

A ESCUTA TERAPÊUTICA NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Deivson Wendell da Costa Lima¹, Alcivan Nunes Vieira², Lia Carneiro Silveira³

¹ Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte e da Universidade Potiguar. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: deivsonwendell@hotmail.com

² Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: alcivannunes@uern.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: silveiralia@gmail.com

RESUMO: Pesquisa que visou compreender a concepção da escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. Estudo de abordagem qualitativa, realizado com nove enfermeiros inseridos nos serviços de saúde mental. Os dados foram produzidos através de entrevistas semiestruturadas e analisados pela análise do discurso de Michel Pechêux. Identificou-se que a escuta está destituída do seu potencial terapêutico; é concebida como meio para se obter informações sobre o sujeito em sofrimento psíquico que, em síntese, correspondem aos sinais e sintomas objetificados no corpo. Em alguns momentos, essa prática é norteadada pelo referencial psicossocial. A prática da escuta destoa dos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois não possibilita a inserção do sujeito no processo de cuidar e desconsidera a sua fala enquanto expressão da sua existência-sofrimento. Apesar de conter elementos do referencial psicossocial, na prática, a escuta se limita a abordar o sofrimento psíquico sem reconhecer o sujeito que sofre.

DESCRITORES: Enfermagem. Saúde mental. Serviços de saúde mental.

THERAPEUTIC LISTENING IN CLINICAL MENTAL HEALTH CARE NURSING

ABSTRACT: Research with the aim to understand the conception of therapeutic listening in clinical mental health care nursing. Qualitative study carried out with nine nurses inserted into mental health services. Data were generated by semi-structured interviews and assessed by Michel Pechêux's discourse analysis. The research identified that the listening process is devoid of its therapeutic potential. It is only conceived as a means to obtain information on the subject in psychological distress, a practice that, in summary, is specifically correlated to objectified signs and symptoms at the patient's body. Occasionally, such practice is guided by a psychosocial framework. The listening practice is not in harmony with the principles of the psychiatric reform, as it does not allow for the inclusion of the subject in the care process, and even disregards the patient's speech as an expression of his existence-suffering. Although it contains elements of the psychosocial framework, the listening practice is actually limited to addressing the mental suffering, with no recognition whatsoever of the suffering individual.

DESCRIPTORS: Nursing. Mental health. Mental health services.

TERAPIA DE LA ESCUCHA EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA CLÍNICA EN SALUD MENTAL

RESUMEN: Investigación destinada a comprender el diseño de la atención clínica de escucha terapéutica en enfermería de salud mental. Un estudio cualitativo realizado con nueve enfermeras insertados en los servicios de salud mental. Los datos se han generado a través de entrevistas semi-estructuradas y analizados por el análisis del discurso de Michel Pechêux. Se identificó que escucha está desprovista de su potencial terapéutico, se concibe como un medio para obtener información sobre el tema en los trastornos psicológicos que, en definitiva, corresponde a los signos y síntomas del cuerpo objetivado. En un momento esta práctica se guía por referencia psicossocial. La práctica de escuchar los enfrentamientos con los principios de la reforma de la salud, por lo tanto, no permite la inserción del sujeto en el proceso de atención, e incluso hacer caso omiso de su discurso como una expresión de su existencia-sufrimiento. Aunque contiene elementos del marco psicossocial en la práctica la escucha se limita a abordar el sufrimiento mental sin reconocer a la persona que sufre.

DESCRIPTORES: Enfermería. Salud mental. Servicios de salud mental.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem, como princípio basilar, a constituição de serviços de atenção em saúde mental, em substituição ao modelo manicomial; espaços onde a prática clínica tenha como foco a valorização do sujeito e de suas necessidades.¹

Nesta perspectiva, o conceito de doença mental passa por um processo de desconstrução, dando lugar a uma nova forma de perceber a loucura, enquanto existência-sofrimento, do sujeito em sua relação com o corpo social; a concepção que fundamenta esta abordagem é a de sofrimento psíquico.²

No bojo das discussões dessa reforma surgem novos dispositivos de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, dentre eles destaca-se, neste estudo, a escuta terapêutica.

A escuta terapêutica é um recurso ainda pouco utilizado pela maioria dos profissionais que atuam na saúde mental, seja por opção particular ou por desconhecimento acerca da sua operacionalidade na área de atuação. Para os enfermeiros, isso ocorre devido à configuração dos serviços em que prevalecem a preocupação com o tempo de duração dos atendimentos e a redução do atendimento ao fornecimento da receita médica para obtenção medicamentos psicotrópicos.³

As publicações sobre como a escuta terapêutica é desenvolvida pela enfermagem mostram que, em geral, ela aparece como meio e como finalidade para o cuidado em saúde mental, sendo equivalente ao sentido que o ato de ouvir tem no senso comum ou, ainda, aparece sob as nuances de variados matizes conforme os diversos referenciais teóricos que as orientam.⁴ Nesse contexto, questiona-se: que referencial teórico norteia a escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental?

A escuta terapêutica não é constituída apenas de um momento para ouvir as falas dos sujeitos, mas é um dispositivo de produção de sentidos que possibilita a minimização da angústia pela escuta de si que passa pelo fato de ser escutado pelo outro.³

Segundo o Ministério da Saúde e para os diversos atores envolvidos no processo histórico de construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a escuta é uma ferramenta que lida com a dimensão subjetiva do adoecimento psíquico.³

Portanto, esta pesquisa tem sua relevância no sentido de problematizar a prática da escuta tera-

pêutica sob o referencial psicanalítico, ampliando suas possibilidades terapêuticas na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico. Reflexão que se torna necessária diante de práticas que, mesmo sendo desenvolvidas no contexto da desinstitucionalização da loucura, orientam-se por referenciais teóricos que excluem o sujeito do contexto do cuidado, privando-o do direito de participar das decisões acerca de sua terapêutica. Sendo assim, este estudo visou compreender a concepção da escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, cujos sujeitos foram nove enfermeiros lotados nos serviços de saúde mental do município de Mossoró-RN, sendo estes os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e o hospital psiquiátrico do município.

Foram utilizados como critérios de inclusão: exercer a função de enfermeiro no serviço e trabalhar diretamente com os sujeitos em sofrimento psíquico. Como critérios de exclusão foram adotados: ser enfermeiro com menos de seis meses de atuação no serviço, trabalhar somente à noite ou nos finais de semana, ter carga horária inferior a 20 horas semanais, estar afastado do serviço por motivo de doença, férias, transferência ou greve.

O recrutamento dos sujeitos foi realizado por meio de visitas em seus locais de trabalho para os quais foi entregue uma carta-convite, na qual constavam as etapas da pesquisa, o tema proposto, o objeto de estudo e como seria realizada a produção dos dados.

Para a etapa de produção dos dados, foi adotada a técnica de entrevista semiestruturada, norteada pelas seguintes questões: que atividades de enfermagem que você desenvolve junto ao paciente em sofrimento psíquico? Como você escuta esses sujeitos em sofrimento psíquico?

Para assegurar o anonimato das falas, cada sujeito foi identificado como enfermeiro, seguido de uma numeração que não corresponde à ordem das entrevistas.

Foi adotada como método de análise, a Análise do Discurso, na perspectiva da corrente francesa, representada por Michel Pêcheux.⁵

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), sendo aprovado com o parecer n. 60577, CAAE 04434712.6.0000.5294, no dia 27 de julho de 2012.

RESULTADOS

A apropriação da escuta, enquanto ferramenta para o cuidado em saúde mental, é pensada na perspectiva de um meio para atingir outros objetivos que não sejam dar voz ao sujeito que sofre. Trata-se de uma prática da escuta terapêutica, compreendida apenas como uma coleta de informações sobre as necessidades do sujeito, sob o formato de um momento de acolhimento. Os discursos a seguir afirmam esta concepção:

[...] procurar saber do que ele não está falando, do comportamento dele, o que tem por trás de toda essa herança, essa carga emocional que ele tem. [...] então assim, como foi a gestação dessa mãe, quantos irmãos ele tem, se ele é o filho mais velho, se ele ajudou a prover para o sustento da família, quando começou essa carga de responsabilidade dele. Quando você começa a indagar sobre certas situações, aí você descobre, começa a ver como é a vida desse paciente. Você não pode ver só uma pessoa sem um contexto (Enfermeiro 2).

E ainda, segundo o Enfermeiro 8: *[...] nesse momento é feito a busca ativa da realidade, do espaço, de tempo, de comportamento e, aí, perguntar porque a higiene está precária, o porquê que ele relata que não dormiu, o porquê ele diz escutar vozes, o porquê as alucinações visuais, como o processo, que horário prevalece manhã. E nesse momento aí tem o encaminhamento devidamente para o psiquiatra se for necessário, ou mesmo até o psicólogo, o psicanalista se no momento ele estiver ou o educador físico.*

A escuta se configura como a obtenção de informações, muitas vezes descontextualizadas, acerca da história de vida do sujeito em sofrimento psíquico.

É uma forma de acolher, é uma forma de acolhimento é [...] é uma forma de dialogar com os pacientes, de ouvir os pacientes. Por exemplo, a gente escuta assim, coloca um tema: [...] novela: 'você estão assistindo essa novela? O que vocês acham dessa mulher, dessa atriz' [fala do enfermeiro]. Para ver a visão dela em relação ao comportamento das outras pessoas [...] se você perguntar: 'você faz isso?' 'Ai não, o que você acha?' 'Eu acho ela bonita, ela é para frente, eu gosto do jeito dela' [fala da paciente]. Então, você começa a ver que ela queria ser desse jeito, ser autêntica, queria ser igual aquela atriz, mas ela não tem coragem.[...] (Enfermeiro 2).

Na realidade pesquisada, em geral, o sujeito em sofrimento psíquico é levado aos serviços de saúde por seus familiares. Segundo os sujeitos entrevistados, espera-se que seja a família a responsável por fornecer essas informações, sem a presença

dos pacientes em sofrimento psíquico, pois esta é tida como fonte privilegiada de informações, porque ela não é considerada doente. Seguem os discursos que expressam esta compreensão:

[...] e conversa também com a família, faz outra busca conversando com a família, aí a gente colhe toda história do doente [...] encaminho ele para o setor de internamento, faço a entrevista apenas com a família (Enfermeiro 1).

Esse procedimento também se volta para estabelecer uma certa comparação entre o discurso do paciente e de sua família:

quando eles [pacientes] dizem que têm algum problema, a gente convida essa família para vir e vamos conversar de acordo com o problema que esteja se passando. A gente vai conversando, vê os dois lados, como é paciente doente mental, tem que ver os dois lados, às vezes é muita [...] não sei dizer [...] às vezes é alucinatória, eles podem criar coisas [...] e conversa, a gente vê como é que fica com a família (Enfermeiro 6).

Quando há necessidade de internamento no hospital psiquiátrico, o primeiro contato é realizado através de uma entrevista com a família; nos CAPS, quando acontecem as reuniões com familiares, não há participação dos respectivos pacientes.

Além disso, os enfermeiros enfatizam, em suas falas, que o problema relatado durante a conversa com a família nem sempre coincide com a queixa do paciente; mesmo assim, valorizam mais a demanda de quem trouxe o sujeito em sofrimento psíquico para o serviço do que aquilo que esses sujeitos têm a dizer de si mesmos. Essa prática é afirmada no discurso a seguir:

trabalhamos com a família do paciente, fazendo a escuta. A escuta da história do paciente de acordo com suas queixas e a escuta também da família, quando eles trazem os relatos (Enfermeiro 8).

Nos discursos dos entrevistados, percebe-se, ainda, que apesar de haver um discurso acerca da prática clínica fundamentado politicamente na Reforma Psiquiátrica, a medicalização do sofrimento psíquico continua sendo o objetivo das intervenções terapêuticas. Algumas falas evidenciam uma visão reducionista da atenção em saúde mental e o risco de se reafirmar a alienação desses sujeitos:

dependendo do que o paciente tem [...]. Aí você pergunta: porque você acha que tem um bicho aí dentro? O que está acontecendo? Aí começa a mostrar, tentar argumentar com ele, que aquele bicho não está ali. Que quando ela teve alucinação, que ela tinha matado uma vez. Tentar puxar dela, que foi se acalmando mais. Aí foi se acalmando, se acalmando, mas realmente teve

que fazer medicação, tem que fazer a medicação. Ficou bastante ansiosa, chorou bastante, esperou que ela se acalmasse mais. A gente tenta puxar dele, que ele mesmo procure, tenta dar a ele instrumento para que ele pare o delírio dele, que ele encontre os caminhos, que a gente não pode confrontar, jamais pode confrontar (Enfermeiro 1).

Estas intervenções também são remetidas à prescrição médica: *o psiquiatra tem a prescrição e nós, da enfermagem, administramos as medicações VO de acordo com a conduta médica. Também atuo encaminhar na escuta individual do doente mental que nos relatos chegam a nós. Com suas queixas, com suas queixas tanto de ordem clínica, queixas no corpo, de doenças, da dermatite, da gastroenterite e, também, das doenças causadas pelo abuso de álcool e outras drogas, onde são as psíquicas, as alucinações, os delírios, os desejos, as angústias, as fobias, os medos (Enfermeiro 8).*

Os discursos revelam aspectos da própria formação profissional que ainda se encontra arraigada no modelo biomédico; portanto, não subsidia uma prática que esteja centrada no sujeito e na existência-sofrimento. Segundo os profissionais, *a gente não é preparado na faculdade para lidar com certas situações de sofrimento mental não [...] a política de saúde mental é muito bonita no papel, mas quando chega na prática [demonstra uma insatisfação aumentando o tom da voz] é um Deus nos acuda (Enfermeiro 6); No próprio manual do CAPs não diz nada sobre como o enfermeiro deve atuar. Fica difícil a gente saber lidar com isso na prática [...]. Posso dizer que a formação em saúde mental é mais para conhecer as doenças e as funções mentais. [realiza uma inspiração de forma ofegante demonstrando não credibilidade diante dessa realidade]. É muito pobre e mais pobre é a nossa prática (Enfermeiro 9).*

Por meio do dispositivo da paráfrase, os discursos revelam dificuldades na delimitação do papel desses profissionais nos serviços de saúde mental, circunscrevendo-o nas tarefas administrativas e naquelas que estão voltadas para o cuidado corporal do sujeito. Segundo o entrevistado 7: *fico mais na parte administrativa de organizar e participar dos grupos [...]. Foi solicitação da direção que eu ficasse com os grupos [...] [falou em voz baixa]. Atualmente estou com a terapia em grupo, todas as tardes estou com as terapias em grupo (Enfermeiro 7).*

DISCUSSÃO

Teoricamente, a Reforma Psiquiátrica é compreendida enquanto um processo social que evidencia e articula quatro dimensões estratégicas,

voltadas para a mudança do modelo manicomial: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, que diz respeito à desconstrução dos fundamentos da psiquiatria tradicional, como por exemplo, o entendimento sobre doença mental; dimensão técnico-assistencial, que compreende a construção de uma rede substitutiva ao modelo manicomial como espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades; dimensão jurídico-político, remete uma ênfase nas mudanças das leis, salientando no campo da saúde mental uma conquista do direito ao trabalho, à família, à vida social e coletiva; dimensão sociocultural, que procura produzir uma transformação no imaginário social da loucura construído historicamente.⁶

No que diz respeito à prática clínica, essa Reforma propõe um modelo que esteja articulado ao conceito de desinstitucionalização. Esse processo busca desconstruir “[...] saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade; a desinstitucionalização requer desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema, recompondo-o, recontextualizando-o e recomplexificando-o”^{7:93}.

Assim, a clínica não tem como centralidade enquadrar as queixas e os sintomas dos sujeitos em quadros nosológicos, mas, sim, de perceber que as situações, que os levam a buscar atendimento, são aquelas que estão causando sofrimento, e, portanto, precisam ser escutadas, pois o sofrimento psíquico está mais ligado aos valores do sujeito, sendo marcado por questões que, para além do plano físico, envolvem vertentes éticas, morais, religiosas, psicológicas, sociais e culturais.⁸

Portanto, a escuta terapêutica no âmbito dessa reforma é apresentada como dispositivo de cuidado, capaz de deslocar o foco das intervenções, saindo da doença mental para a existência-sofrimento dos sujeitos.²

Entretanto, neste estudo foi identificada uma prática da escuta como meio para se obter informações sobre o sujeito; restritas a dados objetivos e sem nexos com sua existência-sofrimento.

Observou-se uma ênfase do entendimento da escuta como meio para coletar informações que vão instrumentalizar o cuidado propriamente dito. Desta perspectiva, duas consequências podem ser depreendidas. Na primeira, o paciente permanece numa posição de objeto, alheio a tudo que diz respeito ao seu desejo e ao seu sofrimento. Como a escuta se presta a buscar a informação, não faz

diferença que esta seja prestada pelo próprio sujeito ou por algum familiar. Aliás, é até esperado que seja a família que o faça, geralmente sem a presença do paciente, pois a ela é atribuída a capacidade de fornecer as informações verdadeiras sobre o paciente e sobre o sofrimento dele.

A segunda consequência dessa apreensão, da escuta como um meio, consiste em não considerá-la como terapêutica por si mesma, pois apenas possibilita a obtenção de informações sobre o sujeito, sendo que, na verdade, são informações sobre seus sintomas.

Partindo dos princípios da Reforma Psiquiátrica, entende-se que é na linguagem que o sofrimento se manifesta e que é pela linguagem que esse sofrimento pode ser abordado.⁹

Na ausência de uma fundamentação teórica e metodológica que viabilize uma mudança na prática do cuidado, saindo do foco da doença para o da existência-sofrimento, esse cuidado continua ancorado a um referencial clínico, centrado na exclusão do sujeito do processo de cuidar, focado no adoecimento, na queixa orgânica e no diagnóstico médico.⁴

A prática da escuta, na realidade pesquisada, possui alguns elementos conceituais que permitem situá-la no referencial psicossocial. Esse modelo surgiu em oposição ao modelo asilar, com a compreensão do sujeito em sofrimento psíquico a partir da doença em uma perspectiva global, considerando seus fatores políticos, sociais, biológicos, culturais e psicológicos. Além disso, propõe que esse sujeito participe de seu tratamento com ampla autonomia para tomar as decisões que dizem respeito à sua terapêutica, juntamente com a equipe de profissionais do serviço.¹⁰

A prática de enfermagem, no modelo psicossocial, fundamenta-se no estabelecimento de relações interpessoais efetivas; ajuda a auxiliar o sujeito em sofrimento psíquico a realizar atividades da vida diária ou desempenhar atividades de seu cotidiano. A atuação da enfermagem volta-se, então, para um papel de maternagem que pouco contribui para a autonomia desses sujeitos.¹¹

No que tange à prática clínica, percebe-se que existem lacunas teóricas, conceituais e metodológicas para efetivar a mudança no modelo asilar. É possível identificar no discurso reformista, seja explicitamente ou de maneira velada, uma ferrenha crítica à prática clínica desenvolvida no modelo psiquiátrico. Essa clínica foi compreendida como um dispositivo reducionista e individualista que impede a socialização do paciente.

“Essa tendência, que procurou superar a clínica em seu sentido clássico por percebê-la reducionista e normatizadora, acirrou a tensão entre clínica e política, questionando princípios básicos da psiquiatria tradicional como diagnóstico, cura e a ideia de tutela, que imputava ao sujeito objeto de intervenção, a aceitação de um modelo único e universal de subjetividade.”^{12:22}

Dessa forma, identificou-se a necessidade de pensar a prática da escuta em outras perspectivas, além da objetificação do sofrimento e daquele sujeito que sofre; pois, além de destruir os muros do hospício, é preciso modificar as relações entre os sujeitos e os profissionais da rede de atenção em saúde mental. Há uma necessidade urgente de adotar outro referencial de saber que rege essas relações, pois ainda prevalece o saber psiquiátrico tradicional impregnado nas instituições e práticas.¹³

Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica preconizam a construção de vínculo e o acolhimento e a escuta como ferramentas essenciais na atenção em saúde mental, pois estes asseguram aos sujeitos o direito de participar das decisões que o envolvem. Essas tecnologias possibilitam compreender o sofrimento psíquico a partir do contexto do usuário, valorizando suas experiências e atentando para suas necessidades, incluindo no cuidado os diferentes aspectos que compõem o cotidiano desse sujeito.¹⁴

Dessa forma, para alcançar uma prática clínica que valorize a escuta do sujeito em detrimento da escuta da doença, é necessária a compreensão do sintoma na singularidade daquele. Trata-se de um reconhecimento da dimensão ética do sujeito que está articulada ao seu desejo, com potencial para reinventar os espaços e as ferramentas na atenção em saúde mental realizada pela enfermagem.³

Para assegurar uma atenção voltada para esses princípios, são necessários alguns movimentos ético-políticos, tais como: romper com a compreensão do sofrimento psíquico na perspectiva cartesiana; reconhecer a dimensão do desejo e sua articulação com o ‘outro’ em sofrimento; reconhecer que as escolhas que determinam o encaminhamento da vida são marcadas pela incidência de uma divisão na própria inscrição do inconsciente e que essa inscrição se faz pela entrada do sujeito na linguagem.¹⁵

O profissional que atua na saúde mental é aquele convocado para aguentar a miséria do mundo; a dar conta de tudo aquilo que a sociedade

não quer ver, o seu outro mais radical: o louco, o drogado e o suicida.

Nesse embate, certamente se faz necessário o posicionamento frente a uma realidade social que se impõe por todos os lados, na sua face de violência, exploração e segregação. Aguentar a miséria do mundo “[...] é ainda entrar no discurso que a condiciona, nem que seja a título de protesto”.^{16:516} Os profissionais da saúde mental, “sabendo ou não, é isso que fazem”.^{16:516}

Destaca-se o referencial da psicanálise, enquanto um suporte teórico e metodológico, para se avançar na reconstrução do modelo de atenção à saúde mental, pois esse referencial tem como diretrizes basilares: o reconhecimento da dimensão ética do sujeito articulada ao seu desejo, o que fundamenta a reinvenção dos espaços e das ferramentas do cuidado; a concepção da escuta como terapêutica por si mesma sendo, portanto, uma via de metabolização da vivência traumática.¹⁷

A psicanálise apoia-se na transferência, enquanto lugar de suposto-saber, destinando, assim, espaços para que o sujeito em sofrimento psíquico, ao ser escutado, fale e, assim, atribua significados à sua vivência, à sua demanda de ajuda, de sua subjetividade, historicidade e condições existenciais concretas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental é compreendida sob o referencial psicossocial, enquanto meio para se obter informações sobre o sujeito em sofrimento psíquico. Na prática, esse sujeito muitas vezes é considerado como incapaz de produzir uma verdade sobre si e sobre seu sofrimento, e isso é manifesto quando os profissionais não diferenciam a escuta do sujeito da escuta da família, negando, portanto, o caráter terapêutico da escuta.

Por meio da escuta, há uma predileção por informações que objetificam o sujeito, o seu sofrimento e as suas necessidades de cuidado. Com base no referencial teórico identificado como subsídio para essa prática, identificou-se que há uma preocupação, por parte da enfermagem, em buscar informações sobre o meio em que vive esse sujeito, mas sem considerar a subjetividade inerente à sua fala.

Logo, entende-se que na prática da escuta, a linguagem é apreendida em sua literalidade, a partir de uma racionalidade que paradoxalmente é

negada a esses mesmos sujeitos que são atendidos na rede de atenção à saúde mental.

Neste sentido, adotar no discurso uma posição política comprometida com a Reforma Psiquiátrica e desenvolver a escuta nos moldes identificados nesta pesquisa faz dessa reforma uma manutenção do modelo manicomial.

Como alternativa ao referencial psicossocial, aposta-se no referencial psicanalítico no qual a escuta em si mesma é considerada terapêutica e se destina a trazer o sujeito que sofre para uma posição de protagonista na produção do cuidado. Incorporar esse referencial ao cuidado de enfermagem implica considerar esse sujeito como alguém portador de uma verdade, e não como alguém desprovido de uma razão. Por meio dela, esse sujeito expressa uma verdade sobre si, que é capaz de subsidiar o cuidado clínico de enfermagem em saúde mental.

A psicanálise possui uma metodologia própria, o que exige de quem dela se aproxima uma disposição inicial em lidar com as suas próprias questões por meio da análise, e um aprofundamento acerca dos seus conceitos e de seus fundamentos. Exige ainda uma formação que seja certificada pelas instituições habilitadas para a formação de psicanalistas, mais especificamente, instituições que tenham como base a psicanálise freudiana.

Trata-se de um referencial que pode trazer muitas contribuições para os serviços de atenção em saúde mental, pela proposta de lidar com a fala enquanto fenômeno que escapa à objetificação e à apreensão literal dos seus significados. Sua proposta é de que a fala não é transparente e, através de uma escuta, será possível trazer o sujeito que sofre para a condição de protagonista do seu cuidado.

A ênfase dada à psicanálise nesta pesquisa se justifica por ela ser um referencial ainda pouco trabalhado pela enfermagem, mas com grande potencial para ressignificar a fala do paciente em sofrimento psíquico a partir dele mesmo, criando novas abordagens em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães AN, Borba LO, Larocca LM, Maftum M. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm [online]. 2013 Abr-Jun [acesso 2014 Set 18]; 22(2):361-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>

2. Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Jan-Mar; 20(1):85-93.
3. Lima DWC, Silveira LC. A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sujeito em sofrimento psíquico: discursos e rupturas [dissertação]. Fortaleza (CE): UECE, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2012.
4. Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN. Listening in the treatment of psychological stress: an integrative review. *J Nurs UFPE*. 2012 Set; 6(9):2273-80.
5. Orlandi EP. *Análise do Discurso: princípios e procedimentos*. 6ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2005.
6. Amarante P, coordenador. *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2003.
7. Nicácio MFS. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]*. Campinas (SP): UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2003.
8. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. *Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo*. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Mar; 39(3):17-24.
9. Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? *Esc Anna Nery*. 2011 Jul-Set; 15(3):622-8.
10. Püschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 Jun; 40(2):261-8.
11. Brito TRJC. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2008 Mai; 33(117):36-49.
12. Almeida PF, Santos NS. Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: impasses e perspectivas de uma prática em construção. *Psicol Cienc Prof*. 2001 Set; 21(3):20-9.
13. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2013 Mar [acesso 2014 Set 18]; 22(1):61-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100008&script=sci_arttext&tlng=pt
14. Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Esc Anna Nery*. 2011 Out-Dez; 15(4):762-8.
15. Lacan J. *O seminário livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1997.
16. Lacan, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 2003.
17. Dockhorn CNBF, Kother MMM, Werlang BSG. *Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise*. Barbarói. 2007 Jul-Dez; 27(2):25-42.

Correspondência: Deivson Wendell da Costa Lima
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Rua Dionísio Filgueira, n. 383
59610-090 – Mossoró, RN, Brasil
E-mail: deivsonwendell@hotmail.com

Recebido: 28 de agosto de 2013
Aprovado: 27 de janeiro de 2014