como eu, fizeram a Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da UNICAMP. São colegas de militância na Reforma Psiquiátrica que me deram suas palavras. Outras, ainda, foram construídas com fragmentos e frases escutadas por colegas de trabalho e por mim, nos serviços de saúde. A história é, portanto, o esforço de fazer uma narrativa poética do tema deste trabalho – acolhimento e escuta nos serviços de saúde.

Para a construção, pedi aos residentes que me contassem o que viveram nesses dois anos de trabalho que identificassem como “não escuta”. Muitas foram as cenas que traziam diferentes formas de submeter o sujeito que sofre à dominação de saberes. Dominado pelo saber médico; submetido ao saber psiquiátrico; apagado por diversas

teorizações que “sabem sobre ele”; silenciado por ideais morais, expressos em (não) escutas e condutas carregadas de preconceitos. Sujeitos cujas falas são negligenciadas pelo imperativo institucional “não há o que fazer, ele (a) não vai mudar”, absolutamente perpetuado.

Assim, a personagem da narrativa encarna algumas dessas experiências que fazem parte da realidade dos serviços de saúde. Vale destacar que neste programa de residência os residentes atuam em diversos serviços que compõe os níveis e fluxos de atenção à saúde (primário, secundário, terciário), e, portanto, as experiências de “não escuta” estiveram presentes em todos eles.

1.2 O tema

Percurso

Durante a Residência, somos levados a escrever itinerários, como uma estratégia de formalizar através da escrita, as marcas subjetivas da nossa história, (re)pensar as escolhas que fizemos até o momento da escrita. Temos liberdade para escrever o que desejamos, tornando aquele texto absolutamente nosso, singular. Reativamos passados, mexemos em lembranças empoeiradas, costuramos angustias e tecemos afetos. Itinerário é dispositivo vivo de encontro com o próprio desejo. Não por acaso, presente nos meus textos, estava o tema desse trabalho, sem que eu percebesse, ao menos com clareza, que essa questão – acolhimento e escuta dos sujeitos em sofrimento psíquico – caminhou comigo todo o tempo. Abri o meu primeiro itinerário, com uma citação de Calligaris: “Já nos anos de minha formação, aprendi com Serge Leclair que é mais importante (e interessante) escutar a singularidade dos pacientes do que ilustrar ou confirmar uma teoria que circula de boca em boca, como um chiclete velho”. (CALLIGARIS, 2013, p. 7).

Falando sobre escuta iniciei minha trajetória na residência, esse tema marcou meu percurso de atuação nos três serviços que trabalhei: CAPS i, Núcleo de Retaguarda e Centro de Convivência. Escuta e acolhimento foram temáticas que estiveram presente na construção do trabalho de conclusão do primeiro ano de residência (sobre a inclusão dos familiares para construção clínica – indicando a ausência de uma escuta qualificada para aqueles que exercem tal função). O tema, ainda, percorreu a experiência do estágio eletivo

na residência, que relatarei abaixo. Vivenciar, refletir e escrever sobre este tema foi fundamental para fortalecer a minha posição ético-política, posição esta que entende a escuta do sofrimento dos sujeitos e sua articulação com a clínica como ato de absoluta importância para ruptura com a lógica manicomial.

Quando me refiro à clínica, entendo por isso “as práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária” (CAMPOS, 2001, p. 99), na perspectiva da clínica ampliada, clínica esta que incorpora, às técnicas da clínica strictus sensu, um conjunto maior de ações, a partir do compromisso radical com a singularidade dos sujeitos, entendido como ser social e subjetivo, unindo clínica, ética, política, tratamento, gestão. (BRASIL, 2008).

Importante dizer, tomo a psicanálise como referência teórica e ética. Tomo, portanto, essa abordagem teórica para a **escuta** do sofrimento humano, escuta esta que se produz nas relações com os sujeitos envolvidos, em que a subjetividade é colocada em questão.

A escuta torna-se, assim, essência desse novo projeto clínico. Escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e aberta a interrupções, insistências e silêncios do discurso. Tal escuta trará para o centro da cena clínica aquilo que o olhar médico deixava na sobra. (...) A psicanálise é uma clínica, mas uma clínica que submete sua estrutura a seus próprios pressupostos. A hipótese que introduzimos aqui é a de que a psicanálise subverte, na acepção forte do termo, o estatuto dos parâmetros da clínica da qual se originou. Há uma relação de corte e ruptura constitutiva quando se pensa na passagem de uma clínica do olhar para uma clínica da escuta. (DUNKER, 2011, p. 439-440)

A Psicanálise subverte os parâmetros da clínica e traz um avanço de fundamental importância: a escuta do que existe de mais singular em cada sujeito. A história de cada sujeito, suas posições subjetivas e manifestações sintomáticas são absolutamente singulares e devem assim ser escutadas. Essa subversão traz consequências para os serviços de saúde que se propõem a tratar de pessoas em sofrimento, à medida que coloca a singularidade como norteador clínico. “(...) no caso do psicanalista, a episteme tem de

ser inventada. Trata-se de um saber que não se sabe, um saber inconsciente, uma verdade que tem de ser descoberta. Em cada análise, é preciso criá-la de novo.” (CHECCHINATO, 2007, p. 132).

Estágio eletivo

O estágio eletivo, proposta que compõe a residência, foi de fundamental importância para meu percurso de formação em saúde mental, e para colocar em cena o desejo de escrita sobre escuta e acolhimento. O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, criada a partir da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005), é uma iniciativa do Ministério da Saúde e Ministério da Educação como estratégia de dar continuidade ao processo da Reforma Psiquiátrica. A formação dos profissionais ocorre nos serviços de saúde do SUS, e alicerça-se nos princípios do SUS e da Reforma. Na Residência, é possível escolher outra rede de saúde para conhecer e atuar, rica experiência de trocas e aprendizados.

Escolhi dois locais, Rio de Janeiro e Belo Horizonte e ambos os estágios me levaram a escrita desse trabalho. Compartilho, então, algumas vivências que foram imprescindíveis para o desejo de escrever sobre acolhimento e escuta.

Não pretendo, com os questionamentos que levantarei aqui, fazer uma análise dos serviços visitados. Compartilho as vivências com o objetivo de indicar alguns entraves no que tange a Reforma Psiquiátrica, movimento em franco processo de construção. Os locais que tive a oportunidade de conhecer – e experienciar – trazem aspectos possíveis de serem refletidos, que não se reduzem a este ou aquele serviço, mas que operaram na lógica manicomial.

Com o objetivo de vivenciar a articulação entre arte e saúde mental, nas múltiplas potências que surgem deste encontro, cheguei ao evento Ocupa Nise, evento que aconteceu no Hotel da Loucura, sendo este um projeto vinculado a UPAC (Universidade Popular de Arte e Cultura) que se estabeleceu, a partir da ocupação, como uma forma de resistência, em um dos prédios do Instituto Nise da Silveira.

Ao chegar para o evento, havia enfermarias em funcionamento, com usuários internados e outros que se tornaram moradores. Fomos informados que algumas enfermarias foram reabertas devido ao fechamento de clínicas particulares conveniadas com o SUS. Como não há Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) suficientes para essas pessoas, que em sua maioria viviam em situações inóspitas e necessitam de um cuidado intensivo, elas tiveram que ficar em enfermarias psiquiátricas, locais antes desativados neste Instituto. Encontramos pessoas presas, que gritavam, segurando nas grades de uma pequena porta, para sair. No mesmo local, separados por um corredor, estávamos nós, participantes, livres! Fazendo um evento em que não foram realizadas discussões sobre este fato, que reativa o cenário do manicômio.

Foram feitas intervenções culturais pelo bairro, intervenções artísticas dentro do Instituto, como apresentação de cenas de teatro e participação do bloco loucura suburbana, oficinas de teatro. Em algumas dessas manifestações artísticas, o lema “amor para mudar o mundo” e “todos somos loucos” era repetido diversas vezes em cantorias e danças. Sem aprofundamentos, ou espaços que se pudesse usar a fala como recurso de comunicação.

A porta trancada, e o retrocesso colocando em ação enfermarias antes desativadas, me diziam que amor sem ações políticas não libertaria, e que havia uma diferença absoluta entre mim e os sujeitos das enfermarias que gritavam: eles estavam presos. Importante dizer, não foram realizadas discussões ou rodas de conversas que se pudessem debater a situação política do município e do Nise da Silveira, questões e atravancamentos da Reforma Psiquiátrica neste município. Tampouco existiram espaços coletivos em que as atividades realizadas pudessem ser significadas e discutidas por quem as viveu.

Cabe questionar – pergunta que se repetirá outras vezes ao longo do trabalho – As diversas manifestações artísticas são **para quem**? Estamos **escutando** os gritos pedindo liberdade?

Em Belo Horizonte, as visitas aos CERSAMs (Centro de Referência em Saúde Mental) foram muito importantes para conhecer o funcionamento destes serviços, no que tange a maneira que se constrói a clínica. Os profissionais da Rede de Saúde com os quais conversamos, identificam o CERSAM como serviço “para a crise”, local que se destina a atender urgência e emergência no âmbito da Saúde Mental. Estando “estável” e “fora da

crise” o tratamento, no que se refere à construção clínica e a reabilitação, passa a ser destinado ao Centro de Saúde (CS) de referência.

Como estratégias terapêuticas, os CERSAMs contam com hospitalidade noturna, permanência dia e o acompanhamento ambulatorial. Membros das equipes que visitamos analisam que oficinas e/ou grupos terapêuticos não ocorrem com regularidade ou são inexistentes nestes serviços, e a fala subsequente é que esses dispositivos terapêuticos não são prioritários, uma vez que o tratamento, ações de assistência e cuidados individuais em saúde ocorrem nos Centros de Saúde. Estes funcionam segundo o Programa de Saúde da Família e contam com uma equipe de saúde mental composta por: um psicólogo, um assistente social e um psiquiatra para cada três Centros de Saúde.

Cabe questionar como uma equipe com esse número de profissionais realiza o tratamento de todas as pessoas com demandas de saúde mental do território adscrito, uma vez que o tratamento que se estende para além do momento da crise não é a principal função dos CERSAMs. Realizamos visita a um CS com objetivo de obter respostas a essa questão. No entanto, não conseguimos esclarecer quais outras ações são realizadas por essa equipe além de atendimentos ambulatoriais, priorizando os casos que entendem serem mais graves.

Sabemos que uma visita não é suficiente para aprofundar a questão. A Portaria nº 2.488, referente à Política Nacional de Atenção Básica preconiza que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) poderá contar com psicólogo e outros profissionais específicos para a demanda de saúde mental, não sendo obrigatório que esses profissionais façam parte da equipe básica de um serviço que funcione segundo diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011). No entanto, as equipes devem manter articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços cuja função não se restringe ao cuidado a crise, segundo Portaria/GM nº 336, que determina que os CAPS devem oferecer diferentes tipos de tratamento: Intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (BRASIL, 2002).

Assim, os serviços visitados nos mostraram outro modelo de funcionamento, e com ele, diversos questionamentos, entre eles: Como é realizado acolhimento/escuta nos CERSAMs, sendo este um serviço destinado à urgência/emergência? E nos serviços de

saúde – ESF, com sujeitos com demandas de saúde mental, e com a função de realizar o tratamento de todos os sujeitos que não estão em crise, como isso ocorre?

Campo e núcleos profissionais não são definidos nos CERSAMs, ou seja, o profissional de referência é responsável por todos os atendimentos do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário. É inexistente, do que conhecemos da rede de saúde mental de Belo Horizonte, a separação entre função referência e outras funções de profissionais da equipe multidisciplinar. Sobre este arranjo clínico de BH – um único profissional ser responsável por realizar diferentes funções – os profissionais que pudemos dialogar entendem ser possível sustentar de forma eficaz a construção do PTS, uma vez que o compartilhamento de saberes é realizado em discussões em reuniões de equipe.

Esta é uma diferença importante na forma como os serviços de saúde mental se estruturam e se organizam em Campinas. Em Campinas, a construção clínica, e o PTS não se restringe às ações terapêuticas que competem ao profissional de referência. Entende-se que este profissional:

terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço (...) também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS. (BRASIL, 2004, p. 16).

Assim, em construções conjuntas com a equipe e com o usuário, o profissional de referência, avalia quais os tipos de atendimentos, se serão individuais e/ou grupais, que poderão compor um tratamento efetivo, contando com outros profissionais para tanto. Esse arranjo de Campinas se sustenta em uma equipe multiprofissional e só se faz possível pela diferenciação entre função referência e função dos outros profissionais para composição do PTS, no que tange ao núcleo de cada profissão.

Questão: É possível realizar com efetividade todas essas funções de núcleos e saberes tão distintos? Uma das respostas a este meu questionamento foi que a quantidade de anos trabalhando na saúde mental proporcionam experiência para isso, e que “é possível, com tanta experiência, atender de costas”. Tornar-se “experiente” na Saúde

Mental, tendo como medida a temporalidade, a ponto de prescindir o contato com o outro já é uma questão que traria sérios problemas. Qual é a **escuta** do sujeito em sofrimento que se tem? Interessante que, eu já havia escutado uma expressão similar: “Eu trabalho há vinte anos aqui, atendo com as mãos para trás”, em outra cidade, em um serviço de saúde de diferente nível de complexidade. A “experiência” ligada ao tempo de trabalho favorece **quem?**

Na tentativa de compreender esse funcionamento, perguntei à um colega de profissão – psicólogo(a) – o que fazia que o(a) diferenciava enquanto psicólogo(a) daquele serviço. A resposta foi “Nada”. “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.” (CAMPOS, 2000, p. 220). Assim, se a distinção entre campo e núcleo não opera e o trabalho, em sua especificidade de cada profissão, ainda que exista uma equipe multidisciplinar, não é exercido, que **escuta** (à crise?) oferecemos como resposta ao sofrimento dos sujeitos e que clínica construímos?

Todas essas questões – que atravessam serviços substitutivos de saúde mental – e trazem obstáculos à Reforma Psiquiátrica, foram fundamentais para as discussões que se seguem.

1.3 Objetivo

Pretende-se problematizar acolhimento e escuta dos sujeitos em sofrimento psíquico – e suas consequências para as construções clínicas posteriores. Para isso, utiliza-se o relato de um caso clínico, acolhido em um CAPS, que direciona as discussões. Pretende-se que a análise não se limite a serviços especializados de tratamento em Saúde Mental, mas se estenda aos serviços de saúde do SUS que se propõem ao tratamento de pessoas que estão em sofrimento psíquico. Além disso, as discussões surgem a partir da experiência clínico-institucional, no cotidiano do trabalho como residente em diferentes dispositivos do SUS, o que permite a escrita de um trabalho que se sustente na articulação entre teoria e clínica.

2.0 DISCUSSÃO

O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranqüila. Em silêncio. Sem dar conselhos. Sem que digam: "Se eu fosse você" A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. É na escuta que o amor começa. E é na não-escuta que ele termina. Não aprendi isso nos livros. Aprendi prestando atenção.

(Rubem Alves – O amor que acende a lua)

Os nomes foram modificados para preservar o sigilo.

Luís Henrique tinha 3 anos. A primeira vez que o vi, as ações seguiam esta sequência: ele fazia contato visual, ria e mostrava-se envergonhado, ainda em meio a sorrisos, se escondia atrás do corpo da mãe. Repetia esse encadeamento de ações diversas vezes, era a sua maneira de estabelecer contato com o outro. Chegou ao serviço acompanhado de uma moto de brinquedo em suas mãos. Não largava o objeto, não se interessava por outros brinquedos. Com este brincar restrito, pegava a moto, colocava-a no chão e, acompanhando os movimentos, emitia ruídos perfeitos de um veículo real, o arranque, o trajeto, a frenagem, para depois voltar ao ruído do arranque, esta repetição de ruídos estava entre os pouquíssimos sons que emitia.

Conheci Luís Henrique em um CAPS, que conta com uma equipe multidisciplinar implicada em fazer um trabalho sério, nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Em reunião de equipe, na discussão desse caso, a fala do profissional que havia feito o acolhimento era que Luís Henrique tinha atrasos no desenvolvimento e prejuízos na interação social. Foi dito que, nas primeiras entrevistas, ainda em processo de acolhimento, outro profissional também “avaliou o caso”, e ambos entendiam que a hipótese diagnóstica era de autismo. Luís Henrique foi encaminhado, para um grupo de crianças autistas, do próprio serviço, como dispositivo do projeto terapêutico.

Assim, segundo o profissional, foi necessário (**para quem?**) avisar os pais, “que o gato subiu no telhado”, expressão utilizada na discussão, para expressar para a equipe que esses pais vieram a este serviço encaminhados pelo Centro de Saúde, sem ter qualquer noção do que o filho tinha, acreditando ser apenas “um probleminha na garganta”.

Foi nesse ponto que perguntei a equipe se entendiam ser importante um atendimento individual – psicológico para esta criança e me propus a tal. A equipe aceitou a proposta, o profissional de referência entendia ser importante que “a criança autista pudesse ser mais estimulada”.

Para mim era claro que “estimulação” não seria a minha conduta, primeiro porque para isso existem profissionais mais preparados; segundo porque, sabemos, o discurso analítico não opera no plano da “estimulação”. Se eu assim fizesse, estaria intervindo na ordem do sintoma, distanciando-me de um trabalho psicanalítico. Disse à equipe que eu iria escutá-los, e que, a partir disso, poderia dar outras respostas ao profissional de referência e ao restante da equipe.

Recebi Luís Henrique e seus pais, Henrique e Débora, em atendimento. Luís Henrique tinha dificuldade em distanciar-se da mãe. Ele, assim que chegou, segurando em mãos a moto que trouxera, senta no tapete e inicia sua brincadeira, repetindo o vai e vem dos pneus da moto no tapete e imitando os sons do motor.

Os pais permanecem em silêncio, e, no início, respondem as perguntas de maneira breve. Débora envergonhada, emite sorrisos a cada resposta, ainda que o conteúdo do que me dizia lhe trazia dor. Pergunto como chegaram ao CAPS e eles responderam que foram ao “postinho” de saúde do bairro, pois notavam que Luís – eles chamam durante todo o tempo o filho apenas pelo primeiro nome – não falava. Foi então que o pediatra encaminhou. Henrique interrompe o silêncio posterior a essa resposta, e interroga: *A gente achava que o Luís só tinha um probleminha com a fala. Agora viemos aqui e disseram pra gente que ele é autista. Quer saber de você, qual é esse grau de autismo?*

A pergunta, apenas pelo lugar que a mim atribuem de emitir “nível” de classificação diagnóstica, já tornaria a resposta improvável. Para além, pediam que eu lhes desse uma resposta sem que eu os tivesse escutado. Como não respondi a pergunta, apenas pedi que me falassem de seu filho, os pais continuaram.

Falaram sobre o desenvolvimento do filho, iniciam o discurso relatando sobre a ausência do controle de esfíncteres de Luís Henrique. *Ele usa fralda apenas para dormir*, me dizem. Henrique refere que anteriormente o filho fazia xixi em qualquer lugar. Até que ele ficou nervoso, deu dois tapas leves em Luís e mostrou o banheiro e o vaso sanitário. Segundo eles, após tal intervenção, a criança passou a urinar apenas onde lhe foi dito que era o local. Isso não foi feito com relação às fezes, e Luís Henrique segue defecando em qualquer lugar. Sobre a intervenção, Henrique diz se sentir culpado pelas “duas palmadas” que deu no filho. *Ele tem esse probleminha então a gente fica com dó de bater*. Débora acena, concordando.

Débora observa o filho, que permanece agarrado a moto durante o atendimento, em seguida me olha e diz *Você viu, ele só brinca com a moto. Ele gosta de moto*. Perguntei o que pensavam sobre o motivo dessa escolha de brincadeira de Henrique. Ambos respondem que nada, e a mãe acrescenta que *deve ser fase*. Perguntei se algum deles tinha moto, resposta negativa. Alguém da família tem moto? *Não*. Débora: *Tinha, meu irmão tinha moto*. Pergunto: E vocês acham que o fato do Luís gostar tanto de moto tem a ver com isso? A mãe responde: *Ah, eu acho que tem a ver sim, né. Porque meu irmão adorava moto*. Após breve silêncio, Débora conta que o irmão morreu de acidente de moto. *Por isso o nome “Luís”, pois meu irmão se chamava Luís. Eu perdi meu irmão quando estava grávida de oito meses*. Intervenho: Quando estava grávida de Luís Henrique? *Não. Quando estava grávida do Lucas, primeiro filho. Mas estava no oitavo mês de gravidez do Lucas, o nome já tinha sido escolhido. Depois fiquei grávida, queríamos uma menina. Veio um homem, então recebeu o nome do tio, Luís, e Henrique, pelo nome do pai*.

Ao longo das primeiras entrevistas, outros aspectos da história de Luís Henrique, e de seus pais, foram ditos. Débora contou que quando estava grávida de oito meses de Luís Henrique, caiu da escada, sentiu muita dor. Pensou que tinha perdido o filho.

Luís Henrique nasceu com 5 kg. Quando Débora traz essa informação para o atendimento, Henrique comenta: *Eu até falei pro médico, doutor, cadê o outro, você tem certeza que não se esqueceu de tirar o outro? Eu achava que pudesse ser gêmeos*. Ambos deram risada desta fala e disseram que Débora engordou muito durante a gravidez. Falaram que desejavam, desde a primeira gravidez, que fosse uma filha, uma

mulher. Quando Débora ficou grávida novamente, eles contaram o desejo de que tivessem uma menina ficou ainda maior. Ela não veio.

Luís Henrique, filha que não veio. Luís Henrique filho, por ser homem, não desejado. Luís Henrique, então, se homem, recebe o nome de Luís, irmão de Débora. Luís que Débora achou que tinha perdido quando estava grávida e caiu da escada. Luís, que era o único dentro do útero, mas pensavam que havia mais um filho quando ele nasceu. Luís Henrique que, após fazer contato com alguém, se esconde atrás da mãe. Luís Henrique cuja ação repetida, é imitar uma moto, brincadeira que agrada, notoriamente, a mãe, que fala com certo orgulho que o filho “gosta de moto”.

Era claro para mim, escutando-os, que era imprescindível, para que o filho tivesse um tratamento, que os pais continuassem em atendimento. Sobre a primeira entrevista, Mannoni (2004):

(...) a primeira consulta pode ser a oportunidade de entrar pela primeira vez em diálogo a partir de uma ausência de discurso. É uma situação familiar que cumpre aqui chegar a verbalizar, a fim de desmistificar ligações e revelar um relacionamento impossível, onde nenhum lugar está previsto para a criança enquanto indivíduo (MANNONI, 2004 p. 95).

Sem lugar outro que não o do tio morto, sem acesso à subjetividade, Luís Henrique chega ao serviço de saúde. Os pais, quando vieram, não pediam diagnóstico. Através das manifestações sintomáticas do filho, traziam um imenso sofrimento, sem conseguir administrá-lo, e com dificuldades claras de se apropriar da situação do filho. Importante destacar, o diagnóstico dado, com base em sintomas e critérios para classificação diagnóstica psiquiátrica, sem o aprofundamento na história – absolutamente singular de Luís Henrique e de seus pais, como todas as histórias de vida o são – e sem, sobretudo, o acolhimento e a escuta do sofrimento dos pais, teve consequências significativas para este casal, em minha avaliação, que continuei – e continuo – escutando-os, prejudiciais.

Não é o objetivo desse texto discutir o caso clínico. Ele foi aqui escrito porque permite ao leitor se apropriar, com maior clareza, das discussões posteriores, e me ajudará a ilustrar o que pretendo argumentar.

Vou me deter, para a discussão, aos sujeitos que estão em condição de sofrimento psíquico e cuja demanda que apresentam aos serviços de saúde, se localiza no campo da saúde mental, em que pese o fato de que esta demanda está presente nos diferentes tipos e complexidades de serviços do SUS.

Diante do caso de Luís Henrique, e de todas as vivências já relatadas, entrei em contato com algumas questões relacionadas às primeiras escutas nos equipamentos de saúde, que quero aqui compartilhar: Como os sujeitos que sofrem são acolhidos? É permitido a esse encontro escutar o outro ou o que se faz é ouvir as respostas de perguntas já formuladas para obedecer a protocolos? Os profissionais estão abertos a uma escuta que presentifica o acolher, ou seguem fazendo primeiras entrevistas carregadas de ausência, tomadas por uma surdez moralista que paralisa qualquer tratamento? Acolhe-se a singularidade do sofrimento de *um* sujeito ou classificam-se as pessoas em *um* comum para aliviar a angústia de quem escuta? Ou para justificar teorias? Quando um sujeito em sofrimento fala, ao escutá-lo, nos serviços de saúde, o que se faz é a codificação de seus relatos em sintomas e critérios diagnósticos? Se as primeiras escutas realizadas no ato de acolher um sujeito em um dispositivo de saúde são pautadas em buscar sintomas psiquiátricos para classificações diagnósticas, o que temos como consequências?

A cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde, do ano de 2010, entende o acolhimento no campo da saúde como diretriz ética, estética e política. Ética, pelo compromisso com o reconhecimento do outro em suas diferenças, em *seu* modo de estar na vida. Estética no que diz respeito à criação, a partir dos encontros na relação com o outro, de estratégias que possam colaborar com uma vida mais digna, e política, na dimensão de um compromisso coletivo se estar com o outro, aumentando protagonismos. Acolhimento como “ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2010, p. 18).

O acolhimento não se restringe, desse modo, a uma etapa do processo, mas é compreendido como ação que deve manter-se presente no contexto dos serviços de saúde. Nesse ponto, fica evidente que acolher e fazer triagem não são a mesma coisa. O acolhimento, como diretriz operacional, impulsiona uma nova forma de produzir saúde, que entende como fundamental: o protagonismo dos sujeitos, abertura ao encontro do usuário e sua rede social, tendo essa articulação como de extrema importância para o fazer em saúde, sistematização do serviço no que tange dos processos de trabalho, abrindo espaço para a intervenção da equipe multiprofissional, elaboração de projetos terapêuticos singulares e coletivos, dentre outros aspectos (BRASIL, 2010).

Atuando em serviços de saúde que atendam sujeitos com demanda para saúde mental, que demandam escuta para o seu sofrimento, fica claro que o ato de acolher não se restringe ao momento de chegada do sujeito, mas deve permanecer durante todo tratamento. No entanto, quero me deter a este primeiro acolhimento, este primeiro momento de escuta dos sujeitos que nos apresentam, seja pela via da palavra, seja pela via do sintoma, que pode inclusive se presentificar no filho, como no caso de Luís Henrique, seus sofrimentos.

Entendo este primeiro acolhimento como um momento estratégico e de extrema importância, pois é a partir desses primeiros atendimentos que chamarei de acolhimento inicial, que se tem o início da construção clínica do caso, constitui-se o processo de vinculação do usuário, e a estruturação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Importante destacar que o acolhimento inicial, assim como os outros necessários durante o tempo de tratamento, não é ação restrita a um determinado núcleo profissional.

O acolhimento inicial é crucial para a construção do vínculo entre profissional – usuário. Nos serviços de saúde, o vínculo é a base que sustenta os processos de produção de saúde, tornando as ações de saúde mais efetivas. Além disso, o vínculo estabelece relação de confiança, a confiança por sua vez alimenta o vínculo. O vínculo favorece que os sujeitos se tornem mais autônomos e protagonistas de seu PTS. Na Atenção Psicossocial a clínica entende o vínculo como operador fundamental, é nesta relação que se estabelece entre profissional – sujeito em sofrimento psíquico, que as construções clínicas serão possíveis.

Acolhimento e escuta são ações articuladas. Por isso, a questão: qual escuta estamos fazendo quando acolhemos, pela primeira vez em um serviço de saúde, um sujeito que sofre. Que vinculação estabelecemos?

A narrativa que abre este trabalho, ficção que traz em seu bojo vivências absolutamente reais, ilustra uma mulher que leva a filha em inúmeros serviços de saúde, e recebe, em cada acolhimento, como resposta a seu sofrimento, o saber do outro sobre ela, submetendo-a a diversas classificações diagnósticas e orientações. Com os pais de Luís Henrique, a escuta que se deu, além da coleta de marcos do desenvolvimento da criança – que é de fundamental importância – observou comportamentos e sintomas que Luís Henrique apresentava, que, aliados as respostas dadas às questões feitas pelos profissionais, preencheram critério para autismo. Subsequente, o PTS foi o grupo de crianças autistas. O diagnóstico foi dado aos pais. Como nos alerta Manonni:

Se o paciente recebe, como resposta única à sua angústia o silêncio de um médico que sabe o que se passa com ele e não tem mais necessidade de escutar o que lhe é dito, o paciente não terá outro remédio senão desaparecer como indivíduo que fala no seio de uma classificação nosográfica (...) O diagnóstico é destinado a outros. O fato de estabelecer um diagnóstico psiquiátrico desloca, portanto, o doente de sua posição de indivíduo, sujeita-o a um sistema de leis e de regras que lhe escapam e inaugura assim um processo que levará logicamente a medidas de segregação.” (MANNONI, 1971, p. 26, 27).

Assim, o sujeito que sofre, ao falar, tem seu sofrimento codificado em sintomas psiquiátricos pelos profissionais da saúde, para produção de um diagnóstico. A escuta obedece a protocolos avaliativos, não se sustentando, desse modo, na singularidade de cada sujeito. Escuta-se para classificar. Classifica-se para então construir um PTS (**para quem?**). O processo de adoecimento fica fora da história do sujeito, localiza-se num coletivo de sintomas cujo compêndio mais atualizado de psiquiatria, e a indústria farmacêutica dita as regras e conduzem, profissionais e usuários dos serviços de saúde a serem assujeitados, pela lógica do mercado. Não pretendo me estender no que concerne à medicalização, mas, sabemos, a medicação é, tantas vezes, a única resposta dada aos sujeitos em sofrimento.

Se as maneiras de acolher e escutar ao longo tratamento, não produzirem desvios, ou a equipe não estiver alinhada em manter constante o processo de discussão e reavaliação do trabalho, o risco é que o sujeito permaneça alienado neste saber que o outro lhe submeteu sem escutá-lo. Sofrimento transformado em patologização: qual é o tratamento que estamos submetendo nossos usuários?

Então, os sintomas deixam de ser analisadores de formas de organização subjetiva, formas históricas de organização sociopolítica, de modos de subjetivação que trazem sofrimento para o sujeito e que por isso mesmo são expressões que apelam a reivindicação do viver, para serem “reduzidos à condição de negatividade absoluta, signos de transtornos neuro-hormais” (Birmam, 2001 p. 24, apud, SANTA CRUZ, s/d, p. 21).

Além disso, trago à cena outras questões: qual o vínculo que estabelecemos quando a relação com o outro se estrutura em uma relação saber-poder sobre o outro? Dominamos ao invés de implicar o sujeito em seu tratamento? O laço com o outro que opere no discurso da classificação diagnóstica, cria vínculo? Que tipo de vinculação?

Escutar os pais de Luís Henrique, na singularidade do sofrimento deles, com a subjetividade construída na história que lhes é própria, e a do filho, permitiu que outra forma de tratar fosse atualizada, reconstruiu o PTS e abriu novas estratégias terapêuticas. Assim, foi possível assumir um compromisso radical com esses sujeitos, entendendo-os como protagonistas do próprio tratamento, à medida que os pais puderam se reconhecer em suas histórias, na história de seu filho, em suas posições subjetivas, “Na medida em que o analista promove a fala do sujeito e o escuta a partir de uma posição diferente (que é a posição analítica), abre a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando, desta forma, a subjetivação” (MORETTO, 2006, p. 5).

O que proponho aqui não se restringe a um determinado núcleo profissional, o que defendo é que é possível, e necessário, que possamos escutar de outra forma os sujeitos, sem atender a protocolos duros que amordaçam histórias. Defendo que estejamos sempre atentos a romper com a lógica manicomial, com o impulso de generalizar sujeitos em classificações, que ainda se faz presente.

Ao escutar o sujeito, com a especificidade que compõe a cada núcleo a sua construção clínica, e trazer à cena coletiva, para toda equipe, o que compreendem sobre o sofrimento de determinado usuário, a equipe consegue discutir os casos de forma muito mais aprofundada, e como consequência, alcançar diferentes estratégias e dispositivos terapêuticos (construção do PTS), mudar condutas terapêuticas, repensar manejos. Dessa forma, núcleo e campo de saberes se inter cruzam.

Por Projeto Terapêutico Singular, entendemos o “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo” (BRASIL, 2008, p. 40). O PTS deve ser constantemente avaliado, pelo sujeito em tratamento e pela equipe, e os núcleos profissionais, no que tange a concentração de saberes e práticas de cada núcleo, fazem papel imprescindível para que o processo avaliativo aconteça, possibilitando um tratamento eficaz.

Sem esta concepção, como abordei na vivência que tive em estágio eletivo, em que um único profissional (referência), era responsável por todo o tratamento do sujeito, ao PTS não cabem às condutas clínicas específicas de cada núcleo e, é necessário perguntar, se justifica existir uma equipe multiprofissional? Como os sujeitos estão sendo escutados?

Além disso, diferentes núcleos profissionais permitem que seja possível a construção de diferentes estratégias terapêuticas, além de sustentar uma qualificação da escuta. Se, independente do núcleo, nossa escuta se sustentar na avaliação de sintomas para classificação diagnóstica de transtornos mentais, estamos trabalhando na lógica multiprofissional?

Um PTS que conta com apenas um profissional; o PTS estruturado e orientação através, exclusivamente, de um diagnóstico psiquiátrico: que escuta estamos proporcionando aos usuários em seus sofrimentos? Se o Projeto Terapêutico é **Singular**, o acolhimento e a escuta aos sujeitos tem que se sustentar nessa lógica da **singularidade**, ou seja, é imprescindível que se escute o sofrimento de *um* sujeito, que se escute o adoecimento correlato a história de *um* ser humano. A escuta pautada na doença é calcada na lógica manicomial, e o PTS assim construído se torna um apanhado de dispositivos não terapêuticos.

3.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dados retirados do prontuário – acervo histórico do Núcleo de Retaguarda, referente ao Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira. Nome e idade alterados, partes do texto que estão em negrito, foram destacadas por mim. Os traços indicam palavras não compreendidas.

“Evoluções registradas em prontuário:

Nome: Maria de Lourdes

Idade: 23 a.

Profissão: prendas domésticas.

Internado por: Delegacia Regional de Polícia.

Data de internação: 29 de abril de 1926.

Data de desinternação: 18 de novembro de 1969. Estado comatoso - vai ser transferida para Clínica médica da Faculdade. Faleceu na Santa Casa às 20 horas.

Diagnóstico: Síndrome Confusional. Psicose Auto-tóxica. Sífilis.

Há 10 anos está internada neste hospital. Desconhecemos outros pormenores. É uma senhora de meia idade, sem instrução, porem prestimosa. Auxilia os serviços do hospital, particularmente no intermenstruo, época em que passa melhor. Por ocasião das menstruações, torna-se agitada e confusa, sendo necessária a sua reclusão. É incapaz de prestar-nos informações exatas sobre o seu passado, porque mesmo nas épocas de melhora mental apresenta um certo grau de ----- intelectual. É pouca comunicativa e mais ou menos desinteressada pelo seu futuro. Compreende as ordens que recebe e executa os seus afazeres com regularidade. Como se pode apreender do acima exposto não há duvidas sobre a existência de um fator tóxico, o qual intensifica-se por ocasião do fluxo menstrual, e que pela constância trata forçosamente um rebaixamento progressivo do nível mental. É a demência precoce, forma confusional, de Regis, ----- em preferência catalogá-la entre as Psicoses autotoxicas, vistas as relações íntimas que guarda com o ciclo menstrual.

Ciclo menstrual regular. Exacerbação dos sintomas mentais por ocasião do fluxo.

Dentes extraídos neste hospital.

Foram 28 sessões de eletrochoque registradas em prontuário com datas diferentes com as anotações:

‘Não deu ataque.’

‘deu ataque forte 2 minutos após.’

‘deu ataque, bom.’

‘deu ataque na primeira vez.’

'140, 145 e 150 volts - nada.'

'Bom com 130 volts.'

'Não deu convulsão.'"

Ao longo dos dois anos de Residência, muitas foram as vivências, em diferentes serviços do SUS, com diferentes níveis de complexidade: CAPS i, Núcleo de Retaguarda e Centro de Convivência. Acolhimento e escuta são dispositivos terapêuticos extremamente potentes, mas que os profissionais encontram inúmeras dificuldades. Diante dos entraves, alguns serviços optam por realizar acolhimentos em grupo, em que pese o fato de que, muitas vezes, a cada grupo há um profissional diferente que acolhe. Alguns conseguem sustentar um mesmo profissional fazendo essas escutas, até a inserção no serviço e construção de um PTS. Outros, por sua vez, permanecem fazendo triagens e encaminhamentos, transferindo o ato de acolher, a outros serviços e outros profissionais.

Fazer do ato de acolher e escutar, nos serviços de saúde que se propõem a tratar sujeitos em condição de sofrimento psíquico, um dispositivo que se sustente na singularidade, e que, portanto, não pretenda normatizar sujeitos, dominá-los no saber do outro, é manter vivo o compromisso com a clínica ampliada. Se a escuta calcada no imperativo de excluir a subjetividade aliena o sujeito do seu próprio sofrimento, a escuta singular, que resgata a história do sujeito, produz subjetivação, e com isso, desalienação. É de fundamental importância que nós, profissionais da saúde, estejamos atentos à nossa prática, na luta constante por um fazer que tenha em seu cerne a ruptura constante com a lógica manicomial.

A pergunta "**para quem?**" esteve em diferentes momentos: as vivências do estágio eletivo, o caso clínico apresentado, e, na narrativa. Estamos implicados em fazer um trabalho de emancipação dos sujeitos, ou perpetuando a lógica manicomial, sustentamos um discurso que opera na ordem da dominação? **Quem** estamos escutando? **Para quem** construímos PTS? **A quem** se destinam nossas construções clínicas? Cabe manter viva essas questões quando acolhemos e escutamos *um* sujeito.

4.0 BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. *Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

BRASIL. *Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: file:///C:/Users/caio/Downloads/336_2002.pdf. Acesso em: 16 de fevereiro de 2016.

BRASIL, *Portaria nº 2.448, de 21 de Outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 16 de fevereiro de 2016.

BRASIL, 2004. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 17 de fevereiro de 2016.

CAMPOS, G. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. In: *Ciência e saúde coletiva* 5 (2): 219 – 230; 2000.

CRUZ, M. A. O acolhimento como escuta e análise da demanda, e da encomenda na clínica da adolescência. In: Neto M; Reis A; Cartaxo, J; Loiola, M; Feitosa, U; organizadores. *Saúde Mental Coletiva Clínica e Vulnerabilidades*. Ed Schola. s/d.

DUNKER, C. I. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Ed ANNABLUME; 2011.

MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

MANNONI, M. *O psiquiatra seu louco e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1971.

MORETTO, T. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”*. Tese de doutorado. São Paulo; 2006.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada. In: *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012