

ARTIGO

REFLEXÕES SOBRE A ÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

REFLECTIONS ABOUT THE HEALTH CARE ETHICS: CHALLENGES TO PSYCHOSOCIAL ATTENTION IN BRAZIL

Daniele Pinto da Silveira^{*}
Ana Luiza Stiebler Vieira^{**}

RESUMO

Os modelos de atenção em saúde coletiva e de saúde mental que vêm sendo implementados a partir das propostas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil fizeram emergir novas concepções acerca dos processos de saúde/doença, impactando a abordagem do sofrimento psíquico, no plano teórico-assistencial, principalmente na relação “entre aquele que cuida e aquele que é cuidado”. Este trabalho tem por objetivo discorrer sobre alguns impasses que se apresentam como desafios à construção de uma ética do cuidado em saúde mental, tendo como eixo norteador o acolhimento. Na análise são consideradas as noções de escuta ampliada, o conceito de vínculo e de responsabilização da equipe para com o usuário e para com o território de referência.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental; modelo assistencial; acolhimento; ética; reforma psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Este trabalho coloca em pauta a discussão em torno da noção de acolhimento como uma *práxis* para os dispositivos de atenção em saúde mental, no contexto do que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica. Tendo a idéia central do acolhimento, o vínculo do usuário ao serviço - também como diretriz - e alguns princípios como os de universalidade de acesso às ações e serviços de saúde, de integralidade da assistência, da

* Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva pela UEMG, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz. Analista Sênior de Programas de Controle de Câncer do Instituto Nacional de Câncer.

** Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ. Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fundação Oswaldo Cruz.

equidade e da preservação da autonomia dos usuários, no campo da saúde mental, coloca-se perante o desafio de refletir sobre as estratégias de atenção e de cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico, nos diversos espaços instituídos nos serviços de saúde pública. Refere-se, especialmente, à rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, constituídos em decorrência das experiências e dos modelos implementados a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, serviços estes eminentemente de base territorial e extra-hospitalar (como os Núcleos de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial e os Centros de Referência em Saúde Mental).

Apesar de características comuns agregarem estes serviços em torno de uma lógica semelhante – serviços de atenção diária que tem por *locus* de suas ações o território -, é de extrema importância pontuar que cada um surgiu e organizou-se a partir de experiências locais, possuindo assim especificidades quanto à sua implementação como política pública e quanto à sua disposição e à sua articulação com a comunidade e com os demais dispositivos da rede social.

A noção de cuidado personalizado na figura do cuidador é um debate que já vem sendo encaminhado há algum tempo e por diversos autores (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991; ROTELLI, DE LEONARDIS e MAURY, 1990; LEAL, 1999; FIGUEIREDO, 2002; FRANCO, BUENO e MERHY, 1999), simultaneamente, com a emergência dos novos paradigmas para o Campo da Atenção Psicossocial.

Entretanto, o objetivo deste trabalho é situar o lugar do acolhimento enquanto uma diretriz, uma atitude ou postura capaz de redimensionar a práxis cotidiana nos novos dispositivos de atenção diária, partindo do pressuposto que acolher também é cuidar. E poderíamos, já de início, nos questionar: cuidar do quê? Ou cuidar de quem?

Deixa-se, momentaneamente, esta pergunta em suspensão, deixando-a nos conduzir nas considerações que se seguem, para então retomá-la adiante – sem a intenção de esvaziar sua potência reflexiva, e sim, pretendendo suscitar e engendrar outras significações em torno do ato de cuidar.

ACOLHIMENTO: CAMINHO PARA O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A noção de acolhimento pode ser compreendida como um processo “intercessor” – no sentido desenvolvido por Deleuze (2000) – e atributo das práticas clínicas em saúde mental, realizadas por qualquer membro da equipe. Neste caso, “intercessor” pode ser entendido na mesma acepção apontada por Passos e Barros (2000), que o concebem como um “conceito-ferramenta”, cheio de força crítica, capaz de gerar crise, desestabilizando lugares e concepções cristalizadas.

O acolhimento, enquanto agir, pode atravessar os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Este é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento.

O acolhimento pode ser expresso num olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala-de-espera que estejam para além da recepção, num gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se verdadeiramente numa referência constante para o sujeito. E nesta direção, Boff (2002) atribui ao olhar no rosto do outro a concretude de uma postura de acolhida:

(...) É concretamente um rosto com olhar e fisionomia. O rosto do outro torna impossível a indiferença. O rosto do outro me obriga a tomar posição porque fala, pro-voca, e-voca e com-voca. (...) O rosto e o olhar lançam sempre uma pro-posta em busca de uma res-posta. (...) **Aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nesta relação de responsabilidade diante do rosto do outro** (...). É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação. (BOFF, 2002, p. 139. grifos nossos)

RESPONSABILIZAÇÃO E VÍNCULO: INTERPELAÇÕES DO COTIDIANO

Buscando delinear e delimitar melhor o conceito de acolhimento para construí-lo como uma *práxis* nos serviços de saúde mental, é indispensável tecer algumas considerações referentes à interpelação de duas concepções primordiais neste campo: a da responsabilização e a do vínculo, entendendo que sem acolher e promover a vinculação da

pessoa em sofrimento psíquico ao serviço não há possibilidade de produção dessa responsabilização.

As teorizações acerca da noção de responsabilização pela demanda e pela crise surgem principalmente a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica italiana, conforme relatam Rotelli, De Leonardis e Maury (1990) e Dell'Acqua e Mezzina. (1991). Segundo Dell'Acqua e Mezzina (1991), a “tomada de responsabilidade” refere-se, antes de tudo, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo ao assumir a demanda com todo o alcance social ligado ao estado de sofrimento do sujeito e da coletividade.

Nesse sentido, permite-se pensar que os serviços comunitários de atenção psicossocial integram as redes sociais de apoio ao sujeito. E trazem consigo a noção de mobilidade no território; não aguardam apenas a demanda espontânea, mas participam e intervêm politicamente no universo simbólico da comunidade, engendrando um aumento do “poder contratual” do sujeito, em decorrência de seus efeitos amplificadores e permeabilizadores das relações do sujeito com o corpo social.

Já o conceito de vínculo é concebido aqui como processo de vinculação, ou seja, como movimento constante em direção ao estabelecimento ou ao estreitamento de uma relação imbuída por sentimentos de mútua confiança. Esse conceito, unido à concepção do acolhimento, é capaz de favorecer um reordenamento da lógica de recepção em saúde, na qual exista de forma efetiva um comprometimento e uma responsabilização de toda a equipe para com o sofrimento do usuário, de forma individual e coletiva, e para com o conseqüente trabalho terapêutico dirigido ao seu cuidado.

Para Campos (1997), este processo de fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe que o acolhe está intrinsecamente ligado à própria produção da saúde construída coletivamente, ao que ele denomina ‘A Obra’ nos seguintes termos:

[...] em relação ao trabalho clínico, não haveria como valorizar-se ‘A Obra’ sem um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de Vínculo entre profissional e paciente (CAMPOS, 1997, p. 235).

Sem essa garantia de estreitamento dos vínculos entre profissional e usuário, incorre-se no risco da alienação do próprio objeto de trabalho e dos processos de subjetivação existentes entre aquele que formalmente presta o cuidado em saúde e aquele que o recebe.

Tal fato é consideravelmente mais danoso quando se pensa nos usuários de serviços de saúde mental, pois muitos se encontram em situações de extrema fragilidade perante si e perante a rede social com a qual mantêm sentimentos de pertença, necessitando, portanto de uma referência primordial que facilite sua reintegração no contexto comunitário.

Entende-se por referência primordial as múltiplas relações de cumplicidade e confiança estabelecidas entre o usuário e o serviço, personalizadas na figura do cuidador ou do profissional de referência que segue, assiste, “acompanha” a pessoa nesse movimento de resgate de seus laços com a comunidade. Essas múltiplas relações constituem-se em verdadeiros atos terapêuticos (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991).

As políticas de saúde mental, no Brasil, devem ser orientadas pelo conceito de território, entendido como espaço de construções simbólicas e de pertencimento subjetivo do sujeito, portanto, território existencial.

Uma vez que as estratégias dos dispositivos de atenção psicossocial preconizam o serviço de base territorial, os recursos disponíveis na comunidade devem ser instrumentalizados no intuito de propiciar respostas outras ao sofrimento psíquico dos sujeitos, possibilitando assim a emergência de novos contratos sociais que *per se* são transformadores de realidades subjetivas.

Nesse processo, cabe ressaltar que a crescente autonomia dos sujeitos deve consistir num dos principais vetores do plano ou projeto terapêutico desenvolvido e pactuado entre a equipe e o usuário, a fim de que esse último possa, na medida do “seu possível”, cuidar de si. Essa autonomia apresenta-se numa gradação que mantém uma certa correlação com a frequência com que o sujeito necessita utilizar o serviço. A diminuição da frequência com que o sujeito se reporta ao serviço não significa necessariamente uma diminuição da vinculação estabelecida com a equipe, e sim uma resignificação da contratualidade construída. A ruptura do usuário com o serviço pode tornar-se um sinalizador para a equipe

quanto à existência de problemas na relação contratual estabelecida entre o sujeito e os profissionais.

Nesse sentido, são oportunas as considerações de Tikanory (2001), ao referir-se à autonomia dos sujeitos como capacidade de reordenamento constante da própria vida, dadas as diversas circunstâncias em jogo:

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordem para a sua vida conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. **Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida** (TIKANORY, 2001, p.174, grifos nossos).

Pode-se dizer, então, que o acolhimento possibilita a visibilidade dos critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, nas relações estabelecidas com o que os modelos de atenção em saúde mental constituem como campos de necessidades de saúde *per si*. Isso significa que as dissonâncias entre as necessidades de saúde do usuário e a concepção teórica-técnica do que seja necessidade de saúde para o serviço são muitas. E estas dissonâncias, aliadas às construções simbólicas do que possa representar a minimização do sofrimento ou a re-conquista de um estado anterior de bem-estar pelo próprio sujeito, podem favorecer o distanciamento do profissional do sofrimento real vivenciado pelo usuário e impelir o projeto terapêutico para o campo do tecnicismo, sem deter-se no campo da subjetividade - dimensão indispensável para a compreensão da complexidade inerente aos processos de saúde e de adoecimento psíquico.

Nessa etapa, podem surgir conflitos e contradições oriundos do processo de vinculação do usuário ao serviço, caso não haja uma sincronia na articulação da demanda do usuário com o projeto terapêutico ofertado pela equipe.

É necessário, portanto, qualificar a escuta, construir em equipe uma assistência humanizada e centrada no usuário, de modo a garantir uma resposta positiva aos problemas, ainda que essa resposta seja tão somente acolher – sem significar a permanência do usuário naquele serviço – e realizar um encaminhamento seguro aos demais serviços ou estratégias da rede de atenção. Essa atitude também é responsabilizar-se pela demanda, é uma atitude

ética que reconhece no sujeito que sofre alguém que precisa de um primeiro atendimento humanizado e comprometido com sua problemática, independente de apresentar-se com sofrimento psíquico “grave” ou não. A postura ética é acolher o sofrimento, seja ele de que ordem for.

Quando alguém se apresenta em sofrimento, não é apenas uma parte de seu corpo que sofre, é o sujeito na totalidade de sua existência que chega até nós. E, se retomamos a pergunta que foi deixada em suspensão, podemos tentar argumentar que cuidamos do corpo enquanto subjetividade, ou melhor, da corporeidade do sujeito que se apresenta em sofrimento psíquico. Cuidamos dos processos de subjetivação constituintes do sujeito, das suas formas de estar-no-mundo, estar-aí, no sentido do termo alemão *Dasein*. Enfim, nos propomos a cuidar da existência-sofrimento, o que nos remete permanentemente a um haver-se com a ética, e a ética no campo da saúde deve ser a ética do cuidar da vida.

Percebe-se aqui que, ao adentrar nesta rede complexa de fenômenos e modos *sui generis* de vivenciar a experiência do sofrimento psíquico, depara-se com o desafio de como lidar com suas expressões e de como possibilitar uma acolhida efetivamente terapêutica e preche de ética em sua ação. Para tanto, há um ponto emergencial que redefine e concretiza toda a questão em torno do acolhimento e do cuidado em saúde mental: a escuta qualificada do usuário.

Esta escuta, denominada a princípio “qualificada”, deve constituir-se em uma “escuta ampliada”, no sentido de recomplexificar a experiência do sofrimento e de conferir espaço para as diferenças emergirem. Isto pressupõe um novo olhar, uma postura ou tomada de posição diferente da adotada pelo modelo tradicional diante do fenômeno do sofrimento psíquico. Como nos lembra Corbisier (1992), há diferentes formas de “internar”, enclausurar o sofrimento mental, seja nos manicômios, nos ambulatórios e unidades de saúde ou, até mesmo, nos serviços que se pretendem substitutivos ao dispositivo hospitalar.

Sendo assim, é necessário o reconhecimento de que as intervenções ou ações em saúde mental devem acontecer de maneira integrada, insistindo em utilizar a escuta e a palavra como instrumentos organizadores da vivência do sujeito e facilitadores do processo de acolhimento e vinculação deste ao serviço e ao projeto terapêutico.

Há que se considerar, ainda, que algumas das principais formulações do saber psiquiátrico, referentes ao adoecimento psíquico e aos modelos assistenciais, legitimaram práticas sociais segregadoras e estigmatizantes. Atualmente, novas “modulações” dessas práticas podem emergir no bojo de algumas políticas sociais de cunho protecionista, sob o cunho de “empoderamento” das potências coletivas, mas que, embora revestidas de estratégias inclusivas, reafirmam a exclusão por meio de uma nova lógica: a da discriminação positiva. Talvez, esta assertiva se torne mais clara se fizermos uso do termo “cidadanias hierarquizadas”, muito bem localizado por Barros e Josephson (2001), ao analisarem alguns trabalhos que tratam dos modos de produção que fazem surgir espaços de “hierarquização sociais” nas grandes cidades contemporâneas:

...[existem] dispositivos e estratégias de disciplina e controle que têm presidido a organização e a reformulação dos espaços urbanos e têm redundado na **produção de cidadanias hierarquizadas**, com a segregação e marginalização de grandes camadas da população em áreas onde a oferta de serviços e tecnologias é subdesenvolvida em todos os aspectos – as favelas, os bairros de periferia e as invasões de grandes terrenos desabitados. (Barros; Josephson, 2001, p. 59, grifos nossos)

Portanto, este exercício permanente de reflexão sobre o cotidiano dos serviços de atenção diária e a tentativa de mapear os novos focos de intervenção possíveis, que vem conformando o campo da atenção psicossocial, têm a função de resgatar o que há de instituído em nossas práticas, para assim diferir e produzir novos modos de agir, novas estratégias de intervenção/invenção.

É cuidadoso reiterar que o poder emanado das diversas esferas de saber no mundo contemporâneo – e aqui o destaque é concedido à potência discursiva do saber psiquiátrico – é um poder produtivo, que não possui de forma tão expressiva o caráter repressivo e disciplinador das sociedades disciplinares analisadas por Foucault. Se considerar as indicações de Deleuze (2000) de que “são as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares”, compondo assim uma nova dinâmica de “biopoder”, cabe a tarefa de trazer ao debate as implicações que advém deste deslocamento na formulação das políticas públicas de saúde mental e, principalmente, nas ações que são implementadas no *locus* do território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário enfatizar a idéia de que a compreensão das diretrizes de universalização, territorialização e integralidade das ações e do acesso aos serviços de saúde mental, bem como das proposições ligadas aos conceitos de acolhimento, de escuta qualificada e de responsabilização - como um referencial de ação para produção da saúde no campo da atenção psicossocial - depende em grande parte da superação do modelo assistencial ainda vigente em muitos serviços e da transposição dessas concepções teóricas para a *práxis* cotidiana das equipes de saúde mental.

Para que essa transposição seja efetiva em sua concretização gradual, depara-se com um trabalho simultâneo de desconstrução da cultura institucional, baseada em antigas concepções do processo de saúde/adoecimento psíquico, e das relações assistencialistas em saúde, bem como de invenção de novos contratos sociais e novas práticas no âmbito da atenção em saúde. Os profissionais de saúde devem, fundamentalmente, pautar suas ações nas necessidades/problemas de saúde da comunidade e não em soluções tecnicistas, medicalizadas e institucionalizadas.

O engajamento do corpo técnico e gerencial nessa inversão de modelo assistencial é fundamental para que haja sucesso na construção de novas relações entre o serviço e a comunidade, que busca mais do que o alívio dos sintomas: busca também significação para o seu sofrimento e atendimento comprometido na resolução dos seus problemas de saúde, pautado na ética da aliança entre o usuário e o profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, R. B; JOSEPHSON, S. Lares Abridados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.57-69, 2001.
- BOFF, L. Concretizações do Cuidado. In: _____. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 133-156.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e Administração de Pessoal. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**. Um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

- CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 09-15.
- DELEUZE, G. **Conversações**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à Crise. In: DELGADO, J. (Org.). **A Loucura na Sala de Jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.
- FIGUEIREDO, A.C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15. n.2, p. 345-353, 1999.
- LEAL, E. M. **O Agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1999.Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.16, n.1, p. 71-79, 2000.
- ROTELLI, F.; De LEONARDIS, O.; MAURY, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.
- TIKANORI, R. K. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.55-59.

ABSTRACT

The discussion around the models in social health care and the politics of mental health, that have been implemented and consolidated as from the experiences proposed and propagated by the “Sanitary and Psychiatric Reformation in Brazil”, emerged new conceptions about the process health/illness, impelling also the approach of the psychic anguish phenomenon, at the plan theoretical-attendance, mainly to those related to the relations “between the one who cares to the one is cared”. Having this in mind, this paper has by objective to discuss among some impasse that are presented as challenges to the construction of an ethics to the mental health care, having as guiding axle the welcoming notion – as a reorientation logical in the praxis of the psychosocial care in Brazil. Indexing, for discussing, some axle of analysis considered as vectors capable to effect the inversion of the social model, being it: the notion of amplified listening, the concept of entailed interest and team responsibility to he user and to regarding territory.

KEYWORDS

Mental health, care model, welcoming; ethics, psychiatric reform.

Recebido em: 02/05/05

Aceito para publicação em: 19/10/05

Endereço: e-mail: dsilveira@inca.gov.br ; stiebler@ensp.fiocruz.br.