



CONSTRUÇÕES E INVENÇÕES EM ACOLHIMENTO

CONSTRUCTIONS AND INVENTIONS IN WELCOMING

Marianne Stolzmann Mendes Ribeiro

Mestre em Psicologia Clínica/PUCRS. Professora da Feevale. Psicóloga do CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial) do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Professora e Supervisora da Residência Integrada em Saúde Mental do HPSP.

Correspondência

Associação Psicanalítica de Porto Alegre - APPOA
Rua Faria Santos, 258, Bairro Petrópolis, Porto Alegre, RS - CEP: 90670-150
E-mail: marianes@feevale.br

RESUMO

O artigo apresenta uma experiência clínica de acolhimento num serviço público de saúde mental que atende crianças e adolescentes. A partir de elementos oriundos da psicanálise, coloca em discussão este dispositivo dentro de um ambulatório público, destacando a possibilidade do trabalho a partir da escuta do sujeito e não do sintoma, entendendo que o acolhimento deve buscar a subjetivação da queixa e criar condições para que um tratamento possa vir a acontecer.

PALAVRAS-CHAVE

Serviços de saúde mental. Acolhimento. Psicanálise.

ABSTRACT

The article presents a clinical experience of welcoming in a public mental health service that deals with children and adolescents. Based on theories and concepts derived from psychoanalysis, this device is discussed in a public clinic service, highlighting the possibility of working from listening to the patient and not from the symptom, and that welcoming must seek the subjectivity of the complaint and create conditions for a treatment to boost its chances of happening.

KEY WORDS

Mental health services. User embracement. Psychoanalysis.

CONSTRUÇÕES E INVENÇÕES EM ACOLHIMENTO ¹

Este trabalho se propõe ser uma reflexão sobre uma experiência clínica em um serviço público de saúde mental. Inspira-se num projeto que teve lugar no Hospital Psiquiátrico São Pedro, mais propriamente no Centro de Atenção Psicossocial (CIAPS), mas que, penso, possa ter semelhanças com muitos outros desenvolvidos em diferentes instituições. Não há a pretensão de tirar consequências práticas neste momento, nem de propor um modelo de funcionamento. Desejo apenas levantar algumas reflexões que emergiram deste trabalho e que talvez possam propiciar alguns desdobramentos sobre esta prática.

É importante colocar o lugar em que se deu esta experiência, pois traz especificidades que merecem ser consideradas. Sendo o CIAPS um serviço dentro de um hospital psiquiátrico, a questão da loucura e da urgência no atendimento está colocada de forma bastante intensa. Logo, penso que as particularidades deste serviço precisam ser compartilhadas para que possamos entender a criação deste Projeto que se pretendeu de Acolhimento.

O CIAPS, então, é um serviço público, estadual, que presta atenção integral em saúde mental a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, trabalhando dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde o seu surgimento, em meados de 2002, o CIAPS ocupa-se tanto das demandas de internação, provenientes de algumas regiões do Estado², quanto em oferecer alguns dispositivos de atendimento ambulatoriais, hospital-dia e hospital turno (infantil), para os usuários do bairro e adjacências.

Há algum tempo vínhamos considerando que era de extrema importância que se esta-

belesse, também ali, um acolhimento aos seus usuários de acordo com estes princípios, estabelecendo rede com os demais serviços da comunidade.

Este Projeto de Acolhimento nasceu de um desejo da equipe em ampliar e dar um lugar para o seu Ambulatório, visto que a ênfase do trabalho sempre esteve colocada na internação. Como sabemos, historicamente, o ambulatório, apesar de ter se mostrado insuficiente para impedir que os casos mais graves viessem a ser internados, continua sendo um lugar importante na rede (TENÓRIO; OLIVEIRA; LEVCOVITZ, 2000). Isso no que diz respeito tanto à acolhida de uma demanda que não vai ser necessariamente tratada ali, quanto no atendimento de uma clientela que não necessitaria chegar ao CAPS. Logo, ao contrário de outras experiências, o nosso Projeto de Acolhimento não surgiu para reformular o que já existia, mas para dar visibilidade a algo que acontecia a muito duras penas. O Projeto foi sendo desenvolvido na medida em que era elaborado, aos poucos e aos pedaços, numa experimentação bastante singular. A minha participação neste projeto se encerrou no início deste ano, deixando como consequência uma experiência que eu precisava elaborar.

Foram muitos casos acolhidos pela equipe, cerca de sessenta só no primeiro semestre, revelando situações ímpares e descortinando uma série de elementos que precisavam ser pensados.

SITUANDO O PROJETO

A população a ser atendida eram os usuários da região de abrangência deste Serviço. As bases deste projeto eram os princípios do SUS e a ética psicanalítica. Havia um interesse em dar conta de uma demanda de atendimento que nos parecia bastante significativa e não havia um canal

¹ Trabalho apresentado na I Jornada do Instituto APPOA, realizada em Porto Alegre em junho de 2009.

² População das cidades pertencentes à primeira, segunda e décima oitava Coordenadorias Regionais de Saúde.

permanente de acolhida no nosso Serviço.

O acolhimento foi pensado/realizado por uma equipe multiprofissional, buscando, através de uma intervenção interdisciplinar junto ao usuário, família e comunidade, priorizar um trabalho que viesse a manter estes vínculos, levando em conta as particularidades de cada situação.

A nossa intenção inicial era atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que necessitassem de uma escuta interdisciplinar devido à complexidade de seu sofrimento, estabelecendo também relação com a rede, na medida em que muitos casos poderiam não ser necessariamente atendidos ali. Neste sentido, a acolhida seria um primeiro acesso à rede e um primeiro vínculo estabelecido. No início, o projeto visava organizar e viabilizar a entrada do paciente ambulatorial neste serviço, priorizando os casos mais graves que necessitassem de uma equipe especializada na condução do seu tratamento. No andamento, novas demandas foram surgindo e outras tantas revisitadas...

Algumas considerações sobre a especificidade do trabalho

A chegada do paciente em um serviço público de saúde mental se faz por diversas vias, mas invariavelmente a indicação não é nominal e sim para o serviço. Com isso uma questão se interpõe de início: como se estabelece a transferência para que uma escuta psicanalítica dentro de uma instituição de saúde mental possa acontecer? Em qualquer situação é condição indispensável para que o atendimento produza algum tipo de efeito o estabelecimento da transferência entre o paciente e o serviço e entre o paciente e o profissional. Pois se a transferência se constitui através de uma relação individual, esta relação vai passar também pelo agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo, com o cuidado de criar condições

para que se possa desdobrar em uma abordagem singular do sujeito.

Aqui nos encontramos com o tema do "público" e do "privado", e da diferenciação entre a queixa anônima e condições de estabelecimento de uma demanda singular, temas estes trabalhados no texto de Costa (2006) "Uma experiência de clínica institucional". Neste trabalho, a autora salienta que o âmbito público traz dificuldades a mais ao campo específico da psicanálise: "a inclinação deste é escutar algum tipo de compromisso, engajamento de quem se queixa na relação com aquilo de que se queixa. Ou seja, para o andamento do trabalho é necessário que as queixas venham acompanhadas de algum tipo de implicação. [...] dificuldade será, então, recuperar alguma dimensão de singularidade" (COSTA, 2006, p. 160). Vemo-nos, então, novamente confrontados com o tema da transferência.

Especificamente quanto à possibilidade de uma escuta analítica, isto depende das condições do estabelecimento da transferência, e de como isso é possível dentro da instituição, pois na transferência não escolhemos, somos escolhidos, como nos revela Lacan (2005, p.142) "se ele [analista] ocupou este lugar, pior para ele. Ele tem, de qualquer forma, a responsabilidade que pertence a este lugar que ele aceitou ocupar". Logo, a dificuldade da construção da transferência está dos dois lados: do paciente e de quem o escuta.

Este cenário que compõe o cotidiano de uma instituição é construído a partir de inúmeras especialidades, especialidades estas que precisam dialogar para estabelecer uma intervenção, pois sabemos que não existe um único saber que daria conta do complexo caminho que é o acompanhamento de um paciente grave, principalmente criança e adolescente, quando não existe uma medida certa, exata, uma prescrição no tratamento nestes casos (existiria em algum?), mas um caminho a ser percorrido e construído no percurso histórico do

sujeito. Dificuldade esta já apontada por Freud, quando salienta que o analista coloca em movimento um processo, mas não tem o controle sobre os seus rumos. Aqui está colocada novamente a questão tão lembrada por Lacan, onde propõe que a práxis analítica depende do desejo do analista, sendo sustentada por uma relação transferencial.

Portanto, esta primeira chegada no serviço é de extrema importância para o estabelecimento das possibilidades, ou melhor, das condições de um tratamento para um sujeito, e deverá ser da mesma forma muito sutil na escuta e acolhida de suas dificuldades. Essa escuta tem que ser pensada a partir do contexto no qual o discurso do paciente se produz e não na busca por um deciframento do sintoma que inviabilizaria a possibilidade de comparecimento do sujeito.

Para Tenório (2000, p. 9), o ato clínico de recepção e triagem convoca em cena todos os elementos da clínica do psíquico:

as demandas daquele que sofre, os recursos do profissional que recebe, a natureza do que se deve dar como resposta, a especificidade da instituição, os recursos da rede como um todo, os limites e armadilhas do aparato psiquiátrico, os recursos e a questão da comunidade.

Logo, poderíamos pensar que o lugar daquele que escuta numa instituição implica que ele possa viabilizar o desdobramento da queixa-sintoma, o que só seria possível caso o analista não respondesse diretamente e apressadamente à demanda. Ou seja, não só acolher, mas interrogar a demanda que surge.

Neste caso, o trabalho do analista será de suportar a pergunta/enigma desde sua posição, fazendo-se participe dela, de maneira a

mediar um endereçamento a outros. É o analista que insere sujeito na transferência. Assim, sua implicação será suportar a pergunta para outros, sem que seja demandada uma resposta (COSTA, 2006, p. 163).

Tendo isso posto, voltemos ao Projeto...

A equipe de acolhimento contava, inicialmente, com uma psicóloga/psicanalista responsável pelo Projeto (eu), uma assistente social, dois estagiários de psicologia clínica, um estagiário de psicologia social, dois residentes de terceiro ano (Psicologia e Educação Física), uma estagiária de psicopatologia e uma estagiária voluntária³. Esta equipe foi organizada a partir daqueles profissionais e estagiários do Serviço que tinham interesse e estavam transferenciados com a proposta de trabalho nascente, ou seja, criou-se uma transferência de trabalho, "um laço produtivo entre pares" (FIGUEIREDO, 2000), visando à produção de saber e fazer clínicos. Este momento inicial foi determinante no sentido de formarmos um grupo engajado e comprometido na proposta. Tínhamos na retaguarda uma psiquiatra residente de terceiro ano que veria os casos que julgássemos necessários para fazer uma avaliação caso houvesse necessidade do uso de medicação.

Tendo isso em vista, organizou-se o acolhimento. Chamamos para a entrevista, num primeiro momento, grupos com uma média de seis participantes, de acordo com a faixa etária e depois pensávamos em dar seguimento individualmente. No entanto, na medida em que o trabalho avançava, passou a ser necessário pensar em novas formas de trabalho. Essa necessidade decorreu da constatação de que era preciso seguir escutando algumas demandas, que não se esgotavam num primeiro encontro, ou que muitas vezes havia a necessidade de se definir melhor qual era a demanda.

³ Marianne S. Mendes Ribeiro, Vera Regina Reolon, Pedro Lunaris, Denise Machry, Carlos Augusto Piccinini, Mateus Cunda, Leonarico, Caroline Martins, Maira Momes.

Surgiram, então, os Grupos de Espera do Acolhimento.

Nem todos os casos obviamente ficariam em atendimento no serviço; alguns, pensávamos, seriam encaminhados. Havia de antemão uma questão: caso o serviço não tivesse condições (vaga) para atender o paciente, este aguardaria numa lista de espera ou continuaria frequentando o grupo de acolhimento (noutro horário? dois grupos?). Entendíamos, por experiências anteriores, que a lista de espera era uma estratégia enganosa e frustrante, tanto para o paciente quanto para nós, pois criava expectativas de resolução que, na maioria das vezes, não acontecia, frustrando a todos os envolvidos. Logo, pensamos que, permanecendo o paciente no grupo de espera do acolhimento, ou seja, numa clínica, isso viabilizaria já um atendimento e uma melhor apreciação da demanda.

Um breve parêntese. Pensamos desde o início em fazer este primeiro momento em grupo: sujeito e acompanhante juntos. Parecia-nos (o que depois se confirmou), que isto propiciava certa diluição das angústias, pois todos estavam ali buscando soluções para o seu sofrimento. O problema de um poderia trazer à tona o do outro, ajudando àqueles com dificuldades de falar numa melhor condição de se colocar. Ou seja, apostava-se na produção de um certo compartilhamento. Além do que, como vimos, muitas vezes, a escuta do outro produzia efeitos terapêuticos para alguns. Logo, para nós, o dispositivo de acolhimento em grupo revelou-se com um interessante potencial terapêutico, sendo que alguns destes casos tiveram resolutividade no âmbito do próprio grupo.

As reflexões que se seguem são decorrentes da elaboração desta experiência, buscando problematizar algumas dificuldades específicas deste trabalho, mas tentando encontrar invariantes comuns a instituições que se dedicam a práticas semelhantes.

1ª reflexão: no que consiste o ato de acolher? Ou melhor, seria acolher um ato?

Penso em começar por discutir alguns pontos dos quais partirei para abordar pressupostos desenvolvidos pela psicanálise que nos ajudariam a problematizar as especificidades deste atendimento. O primeiro deles diz respeito à própria práxis clínica, ou melhor, dizendo, ao próprio ato de acolher. Mas o que significa propriamente acolhimento?

Alguns autores (CORBISIER, 1992; TENÓRIO, 2000; TENÓRIO; OLIVEIRA; LEVCOVITZ, 2000), dentre os quais Figueiredo (1997), trabalham com o conceito de recepção, sublinhando que o termo designa genericamente o primeiro atendimento, em geral em grupos, e é usado muitas vezes no lugar do termo triagem, que dá uma ideia mais burocrática e menos acolhedora do atendimento. Para isso, é preciso contar com uma equipe que partilhe dos mesmos princípios e que esteja permanentemente discutindo e reavaliando a sua práxis e que inclua o paciente nas decisões e encaminhamentos propostos. Esse tipo de atendimento requer sutileza da escuta, bem como sensibilidade e agilidade na condução de cada caso.

No dicionário encontramos vários sentidos para palavra acolhimento: "Ato ou efeito de acolher; recepção; refúgio, guarida". O último deles parece especialmente interessante na medida em que remete a algo que fala de um lugar para se refugiar, esconder-se. Isso a princípio parece surpreendente, pois por que o sujeito procuraria refugiar-se justamente quando ele busca ajuda para o seu sofrimento? O estranhamento se dissipa quando nos propomos a pensar este momento/lugar como uma produção sintomática, naquilo que o sintoma fala de uma singular posição frente à linguagem. Tal posição nos vem de outro lugar do que aquele em que nos supomos sobera-

nos; surge-nos desde o inconsciente, desde nossa posição como seres desejantes. Aí talvez possamos entender o sentido de refúgio, algo que remete o sujeito a uma certa suspensão, momento ímpar para a acolhida de um pedido, de um pedido ainda não explicitado, mas implícito.

Parece-nos que o mais importante nesta acolhida, "é fazer aparecer uma outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda" (FIGUEIREDO, 1997, p. 43), ou seja, uma abordagem que visa "desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente" (TENÓRIO, 2000, p. 82). Ideia norteadora de uma clínica que visa colocar o sujeito na via de uma interrogação sobre a dimensão subjetiva de seu sintoma e sua implicação. Logo, a forma como se dá este momento de recepção é decisiva para a condução de um tratamento.

Este significativo acolhimento revela vários sentidos, mas que, dentro do campo da saúde coletiva, tem um significado bastante amplo e não preciso, amplo, aliás, como são alguns dos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, descentralização.

Seguindo na nossa reflexão: seria acolher um ato? Mas se fosse um ato, dirigido a quem? Também encontramos no dicionário o verbo transitivo acolher que significa "receber alguém bem ou mal, hospedar, agasalhar; aceitar, receber; abrigar-se, refugiar-se". Neste sentido, está aí implícita também a contingência deste ato, que tanto pode servir de abrigo como de refúgio. Refúgio de quem? Para quem? Do sujeito que procura atendimento ou do profissional que não sabe o que fazer com esta demanda?

Trabalhando com estes conceitos e se deixando trabalhar naquilo que eles nos fazem questão, poderíamos pensar que no ato de acolher somos também acolhidos pelo nosso desejo pelo outro, desejo este que nada mais é do que fisgar, neste encontro, algo do desejo do outro, algo do sujeito do desejo. Nesta

trama dialética, que não sabemos a priori em que caminho vai desembocar, vemo-nos enroscados e comprometidos com as histórias e sofrimentos que nos chegam, aos quais, em princípio, podemos oferecer somente a nossa escuta (o que não é pouco em alguns casos). Portanto, o lugar da fala adquire um estatuto muito preciso que precisa ser desdobrado para que se explicitem as condições onde esta fala se produz na clínica da qual nos ocupamos (COSTA, 2006).

2ª reflexão: qual seria o lugar da psicanálise no Acolhimento?

Entendemos que a psicanálise tem como uma de suas maiores responsabilidades, num Hospital Psiquiátrico como o nosso, recolocar o lugar do sujeito. Isso lhe é particularmente possível por causa da própria estrutura do discurso do psicanalista (ALBERTI, 2006).

Uma das características importantes do delineamento desta clínica, entretanto, é a diversidade de saberes e práticas envolvidas na sua estruturação, o que contribui para a existência de diferentes formas de conduzir o trabalho e de situá-las nesta relação entre clínica e política. É neste campo plural que se inserem o psicanalista que acentua a importância da clínica, a partir de uma escuta do sujeito baseada na ética da psicanálise como uma ética do desejo.

Não se trata de definir um destino para o sujeito através dos encaminhamentos (apesar de ser isso que nos é muitas vezes demandado), mas traçar as possibilidades dele como sujeito, não ceder à demanda de se colocar no lugar de quem sabe o que é melhor para ele.

Pensamos que o fato da psicanálise fundamentar a escuta deste tipo de atendimento, visando ir além das queixas e demandas mais prementes, pode favorecer um encaminhamento que possibilite o engajamento num pro-

cesso terapêutico. Acolher não pode ser sinônimo de resolver o problema do outro, encaminhar ou despachar, mas criar condições para que o encaminhamento se realize, responsabilizar-se pela indicação e, por vezes, acompanhar a chegada do paciente em outro local. Não significa responder a demanda do outro de forma unívoca e apressada, num furor curantis que vem somente ao encontro de suprimir a angústia da equipe e não do sujeito.

Uma outra questão: é possível trabalhar em equipe tendo a psicanálise como ética? A clínica dentro de uma instituição de saúde pública, atravessada por diferentes discursos e saberes sobre o sofrimento psíquico, requer que a própria clínica seja repensada nos seus limites, interrogada a respeito de suas teorias e terapêuticas, evitando com isso o risco de um saber estereotipado sobre a patologia. Logo, a incidência da psicanálise numa instituição que busque a interdisciplinaridade pode produzir como efeito a possibilidade de superação de impasses, justamente pela possibilidade de lidar com a alteridade, dando legitimidade a diferentes discursos que implicam a prática clínica, na singularidade de cada caso.

A presença da psicanálise pode, então, servir como uma ferramenta orientando a direção clínica do trabalho de acolhida de um paciente. Neste sentido, a experiência do Acolhimento pela qual nos guiamos pretende inserir-se num trabalho em rede "que articula diferentes saberes e serviços no acompanhamento à singularidade de cada caso, sendo este singular o que orienta a direção e o modo desta prática feita entre vários" (PALOMBINI, 2007, p. 170).

3ª reflexão: alguns possíveis desdobramentos

Dentre os primeiro efeitos colhidos desta experiência em curso, ressaltamos a redução da lista de espera (quase inexistente) e a cons-

trução de novos dispositivos a partir dos Grupos de Acolhimento. Um dos primeiros foi o Grupo de Espera de Acolhimento, inicialmente aberto e ilimitado quanto ao número de encontros. Também se iniciou alguns grupos de crianças com o concomitante grupo de pais, grupo de adolescentes, mapeamento dos recursos da rede e da comunidade, a participação nas reuniões da Rede e da Gestão, conversas com as escolas.

Com o avançar do trabalho, pudemos verificar que o Acolhimento suscitava questões relativas ao encaminhamento, estimulando a equipe a sair para fora do serviço e buscar outras alternativas de atendimento, através de trocas com outras equipes da área de abrangência.

Outro ponto importante neste trabalho: fazíamos a supervisão de cada caso acolhido, tentando pensar a demanda explícita trazida pelo paciente e o que a fala deste sujeito tinha provocado na equipe. Também fazíamos anotações de tudo, que depois levávamos para a reunião com toda a equipe do ambulatório, onde a situação era discutida novamente e novo giro poderia ser dado. Tínhamos que lidar com um problema interno e recorrente: a necessidade por vezes imperiosa de oferecer uma resposta imediata ao problema apresentado ou a angústia diante de uma situação que nos parecia muito difícil e nos víamos como impotentes. Por isso, precisávamos de vários momentos de discussão para evitar a urgência de resolver o problema que já não era mais do outro, mas sim nosso. Nisto o trabalho em equipe é importante no sentido de trabalhar dando ouvido às angústias internas e dividindo o peso desta urgência. Como revela Levcovitz (2000, p. 28), "a atuação conjunta de profissionais e estudantes de formações técnicas distintas permite uma progressiva abertura e relativização dos saberes individuais e escotomizados". Logo, o acolhimento, apesar

de provocar sentimentos de aflição e impotência na equipe, resultava numa intensa mobilização no sentido de instaurar condições mínimas para o tratamento.

CASO CLÍNICO

Para ilustrar estas questões trago um caso atendido em Acolhimento. Chega ao acolhimento uma mãe com o seu pequeno menino de uns quatro anos de idade. Durante a entrevista, a criança, com o olhar vivaz, fez perguntas, mexeu em algumas coisas na sala, olhou atentamente tudo ao seu redor, enfim, comportou-se como uma criança de quatro anos! A mãe, uma mulher na faixa dos trinta anos, queixava-se do filho no que dizia respeito ao comportamento agitado e ao desinteresse em aprender. Surpreendeu-nos na entrevista que ela não trazia nada de muito bem estabelecido nem como demanda nem como queixa, parecia que ela não sabia muito bem o que a incomodava. A entrevista avançava e nós não conseguíamos fisgar o que a fazia sofrer, pois o menino nos parecia muito bem, e tudo o que ela dizia ia um pouco nesta via. Perguntamos novamente e depois de várias tentativas diferentes, ela pôde expressar-se: "É que eu sou bipolar e tenho medo de que isso possa fazer algum mal para meu filho". Questionada, diz que este diagnóstico foi-lhe dado no final da adolescência, após uma "crise de nervos". Começou a tomar medicação e nunca duvidou do diagnóstico e sempre conviveu com ele, ou melhor, com este fantasma que agora assombrava a sua possibilidade de ser mãe para este filho.

Na análise que propomos desta cena, vemos o quanto a escuta que visa o aparecimento do sujeito e sua questão abre possibilidades para que não se sintomatize apressadamente o sujeito, pois, no caso desta criança, era a mãe quem precisava de uma escuta, mas obviamente a criança sofria com o fantasma materno, pois dela (criança) era exigido que se

interessasse em ler e escrever aos quatro anos de idade, a fim de não corroborar o estrago que a doença da mãe poderia ter-lhe causado.

PARA CONCLUIR...

Estas são algumas das reflexões produzidas a partir de questões bastante complexas. Como situei no início deste trabalho, não têm um caráter conclusivo, mas de abertura para novas reflexões. Elas se fizeram necessárias para o trabalho desenvolvido, que buscou pensar a implicação do sujeito que busca um atendimento assim como do lugar que o recebe. Certo é que cada instituição, cada lugar, terá que construir os seus dispositivos um-a-um, mas podemos pensar em balizadores comuns que nos auxiliariam a evitar a repetição do sintoma institucional, da alienação da/na queixa tanto do sujeito quanto da instituição. Isso interessa na medida em que recoloca a questão, fazendo girar e reintroduzindo o não-saber, tão operatório na busca de novas e criativas abordagens.

Voltando ao título deste trabalho "Construções e invenções em acolhimento", gostaria de sublinhar a preposição em. Escolhi-a propositalmente ao invés de no acolhimento, pois em revela uma ideia de algo que está em andamento, ainda não definido, decifrado, ainda incerto, porém dentro. Não sei se consegui imprimir a sonoridade desejada, mas é a ideia que me fica deste processo: algo que se inicia, mas não sabemos aonde vai parar, do qual temos algumas balizas norteadoras, mas não temos as respostas certas, certeiras, temos "o material" mas não sabemos ainda de que forma usá-lo. Remete a uma descoberta, a uma abertura, em última instância, a um desejo e, como tão bem sabemos em psicanálise, o desejo é algo irrealizável na sua plenitude, mas sempre buscado, o que nos torna sujeitos, mas ao mesmo tempo nos limita.

Retomando, que efeito produz a prática do acolhimento no desdobramento do aten-

dimento? Se entendermos que o acolhimento deve buscar ser uma oferta de subjetivação, ele pode e deve ter uma dimensão terapêutica, pois embora se constitua como um lugar de passagem, é também tratamento, pois coloca em jogo os elementos necessários para que um tratamento possa acontecer; ou seja, permite realizar uma hipótese das condições de que um tratamento possa vir a acontecer. Neste sentido, o acolhimento é uma oportunidade ímpar de reinvenção do trabalho no ambulatório.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Sônia. A estrutura e as redes em psicanálise. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; ALBERTI, Sônia (Org.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 83-100.
- CORBISIER, Claudia. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA, Jr.; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
- COSTA, Ana. Uma experiência de clínica institucional. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; ALBERTI, Sônia (Org.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 155-165.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 124-130, abr. 2000.
- _____. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- LACAN, J. **O seminário - livro 10: a angústia [1962-63]**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LEVCOVITZ, Sérgio. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.6, n. 17, p.21-29, 2000.
- PALOMBINI, Analice de L. Psicanálise a céu aberto? In: ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE - APPOA (Org.). **Psicose: aberturas da clínica**. Porto Alegre: Libretos, 2007. p.156-171.
- TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 79-91, 2000.
- TENÓRIO, Fernando; OLIVEIRA, Raquel; LEVCOVITZ, Sérgio. A importância estratégica dos dispositivos de recepção. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 7-14, 2000.

Recebido em: 03/08/2009

Aprovado em: 01/10/2009