

ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL

Larissa Alves Souza, Thatiele Pereira dos Santos e Carolina Schumacher

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi discutir a importância do acolhimento nos serviços de saúde mental como dispositivo de escuta. Para tanto, fez-se uma pesquisa de cunho qualitativo utilizando um estudo exploratório fazendo o uso da revisão bibliográfica como método. Os serviços de saúde mental devem buscar refletir sobre a importância de espaços adequados com ambientes acolhedores e promotores de cuidado de maneira que isso se reflita em suas práticas na rotina de trabalho. Para que isso aconteça, é preciso que se resista ao funcionamento institucionalizante dos serviços, os quais muitas vezes reproduzem a lógica manicomial em suas práticas que se dá por encontros que de algum modo tentam interditar o sujeito, seu modo de pensar e de agir, vendo-o como um estrangeiro gerador de sensações insuportáveis ao outro, o que impossibilita o estabelecimento de relações nesses serviços e, depois, na vida em sociedade. Assim, é imprescindível esse espaço potencial de escuta das especificidades dos sujeitos que chegam aos serviços, escuta essa que possibilita um acolhimento mais humanizado que abre caminhos para a construção do tratamento junto aos usuários, aumentando a adesão ao plano terapêutico, ao processo de mudança em relação aos seus sintomas e, por consequência, as suas crises.

Palavras-chave: Saúde mental, Acolhimento, Escuta.

INTRODUÇÃO

Este artigo busca promover a reflexão sobre a importância do acolhimento como um dispositivo de escuta em saúde mental. Em virtude disso, sua relevância se dá pelo fato de que chegar ao serviço de saúde mental possa ser um momento propício para que o sujeito busque arquitetar possibilidades sobre o seu viver apesar dos sintomas e/ou da crise. Isso contribui para que o mesmo possa ter um lugar seguro para interrogar-se e formular suas próprias questões diante da crise que vivencia.

O presente trabalho evidencia o valor inestimável do acolhimento como uma escuta que atenta o reconhecimento do sofrimento do sujeito, com o intuito que ocorra um “situar-se” nisso que lhe traz ao serviço de saúde para que suas experiências possam ser ressignificadas e elaboradas de uma outra forma, com um outro olhar, possibilitando a saída dessa posição passiva que as lógicas institucionalizantes de atendimento o colocam.

METODOLOGIA

Neste trabalho, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo e utilizado um estudo exploratório que, conforme Gil (2009), visa aprimorar, compreender e aprofundar ideias, fazendo o uso da revisão bibliográfica como método. O objetivo da pesquisa exploratória é oportunizar mais informações sobre o tema a ser investigado, através de um planejamento flexível, geralmente, envolvendo levantamento bibliográfico (PROVDANOV; FREITAS, 2013). Esse levantamento bibliográfico é realizado através de materiais já existentes os quais compreendem artigos científicos, livros, teses e dissertações (GIL, 2009).

Durante o artigo, buscou-se discutir a relevância do acolhimento em serviços de saúde, refletindo sobre a importância da escuta em serviços de saúde mental e abordando a potência do acolhimento humanizado em situações de crise com os usuários dos serviços.

DESENVOLVIMENTO

O enfrentamento das lógicas institucionalizantes

A lógica manicomial se dá através do controle e da contenção, o que infelizmente, ainda hoje, está muito presente nas instituições de serviços de saúde mental, já que a sociedade se encontra farta de uma racionalidade carcerária, o que caracteriza os manicômios mentais, no qual confinamos a desrazão (PELBART, 1990).

É necessário abolir e buscar abandonar as concepções clássicas de “doença mental” e de “internação manicomial” para que se abra espaço para refletir sobre práticas alternativas e de modos diferenciados de Atenção e de atuação com o usuário que vem com seu sofrimento procurando ajuda (ZAGO, A; RAMOS, C; OKI, N, 2001).

É importante lembrar que a lógica manicomial não diz apenas de um estado de confinamento de pacientes psiquiátricos em manicômios, mas para muito além disso, diz de um conjunto de posturas, olhares ao encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, e que caracterizam relações institucionais, entre os profissionais e interpessoais. Isso se dá em função de um sistema que tem como reprodução a objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser construída com base na sua categorização como doente mental (OLIVEIRA, 2009).

Quando se fala sobre saúde mental, é preciso ter em mente que o atendimento do usuário não depende somente do diagnóstico que pela via medicamentosa normalmente se coloca como a primeira forma de contenção de um determinado sintoma, mas também e principalmente de um acolhimento que proporcione, minimamente, a inclusão desse usuário em sua dimensão subjetiva, isto é, apropriar-se de seus sintomas e, assim, construindo sua singularidade a partir de suas vivências (BICHARA, 2007).

Desinstitucionalizar implica superar a condição de dependência, ou seja, implica “libertar-se” de uma dependência subjetiva da instituição, fazendo com que o sujeito saia da posição de objeto e se torne mais atuante em seu tratamento, inclusive participante em seu plano terapêutico, já que é o que diz de seu processo de recuperação e retorno as suas redes de apoio (BICHARA, 2007).

Dessa maneira, desinstitucionalização pode ser confundida com desospitalização, mas desinstitucionalizar é muito mais que desospitalizar, uma vez que a institucionalização não diz respeito apenas a pessoas confinadas em hospitais ou outras

instituições. Trata-se de um fenômeno que atinge potencialmente a todos os indivíduos na sociedade, cujos comportamentos, atitudes e crenças, bem como os paradigmas que regem suas ações sociais, são mediados por configurações acordadas para fins de manutenção de um certo estatuto social e cultural. Logo, desinstitucionalizar é alterar esses padrões e procurar novos modos de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar os movimentos para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2009).

A instituição existe para acolhê-lo, abrigá-lo, assisti-lo, isto é, orientá-lo e localizá-lo em seu sofrimento assim como em seu tratamento. Assim, esse movimento necessário vai ao contrário de sua exclusão, a qual se dá pelo “discurso da ciência” que inúmeras vezes se baseia em movimentos estereotipados de cuidado, ou seja, esse movimento busca ancorar o sujeito a se colocar como atuante em sua própria mudança, saindo dessa posição passiva que normalmente os serviços o colocam (BICHARA, 2007).

Nesta perspectiva, segundo Bichara (2007), as instituições de saúde mental devem ir além de produzir tamponamento e a estabilização do seu quadro, isto é, devem promover situações em que o sujeito se coloque a falar e/ou expressar a seu modo o que experiência no corpo e se reconhecer no momento do seu sofrimento. Com isso, se faz relevante perceber que, desde a reforma psiquiátrica, vem se produzindo importantes avanços na construção de novas formas de atenção e cuidados em saúde mental.

A flexibilidade e a ampliação dos diferentes modos de reflexão têm de ser constantes nos serviços de saúde mental, abrindo espaços para a discussão sobre o modo de estar e de fazer dos profissionais dentro das instituições, sendo um fato importante que coloca em pauta para questionamentos o saber já instituído sobre o acolhimento (BICHARA, 2007).

Portanto, deve haver uma busca por desmistificar a loucura nos espaços gerais da saúde, proporcionando uma compreensão e aceitação do diferente, do (in)familiar que habita a todos, das necessidades básicas do ser humano que são possíveis de serem identificadas em um referencial de convivência e rotinas da vida em sociedade, ou seja, para além dos espaços dos serviços especializados (ZAGO, A; RAMOS, C; OKI, N, 2001).

Sabe-se que um dos motivos que mais sustentam a lógica manicomial é o medo do desconhecido e de se colocar em risco diante desse “estranho” que encobre a questão da loucura, de abrir-se para acolher os atravessamentos que se colocam ao deparar-se com o encontro com o outro e o que isso denuncia em cada um, no entanto, é justamente esse risco inerente ao trabalho na saúde mental que leva à necessidade e à possibilidade de transgressão para tornar possível a produção de saúde dos usuários (ANDRADE, 2007).

Desse modo, romper com o manicômio é romper com os estigmas socialmente construídos, com os rótulos produzidos no que se refere aos usuários do sistema de saúde mental, no cotidiano. É possível observar as recorrentes práticas desassociadas, descomprometidas da proposta de desinstitucionalização como desconstrução, pois os profissionais entendem quais são tais práticas, estudam os autores da reforma psiquiátrica, no entanto, não articulam esse saber na sua prática, evidenciando que há uma distância entre o que se lê e o que vai para o ato (DUMMER, 2010).

Baremlitt (2002) evidencia o manicômio mental diz de práticas que vivem em nós e que legitimam o “estatuto de incapaz”, como realizadas por profissionais que se tornam detentores do saber que pode “curar”, os quais acreditam saber o que é melhor para o usuário, excluindo a potência de o usuário ser o agente de seu processo único. Diante disso, negam-se as potências dos usuários, negam-se a experiência do próprio sofrimento, a vivência da crise, como se a crise não fosse um momento possível para advir a potência. No entanto, tais estados de crise são considerados ricos no sentido do que é fecundo, pois envolvem a falência do instituído, organizado, do que está cristalizado enquanto funcionamento e a emergência do instituinte-organizante no seio da desordem criadora, do que pode vir a ser potência.

Portanto, esse risco que muitas vezes é erroneamente evitado, pode se tornar potencialidade por abrir espaço para poder vir a ser um ato de criatividade essencial nesse processo e, de forma alguma, dominado para um agir, produzir, realizar e/ou inventar, pois trata-se de um ato que busca a transgressão, isto é, a criação de modo livre e espontâneo (ANDRADE, 2007).

Capturar e ser capturado no Acolhimento

O acolhimento está presente em todos os níveis de atuação nos espaços de saúde mental, sendo que os envolvidos no serviço participam de uma escuta na resolução do

problema do sujeito. Tal constatação leva a reflexão de que a escuta no acolhimento não esteja limitada ao ato de receber (BICHARA, 2007).

Neste sentido, o que se deseja ressaltar é o valor da escuta no acolhimento, que pode vir a ser uma potente ferramenta, a qual deseja capturar o sujeito desesperançado. E, isso, deve-se dar de forma responsável de modo a estreitar a relação do usuário com o serviço, fazendo-se referência. O processo de acolher denota sentidos múltiplos, e a intervenção exige uma sensibilidade aguçada capaz de se entranhar na vida do outro, quer dizer, a escuta sensível se faz imprescindível nesse momento em que é preciso acolher a voz que chega (BICHARA, 2007).

No atendimento em serviços de saúde mental, o acolhimento do psicólogo parte de uma atitude em receber, escutar e tratar de maneira humanizada o usuário e suas demandas. Sabe-se que esse primeiro momento de escuta que é o acolhimento, possibilita o início da construção de vínculos com o usuário e seus familiares, o que é extremamente importante nesse encontro inicial (SCHEIBEL, A; FERREIRA, L. H, 2011).

Assim, o ato de acolher nos serviços de saúde, que tem por objetivo tratar os sujeitos em sofrimento psíquico, possibilita o resgate da história do sujeito, produz subjetivação e será um dispositivo que vai de algum modo facilitar o atendimento nas escutas posteriores (SCHEIBEL, A; FERREIRA, L. H, 2011). Dessa maneira, esse momento/espço do acolhimento pode ser potente no sentido de produzir um efeito terapêutico em sujeitos que se encontram em crise.

O acolhimento dos sujeitos deve ser realizado, deixando de lado o saber do profissional, isto é, qualquer construção de saber a priori fica em suspenso para ser possível operar como aprendiz da clínica, aberto para as (im)possibilidades de escuta, atento a tudo o que vier do discurso daquele que fala de maneira a compreender sobre posições que ocupa, direções que a crise leva e sobre os meios que tem encontrado para lidar até chegar no serviço de saúde mental (ZENONI, 2000).

A crise é um momento especial e com diversos significados latentes, podendo ser vivenciada tanto como uma catástrofe como um momento aberto a oportunidades como a de vir a emergir o sujeito (RAMOS, C; GUIMARÃES, C; et. al; 2007). Nesse momento, o sujeito fala através da crise, o que deve ser percebido com muita atenção e escuta, pois nela o usuário sente-se desorientado, sem referências e ameaçado, o que demanda um acolhimento humanizado do profissional de Psicologia para que esse sujeito se sinta

minimamente amparado diante de todas essas sensações corporais e angústias presentes na crise (RAMOS, C; GUIMARÃES, C; et. al; 2007). A seguir podemos compreender melhor ao que se refere o acolhimento nesse momento da crise:

O processo de acolhimento é voltado principalmente para a retomada do contexto de vida, dos vínculos sociais e familiares que, muitas vezes, são estremecidos em uma situação aguda de crise, sem dúvida. Dentro de seu tempo e com ajuda da equipe, do apoio familiar, trabalhamos para que o indivíduo consiga retomar e reorganizar suas relações (RAMOS, C; GUIMARÃES, C; et. al; 2007).

Por fim e não menos importante, quando se fala em acolhimento das pessoas que procuram ajuda nos serviços de saúde mental também se deve refletir sobre o “acolher” dos seus familiares de modo a situá-los sobre o sofrimento do sujeito assim como proporcionar a inclusão da família no tratamento, o que poderá diminuir, ao menos parcialmente, as angústias referentes aos momentos de crise do usuário assim como contribuir para o plano terapêutico e inseri-los enquanto parte desse processo de tratamento, isto é, valorizar a implicação dos mesmos no amparo do paciente para além daquele momento da crise (ZAGO, A; RAMOS, C; OKI, N, 2001).

Com isso, se faz de extrema importância o encontro autopoietico para o pensar e o agir no acolhimento, já que se refere à quando ocorrem movimentos micropolíticos, agrupamentos de duas e/ou mais vidas em mútuas produções. Esse uso do autopoietico surgiu a partir da biologia, pois expressa que o movimentar-se de um ser vivo é caminhar para produzir vida, criar um sentido de viver, caso contrário, morre (MERHY, 2007).

Desse modo, a autopoiese é um movimento da vida produzindo vida, o que proporciona ressignificar as cenas, as quais deslocaram os seus sentidos, assim, o mesmo lugar que era tomado pela interdição, pode ser também espaço de encontro autopoietico (MERHY, 2007).

Existe micropolíticas inscritas umas contidas nas outras e essas, por diversas questões, geram sensações, por exemplo, a de angústia de morte, a qual pode tomar conta do ser do sujeito, porém, essas mesmas micropolíticas podem possibilitar produção de vida no encontro dessas experiências. Neste sentido, pensando os lugares onde alguém cuida e um outro é cuidado, como em serviços de saúde mental, é preciso pensar em instrumentos que contribuam na construção do ato de cuidado (MERHY, 2007).

Nesse processo, o usuário se coloca como alguém que precisa e busca uma intervenção específica de modo a visar alguma recuperação e/ou produzir posições alguma autonomia no que se refere ao modo como encara a sua vida, sendo assim, uma aposta em relação a esse objeto carente de saúde que é a sua própria vida, mas que também se situa como potência para gerar mais vida (MERRY, 2007).

Assim, é essencial que haja essa construção de redes de apoio para os usuários dos serviços de modo a proporcionar diversos meios de lidar com seus momentos de crises, assim como na própria construção de autonomia em suas vivências, o que deve ser sempre parte da missão nos serviços de saúde mental, sempre indo contra a lógica manicomial que os coloca em um lugar de desrazão e perigo, tirando a possibilidade de escuta e acolhimento necessários a esses sujeitos. (MERRY, 2007).

CONCLUSÃO

Os serviços de saúde mental devem buscar refletir sobre a importância de espaços adequados com ambientes acolhedores e promotores de cuidado de maneira que isso se reflita em suas práticas na rotina de trabalho.

E, para que isso aconteça, é preciso que se resista a esse funcionamento institucionalizante dos serviços de saúde em geral, os quais muitas vezes reproduzem a lógica manicomial em suas práticas, ou seja, lógica que se dá por encontros que de algum modo tentam interditar o sujeito, seu modo de pensar e de agir, vendo-o assim, como um estrangeiro gerador de sensações insuportáveis ao outro, o que impossibilita estabelecimento de relações nesses serviços e, depois, na vida em sociedade.

Assim, em saúde mental, o movimento antimanicomial nos ensina que não somos um lugar para tamponar a falta do outro, mas sim um lugar necessário que pretende explorar as contradições e conflitos advindos no momento da crise, auxiliando no protagonismo desses sujeitos assim como na ajuda para discernir o que é externo deles, ou seja, o que é da dinâmica, comunicação no serviço e não sobre ele.

Desse modo, os usuários se beneficiam muito com a estabilidade e a confiança fornecidas pelo holding, que é um ambiente suficientemente bom que não lhes foi oferecido no decorrer de suas vidas e que será essencial nesse momento. Isso evidencia o quanto é imprescindível esse espaço potencial de escuta das especificidades dos sujeitos

que chegam aos serviços, escuta essa que possibilita um acolhimento mais humanizado e que abre caminhos para a construção do tratamento junto dos usuários, aumentando a adesão ao plano terapêutico, tornando-os participantes no que se refere aos modos de cuidado e ao próprio processo de mudança em relação aos seus sintomas e, por consequência, as suas crises.

Portanto, essa discussão sobre o fazer e acolher em serviços de saúde mental abre caminhos para mudanças na prática do cuidado, da escuta e do acolhimento dos sujeitos, suas demandas e inclusive de seus familiares, em toda a sua complexidade e especificidade, pensando seu lugar no serviço, na família e na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Jorge. Risco como potencialidade no trabalho e Saúde mental. A Reforma psiquiátrica no cotidiano II. In. Emerson E. Merhy & Heloisa Amaral (Orgs.). São Paulo, 2007.

BAREMBLITT, Gregorio. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática (5.^a ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BICHARA, Patricia. In. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. Emerson E. Merhy & Heloisa Amaral (Org.). Psicanálise e Saúde Mental. São Paulo, 2007.

DUMMER, Carim. Práticas profissionais na saúde mental, lógica manicomial e processos de resistência: uma cartografia do caps escola de Pelotas. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2010. Acesso em: https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/CARIM.DUMMER_Pr%C3%A1ticas-Profissionais-na-Sa%C3%BAde-Mental-%E2%80%93-L%C3%B3gica-Manicomial-e-Processos-de-Resist%C3%Aancia-%E2%80%93-Uma-cartografia-do-CAPS-Escola-de-Pelotas.pdf

GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4^a ed. São Paulo, Atlas S.A., 2009.

MERHY, Emerson. Cuidado com o cuidado em saúde: Saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. In. Emerson E. Merhy & Heloisa Amaral (Orgs.). São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, Walter. *Ética em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial*. Florianópolis, 2009.

PERBALT, Peter. *Da clausura do fora ao fora da clausura: Loucura e desrazão*. São Paulo, 1990.

PRODANOV, Cleber; FREITAS, Ernani. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. V.2. Novo Hamburgo, 2013.

RAMOS, Cassia Cristina; GUIMARÃES, C; et. al. In. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. Emerson E. Merhy & Heloisa Amaral (Orgs.). *Ser ou não ser NAC, sendo NAC “Núcleo de atenção a um cuidado antimanicomial bem protegido”*. Somos, então, um CAPS IV? Eis a questão. São Paulo, 2007.

SCHEIBEL, Aline; FERREIRA, Lígia. *Acolhimento no CAPS: Reflexões acerca da assistência em saúde mental*. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35, n.4, p.966-983, out./dez. 2011.

ZAGO, Ana Paula; RAMOS, Cassia Cristina; OKI, Nobusou. In. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. Angelina Harari & Willians Valentini (Orgs.). *Unidade de Atenção à crise: Repensando a prática da internação em Saúde mental*. São Paulo, 2001.

ZENONI, Alfredo. *Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan*. *Abrecompas – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Belo Horizonte, v. 1, n. 0, jun. 2000.