

# Grupo de acolhimento: relato da experiência\*

*Carmen Alvarez da Costa Carvalho*\*\*

*Rita Menezes Medina*\*\*\*

*Sandra Bossetto*\*\*\*\*

*Terezinha Almeida Cruz*\*\*\*\*\*

## Resumo

*Este artigo é resultado de uma produção coletiva de quatro psicólogas da equipe da Clínica de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência (PPIA) do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM). O texto aborda a criação de um dispositivo de atendimento como resposta a uma crise institucional – perda de profissionais e aumento da demanda de casos graves e urgentes. A idéia é de compartilhar esta experiência, ressaltando a reflexão sobre os efeitos clínicos desse recurso, ao qual se deu o nome de grupo de acolhimento. Buscando situar este momento de criação, partiu-se nesse trabalho do relato do contexto histórico e institucional e da análise dos fundamentos éticos que a orientaram. Na seqüência, apresentam-se dois recortes de atendimento: um grupo com crianças e um grupo com adolescentes. A ênfase no poder falar/ser escutado, não ver adiado um pedido de interlocução no momento crítico, constituiu-se em um dos princípios fundamentais do grupo de acolhimento.*

---

\* Textos apresentados oralmente em 25 de outubro de 2006, no projeto de extensão “Dispositivos Grupais na Rede Pública de Saúde: sistematização e análise” oferecido pela Faculdade de Psicologia da PUC-SP aos serviços de saúde com convênio de estágio. Os textos em questão sofreram alterações com objetivo de sua publicação impressa. Instituição: Clínica de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência (PPIA) do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)

\*\* Psicanalista, membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos (EBEP-SP). carmenaccarvalho@yahoo.com.br

\*\*\* Psicóloga clínica da equipe da PPIA/HSPM. ritamenezesmedina@hotmail.com

\*\*\*\* Psicanalista e membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Psicóloga clínica da equipe da PPIA/HSPM. sandbassset@yahoo.com.br

\*\*\*\*\* Psicanalista e psicóloga clínica da equipe da PPIA/HSPM no período de 1985 a 2007. tereacruz@uol.com.br

*A partir do reconhecimento da instalação do momento de crise institucional, impeditivo de fluidez nos atendimentos, a equipe, ao lançar mão deste novo recurso, promove mudanças significativas junto aos pacientes, no trato com a “fila de espera”, no seu olhar para o trabalho, e para si própria.*

**Palavras-chave:** *Acolhimento, crise, grupos, clínica institucional*

## Abstract

*This article is the result of a collective work of four psychologists from the team of Psychiatry and Psychology of Childhood and Adolescence Clinic (PPLA) of the Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM). This work deals with a proposal to create a device of care in a moment of an institutional crisis, caused by the loss of professionals and the increase on demand for urgent and serious cases. The idea is to share this experience projecting the reflection about the clinical effects of the use of this tool, which was called sheltering group. At first, the historical and institutional context of its creation, and the ethics reasons that guided it, are reported. Further, two clippings of care are presented: a group with children and a group with adolescents. The emphasis in may talking / be heard and not seeing postponed a request for dialogue on a critical moment, was one of the fundamental principles of the sheltering group. Recognizing the institutional crisis, that blocked the flow of care, the team, using their new resource, promotes significant changes among patients, as well as changes in the way it deals with “the waiting queue”, and in its vision about the work and about itself.*

**Keywords:** *Sheltering, crisis, groups, institutional clinic*

## INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado da produção coletiva de quatro psicólogas que, de modo singular, participaram da construção de um dispositivo clínico, grupo de acolhimento, que a princípio veio responder a uma questão presente na maioria dos serviços públicos de saúde mental – a lista de espera. Porém, no decorrer do processo de sua implantação este dispositivo revelou-se bem mais amplo e potente do que se poderia supor inicialmente.

A primeira parte do texto contextualiza sua criação, traz uma análise de seus fundamentos éticos e de seus efeitos. Seguem relatos de grupos de acolhimento realizados com crianças de cinco a oito anos de idade e com

adolescentes. E, finalmente, apresentamos uma discussão sobre o conceito de acolhimento não só como dispositivo, mas em sua dimensão ética, como algo intrínseco ao ato clínico.

## GRUPO DE ACOLHIMENTO: UMA INTERFACE INSTITUCIONAL E CLÍNICA

### Um pouco de história...

A experiência que iremos relatar foi desenvolvida na Clínica de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência (PPIA) do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM). Trata-se de uma autarquia da Prefeitura do Município de São Paulo que tem por finalidade o atendimento aos servidores públicos municipais e seus dependentes, e, portanto, não faz parte da rede municipal de saúde.

A PPIA é uma clínica que atende crianças e adolescentes até 17 anos e 9 meses e seus familiares em regime ambulatorial. A equipe atual é formada por médicos psiquiatras e psicólogos. Uma característica importante desta clínica é que desde a sua criação (1982) procuraram-se estabelecer os programas de atendimento a partir da análise da demanda e das características da equipe constituída numa determinada época. Este procedimento vem sendo realizado periodicamente ao longo dos anos, e é o que determina a manutenção, a exclusão ou a implantação de programas de atendimento. Assim, casos que numa determinada época não eram atendidos, como por exemplo, crianças psicóticas, em outro momento passam a ser em um programa específico composto por uma parte da equipe.

Esta orientação resulta de um processo de trabalho no qual se tem sempre presente a questão do equacionamento entre demanda e capacidade de atendimento, fator imprescindível, a nosso ver, no trabalho em instituições e, que impõe um permanente exercício de reflexão e tomada de decisões.

A análise de demanda é realizada a partir dos dados obtidos nas entrevistas do pronto atendimento, que é a primeira escuta aos pacientes que procuram a clínica. São oferecidos dois períodos por semana, não sendo

necessário o agendamento prévio, isto é, os pacientes decidem quando vir dentro de um horário estabelecido. A entrevista, com duração aproximada de uma hora, tem como objetivo o esclarecimento da queixa e o encaminhamento adequado do caso – tanto internamente (aos programas da PPIA) quanto à rede de atendimento da comunidade –, bem como a agilização do atendimento a casos graves e urgentes.

Em 2001 é dado início ao processo de criação e implantação de um novo dispositivo grupal de atendimento clínico – grupo de acolhimento. Até então os atendimentos grupais estavam organizados segundo um modelo dualista – grupo diagnóstico e grupo de psicoterapia. No primeiro grupo, o enfoque estava na formulação de hipótese diagnóstica e de proposta de tratamento, sendo que a intervenção terapêutica só se daria no grupo de psicoterapia. Já há algum tempo esse modelo vinha sendo questionado pela equipe, e o novo dispositivo foi uma possibilidade de intervir sob outra lógica, em que diagnóstico e intervenção estão presentes num mesmo momento.

O nosso objetivo não é levantar a polissemia de usos que a noção de acolhimento tem nos diferentes serviços de saúde. A Reforma em Saúde Mental e o campo da Saúde Coletiva desenvolveram extensamente a dimensão do acolhimento como função permanente dos serviços de saúde<sup>1</sup>. O grupo de acolhimento aqui trabalhado também dialoga com o campo da chamada *clínica da recepção*, muito discutido a partir da década de 80 e que impulsionou mudanças estratégicas nas portas de entrada dos serviços. Pode-se encontrar um exemplo interessante dessa dimensão do acolhimento no relato de experiência sobre a transformação do Ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, iniciada em 1995, sob a direção de Sérgio Levcovitz<sup>2</sup>.

---

1 Conforme M. Campos. *Acolhimento: uma proposta, um desafio*. Análise de uma tendência. Tese (Especialização). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1997 e R. R. Teixeira. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ Abrasco. Rio de Janeiro, 2003.

2 Cadernos IPUB – *A clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental – Apresentação: A importância estratégica dos dispositivos de recepção* – Vol VI, número 17, Instituto de Psiquiatria UFRJ.

Mas, a direção desse texto privilegia a reflexão sobre a experiência de uma equipe que vê no questionamento contínuo de seu fazer uma forma de lidar com os impasses institucionais.

Assim como o pronto atendimento, em vigor na PPIA desde 1991, também o grupo de acolhimento articulou-se a uma questão fundamental da prática clínica nas instituições: a necessidade do estabelecimento de critérios para o atendimento das demandas dos pacientes. Tal escolha coloca para a equipe a exigência de balizar suas intervenções em princípios construídos a partir da singularidade dos casos e não de regras previamente determinadas.

Naquele momento, os casos recebidos no pronto atendimento eram atendidos na PPIA através de:

- atendimento individual imediato (psicologia e psiquiatria) – destinado para os casos denominados “graves e urgentes”, ou seja, quando os pacientes viviam situações disruptivas e/ou sintomas que exprimissem intenso sofrimento psíquico;
- lista de espera para avaliação individual – geralmente casos em que as crianças viviam situações de crise derivadas de luto, separação dos pais e sintomas que precisavam ser melhor investigados;
- lista de espera para avaliação em grupo – casos em que os sintomas não implicavam em restrições importantes, como agitação, rebeldia, indisciplina na escola, desinteresse pelos estudos, entre outros.

Naquele mesmo ano, houve mudança de administração na Prefeitura e uma série de reformulações foi implementada na Secretaria de Saúde, sendo a principal delas a extinção do PAS (Plano de Atendimento à Saúde) – uma política de privatização criada e mantida pelas duas gestões anteriores. Com isso, muitos profissionais da rede, que durante os anos do PAS ficaram no HSPM, começaram a retornar aos locais de trabalho de origem.

A saída de psiquiatras e psicólogos provocou um acúmulo de pacientes nas listas de espera e já não conseguíamos mais dar atendimento em um curto prazo para os casos que estavam aguardando atendimento individual. Esta situação trouxe uma série de questões para a equipe, entre elas: a modalidade grupal poderia ser uma intervenção possível para aqueles casos que inicialmente havíamos indicado o atendimento individual?

Para responder a questão acima, decidimos, no ano de 2002, fazer uma experiência piloto formando um grupo estruturado da seguinte forma: um grupo de crianças coordenado por dois terapeutas concomitante a um grupo de pais coordenado por apenas um; contrato de tempo determinado – oito sessões; faixa etária mais ampla – de sete a doze anos; e a não utilização da caixa lúdica (instrumento cotidianamente utilizado no atendimento com crianças) com a perspectiva de privilegiar e intensificar o uso da palavra.

Ao final deste grupo, pudemos verificar com certa surpresa que:

- era possível a montagem de um grupo terapêutico com crianças de faixa etária mais extensa;
- as crianças rapidamente construíram um vínculo com os terapeutas e entre elas, facilitando a entrada na tarefa proposta – falar daquilo que as trazia ali. Ao contrário dos grupos de psicoterapia, onde muitas vezes malhamos em ferro frio, até por conta de demandas mais frouxas, resistências maiores, nesse grupo tudo parecia estar em ponto de fusão. Havia uma alquimia onde os participantes, como num campo magnético, ficavam imantados.
- ao demandar que falassem, as crianças fizeram de pronto um bom uso da palavra. Puderam dizer sobre suas angústias o que não era possível exprimir até então, a não ser por algum sintoma. Novos sentidos para suas questões puderam ser construídos.
- as intervenções dos terapeutas eram mais frequentes e orientadas pela tarefa proposta.

Uma boa parcela dos pacientes atendidos nesse dispositivo – experimental inicialmente – eram os casos considerados urgentes, e que por tal condição, no modelo anterior aguardavam atendimento individual na própria clínica ou eram encaminhados para recursos externos onde deveriam contar com a “sorte”. Precisávamos trabalhar intensamente o próprio encaminhamento, que depois de aceito e elaborado, teria que contar também com a disponibilidade de vagas na nova instituição e a criação de um novo vínculo.

Com base nesses efeitos, decidimos pela inclusão do grupo de acolhimento na estrutura clínica da PPIA visando oferecer atendimento imediato a crianças, adolescentes e seus familiares que estivessem vivendo uma situação aguda de sofrimento psíquico.

Sua implantação implicou na construção, pela equipe, de critérios que norteassem o encaminhamento dos casos do pronto atendimento para esse grupo, dos quais destacamos os seguintes:

- prejuízos no laço social – recusa a brincar e freqüentar escola, tendência ao isolamento;
- apresentação de sintomas sugestivos de crise de angústia, como episódios de medos e fobias;
- situações relacionadas aos vínculos familiares: separação dos pais, doenças ou mortes na família;
- prejuízos nas funções vitais: distúrbios no sono, na alimentação e no controle dos esfíncteres, sem que haja alguma causalidade orgânica;
- apatia ou agressividade com manifestações abruptas;
- transtornos depressivos, de ansiedade e tentativas de suicídio;
- surgimento de uma doença importante e/ou necessidade de submeter-se a intervenções cirúrgicas;
- exposição a situações de risco.

## Análise da experiência

A análise do processo de implantação e a realização de diversos grupos ao longo destes anos nos fez refletir sobre os seguintes aspectos:

### 1 – Contexto do momento histórico e institucional:

A crise vivida na PPIA em 2001/2002 – mudanças na política institucional tanto no HSPM quanto na rede municipal de saúde, redução do número de profissionais e o concomitante aumento da demanda de casos graves e urgentes – provocou uma ruptura no cotidiano da equipe. A estrutura dos programas de atendimento que até então dava uma resposta satisfatória já não servia para esse momento.

Sensibilizados e movidos pela nova situação que se apresentava aos nossos olhos e ouvidos, decidimos por “arregaçar as mangas” e buscar

tanto nas discussões de equipe quanto em diferentes autores, ferramentas teóricas e conceituais que nos auxiliassem na construção de saídas potentes e criativas.

Tradicionalmente a noção de crise é entendida como uma ruptura desencadeada por uma situação interna ou externa que provocaria uma desorganização considerada na perspectiva da homeostase. Desta forma haveria aí um modelo de equilíbrio entendido como positivo – norteador de possíveis intervenções na crise. Knobloch (1998), uma das estudiosas do conceito de crise, apresenta sua posição que considera a crise como positiva e que busca sua significação temporal. Para ela, se crise significa colocar em análise limites da posição teórica e técnica, “limite é aquilo que tem que ser habitado e não abolido” (p. 142).

Para recuperar a história do conceito de crise é necessário citar G. Caplan (1980), importante referência teórica. Este autor aponta para uma idéia de crise como um período transitório que apresenta ao sujeito tanto oportunidade de ampliação de seu repertório de habilidades e recursos, quanto ameaça de maior vulnerabilidade, isto é, um episódio que seja restritivo, que implique em prejuízo na capacidade do sujeito para lidar com conflitos e adversidades. Caplan afirma que as intervenções terão maior sucesso se incluírem não só o sujeito em crise mas também a família (operações da rede).

Entendemos que a nossa crise, por um lado, se apresentava como um momento de rompimento de algo já estabelecido, momento crítico e causador de angústia do qual participávamos cada um a seu modo. Por outro, se revelou como um momento promotor de mudanças, com possibilidade de levar a outras formas de funcionamento. Para que isso se produzisse foi necessário um trabalho pela equipe de contextualização, de mapeamento do que havia se desorganizado, fazendo frente desta forma a uma certa paralisia que as situações de angústia nos provocam. Acreditamos que esse também deveria ser o trabalho a ser realizado pelos pacientes que chegavam “em crise”.

## FUNDAMENTOS ÉTICOS

Os efeitos da escuta sobre um sujeito verificam-se há muito tempo. Na experiência inaugural de Freud com as histéricas, mesmo quando ele ainda insistia no uso do método catártico e na técnica de rememoração, estas pacientes revelaram um saber sobre os efeitos da palavra e da escuta: Anna O. nomeava esses efeitos como “talking cure” e “limpeza de chaminé”; Frau Emmy von N. pedia a Freud que parasse de lhe fazer tantas perguntas e “que a deixasse contar o que tinha a dizer”. (Breuer, J. e Freud, S, 1974/1895)

O ato de convocar a falar é o princípio básico para o funcionamento do grupo de acolhimento. A proposta deste dispositivo é dar um lugar à palavra do sujeito, falar de seu sofrimento, reconhecer sua existência, ao invés de afastar, aplacar ou anestesiá-lo, o que muitas vezes é a demanda de todos (profissionais e pacientes). Orientamos nossas intervenções para que o sujeito-criança/adolescente e o sujeito-pais possam produzir questionamento e uma implicação com seu sofrimento.

É indiscutível a importância do atendimento paralelo aos pais. É quando se torna possível que alguns nós sejam delicadamente desfeitos. Os pais também precisam tomar distância dos filhos para que cada um tenha oportunidade de cuidar das próprias mazelas.

Demandar que o sujeito fale de seu sofrimento já se constitui numa primeira intervenção terapêutica. Porém, o tratamento no campo da saúde mental deve ir além: levar o sujeito a sair de uma posição onde é o outro que sabe do que lhe acontece, para um lugar de construção de um saber sobre si mesmo. Esta convocação também se aplica a crianças e adolescentes. Partimos do pressuposto de que a criança e o adolescente são sujeitos que pensam, sentem, desejam, produzem fantasias e teorizações a respeito das questões fundamentais da vida (a origem, a sexualidade, a morte). Ou seja, além do discurso produzido sobre eles pelos adultos (pais, professores, médicos, etc), damos um lugar de escuta para o sujeito-criança e o sujeito-adolescente.

Assim, ao invés de colocarmos “água fria na fervura, jogamos mais lenha na fogueira”. Estranha química em que o fogo parece aplacar o fogo. Tendo o foco de incêndio sido identificado, tentamos controlá-lo, mas

não amorná-lo. No caso do grupo de acolhimento é preciso acalentá-lo, alimentá-lo para que nossos pacientes sintam seus sofrimentos legitimados e possam efetivamente ser acolhidos.

O tempo é fator diferencial no funcionamento deste grupo. Cada criança participa de oito sessões. Assim, terá um tempo demarcado para que produza algum saber sobre seu sintoma. A delimitação do tempo precipita uma responsabilização do sujeito por aquilo de que se queixa: está ali para tratar de algo que lhe incomoda, não é um bate-papo qualquer.

O contrato de número de sessões determinado provoca também um outro efeito importante: por ser um grupo aberto, as entradas e saídas são diferentes para cada paciente, ou seja, a cada sessão pode ocorrer a entrada de mais um e a saída de outro. O que, de uma certa forma, reproduz o movimento da vida: o encontro e a separação, os ganhos e as perdas. E isto se constitui em mais uma questão para cada participante: como lida com a separação, com a perda, com a falta. A previsão do término da participação no grupo aponta para um momento de conclusão, para a possibilidade de produzir algo: seja um deslocamento de seu sintoma, seja um saber sobre ele, seja o reconhecimento de que precisa de mais um tempo para tratá-lo.

O grupo aberto e de tempo predeterminado imprimiu, ao longo dessa experiência, uma maior agilidade na escuta e na intervenção. Não se trata de ter pressa, nem a idéia ingênua de que iremos dar conta de tudo. Trata-se da necessidade de intensificar e otimizar nossa atuação. Por um lado entendemos o grupo de acolhimento como um ato de uma equipe que vivia uma crise, que pôde construir uma resposta às diversas questões desencadeadas por ela. Este dispositivo funcionou como uma intervenção institucional, propiciando acesso direto e rápido a um atendimento especializado, a priorização do sujeito em relação a organizações burocráticas, e a eleição de critérios clínicos como determinantes para a inserção dos pacientes nos programas. Por outro lado, revelou-se um dispositivo clínico potente porque dentro de um tempo determinado funciona como um instrumento de esclarecimento de demanda, mas também de intervenção clínica, visando a implicação dos sujeitos com a queixa, bem como a produção de efeitos terapêuticos.

Para ilustrarmos os efeitos que se revelaram através desse dispositivo clínico, apresentamos a seguir relatos de grupos de acolhimento realizados com crianças de cinco a oito anos e com adolescentes.

### Relato de um grupo de acolhimento com crianças de cinco a oito anos

*Eles chegam de diferentes lugares, carregados de aflições e medos:*

- Fábio (7 anos), vem parando de comer desde a separação dos pais;
- Samantha (5 anos), agitada e insone a partir da morte do irmão (10 anos), baleado por um disparo acidental;
- Inaê (6 anos e 6 meses), triste e com medo de se separar da mãe, fica em vigília permanente temendo que essa possa tentar o suicídio, como já o fez por duas vezes;
- Pedro (6 anos), que não pára um minuto e se vê perseguido pelo controle do tempo, o que o deixa exaurido.

*Esses são alguns dos muitos pacientes que chegam até nós, mostrando um sofrimento intenso, com desequilíbrio de funções vitais. Revelam sintomas agudos, emergentes, e por isso não podem aguardar em fila de espera.*

*E nós, a equipe, também somos tomados pela angústia – há que acolhê-los.*

*Chegam então nossas crianças transbordantes, que, como Pedro, trazem uma bomba relógio na cabeça.*

*A fase de aquecimento parece curta. As crianças já chegam pré-aquecidas. É como se pressentissem que não têm mais tempo e mais nada a perder. Embora trazidas pela família, elas parecem saber a que vieram. As crianças falam, desenham, representam.*

*Alguém fala que veio porque tem medo de fantasmas. A garotinha lembra que sonhou com vampiros que invadiram sua casa, comendo seus pais e sua cachorra.*

*“Mas é medo do vampiro ou de se separar dos seus pais?” a terapeuta pergunta, provocando.*

*“É medo de acontecer alguma coisa com eles. Deles morrerem ou terem uma doença chamada coma. O que vai acontecer com os filhos? Quem vai cuidar de nós?”*, diz Fábio, o mais falante.

*Diante da impotência frente à morte e do sentimento de desamparo, o grupo todo vai para o colchonete da sala e se enrosca.*

*Solidarizam-se. Acolhem-se.*

*Também chama nossa atenção o olhar curioso e intrigado de Bruno (7 anos e 8 meses) pelo desenho de Samantha – aquela do irmão baleado. Ela, por repetidas vezes, faz o desenho de um buraco – o contorno bastante colorido, mas no centro um vazio escuro. O buraco é habitado por um monstro que engole tudo que nele cai.*

*Bruno não se contenta e faz inúmeras perguntas sobre o buraco, sobre o monstro e sobre a morte do irmão, que por ironia, se chamava Bruno.*

*Bruno, o nosso paciente, ele próprio parece sentir a morte cortejar. Vive apenas com uma avó, que tem um câncer que teima em resistir à quimioterapia, e com a mãe, que sofre de uma doença em que o sangue não coagula, tendo uma cirurgia agendada para breve.*

*Mas as sessões não são intensas somente para as crianças. Elas jogam “Lince”, mas são os terapeutas que precisam ter olhos de lince, para não perder os lances importantes.*

*Provocamos, cutucamos – a idéia é promover intercâmbios. Alinhavamos. Muitas vezes, até colocamos nosso corpo na roda.*

*As possibilidades de interpretação são incontáveis. Porém, há que se ter sensibilidade para ressignificar os sintomas no momento mais preciso do processo e à temperatura adequada, para que faça eco no grupo.*

*Difícil tarefa!*

*Inaê – a menina da mãe suicida – encontrou no grupo uma “grande amiga” com quem brinca de casinha, despreocupadamente. Inaê agora sorri. Parece que ela pode amenizar nesse grupo a quentura de seus temores e minimamente compreendê-los. Está pronta para seguir viagem em um outro grupo – o de psicoterapia. Precisa de tempo para explorar e capacitar seus recursos internos. Mas isso já é uma outra história.*

*Definitivamente, as crianças não saem incólumes do grupo.*

*Nem os terapeutas.*

## Relato de um grupo de acolhimento com adolescentes

*Num primeiro momento somos todos ouvintes: terapeutas e adolescentes. Este falar em grupo nesta idade (14, 15, 16 anos) e com esta história pessoal (sabendo-se que nesta etapa da vida o discurso, em geral, é “carregado na tinta”), adquire no contexto um novo significado: expor-se, escolher palavras próprias e não as expressas pela mãe (ou pai mais raramente), poder colocar-se diante de “outros” desconhecidos, compartilhando experiências que se repetem, sem perder, no entanto, seu próprio colorido – tudo isso, sabendo de antemão que precisa ser encaixado em oito encontros. Logo fica anunciado que este tempo é muito para alguns e pouco para outros.*

*No entanto, não há pressa de nenhuma das partes: a oportunidade para a reflexão está posta – refletir sobre si ou sobre o outro, que agora se torna um parceiro não só na idade, mas também passageiro desse ônibus em que, juntos, partilham uma curta viagem.*

*Há surpresas entre todos. Admirados com as identificações impensáveis em outros momentos, dizem: “comigo também aconteceu!”.*

Em seu livro “Narcisismos”, Miguelez (2007) cita, na descrição de um caso clínico, como experiências de impotência podem conduzir a um estado de tamanha passividade que serviria como combustível à idéia de “poder fazer”. “... é pelo brincar que a criança pode dominar a excitação que a invade traumáticamente. Ação e palavra são as vias que permitem a transformação da passividade em atividade” (p.27). Questões desta ordem estão presentes em nosso grupo.

*Retomemos, porém a experiência, cujo relato foi brevemente interrompido.*

*Percebem-se eixos comuns e diferentes reações individuais diante do eixo passividade/ação no enfrentamento de situações (diante de experiências) muitas vezes imprevisíveis: morte da mãe, sumiço do pai, perda de um grande amor, dúvidas na escolha sexual, o feitiço das drogas, o chamado dos amigos, a incompreensão dos pais, o abandono da mãe biológica e a adoção por outra mãe, a chatice dos professores, a falta de amigos e de ouvidos, as “verdades e as mentiras” – a pseudo-aridez da*

*adolescência, suas dúvidas e extremos... A vida adquire outro tempo: é um eterno presente, o passado é posto como muito distante (a infância perdida e chorada)... E o futuro? Haverá futuro? Isso não conta muito por enquanto. As histórias rodam pelas cabeças como se os levassem num voar frenético. Supomos que o pedido implícito neste rodaminho de vivências é o de palavras que os ajudem a crescer.*

*O caráter compulsivo, próprio do luto, pode ser abordado. São vários os lutos em pauta e um dos mais relevantes é o da infância perdida.*

*O calor da adolescência ferve nestes grupos. O livro interno pôde ser aberto, exibido para si e para seus pares. Há respeito ao sofrimento do outro, busca de alternativas, novas surpresas refrescantes nesse efervescente dilema: tudo ou nada.*

## RUMOS DO ACOLHIMENTO

A temática do acolhimento expande-se em outras frentes: cresce na abordagem de diferentes faixas etárias de nossos pacientes e infiltra-se na postura profissional da equipe.

A oportunidade oferecida aos pacientes do grupo de acolhimento abre a possibilidade de reflexão, de questionar-se e ver-se questionado pelo outro, observar as identificações com seus pares que tantas são e com muita facilidade podem ser detectadas por eles próprios. A chance de formular com suas próprias palavras os nós de suas histórias propicia a emergência de uma subjetividade: pequenos (ou grandes?) aportes dos terapeutas ou dos colegas do grupo, os silêncios, as projeções que começam a emergir, a surpresa pela nova linguagem introduzida pelos terapeutas no campo grupal, são contribuições para a construção de um cenário inusitado para a maioria deles. Estão dentro de um hospital, porém o tratamento proposto é um outro: podem falar de si, relatar aventuras e desventuras, trazer queixas de pai, mãe, avó, professores, namorados.

A experiência com o grupo de acolhimento só fez validar sua prática na instituição: a intervenção denota resultados encorajadores, fortalecendo os vínculos, criando continência às angústias e até abrindo portas para uma continuidade terapêutica quando necessário.

Em nossas reflexões nos demos conta de que a proposta do acolhimento é intrínseca (ou deveria ser na maioria das vezes) à nossa prática profissional. Salientamos este tema no cotidiano da instituição por ser um grande desafio o atendimento de uma demanda tão numerosa e tão rica em sua diversidade (riqueza proporcional ao tamanho da demanda!). Os grupos de acolhimento constituíram-se numa alternativa possível tanto para os pacientes como para nós, terapeutas.

Passamos então a repensar a temática do acolhimento, integrando-a na construção de uma nova leitura da formatação da clínica. Com a evolução desta experiência nos demos conta de que o acolher é uma atitude que se põe desde o guichê, no atendimento a um telefonema, na sala de espera, e no atendimento clínico propriamente dito. O novo enfoque se expande numa grande espiral. As demais modalidades de atendimento desenvolvidas passam então a ser lidas através desta ótica.

Calligaris (2000) aborda as transgressões do adolescente associadas a sua necessidade de reconhecimento: "... eles transgridem para serem reconhecidos..." (p.35). Se entre seus pares os adolescentes buscam por vias tortas (rebelia, por exemplo) o reconhecimento que se esperava que pedissem aos adultos, então podemos traçar aqui um paralelo diante do "jovem" dispositivo implantado na clínica, que não se faz rebelde ou transgressor, mas analisa, experimenta, ganha um lugar "reconhecido" entre o corpo clínico e pacientes.

Este movimento gerado na clínica parece ser reflexo de alguns reconhecimentos: reconhecemos traços de nossa realidade necessitados de uma intervenção relevante, bem como o reconhecimento de nossas possibilidades e limitações. Podemos reconhecer e usufruir uma certa autonomia conquistada na instituição que nos permitiu a implantação das mudanças.

O novo olhar promovido pela temática acolhimento pode ter sido o ponto de partida capturado por nossos pacientes: crianças, jovens e pais que vêm à procura de reconhecimento.

Supomos que compartilhamos com nossos pacientes alguns passos rumo ao amadurecimento.

Assim, a partir do reconhecimento da instalação do momento de crise institucional, impeditivo de fluidez nos atendimentos, a equipe, ao lançar

mão deste novo recurso, pode promover mudanças significativas junto aos pacientes, no trato com a “fila de espera”, no seu olhar para o trabalho e para si própria.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Breuer, J. e Freud, S (1974 [1895]). *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro:Imago.
- Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Campos, M. (1997). *Acolhimento: uma proposta, um desafio*. Análise de uma tendência. Tese (Especialização) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Caplan, G. (1980). Teoria de crises. In: *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (pp 49-69). Rio de Janeiro: Zahar.
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: EDUC-FAPESP.
- Levcovitz, S., Oliveira, R. e Tenório, F. (2000). *A clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental – Apresentação: A importância estratégica dos dispositivos de recepção* – pg 7, Cadernos IPUB, Vol VI, número 17, Instituto de Psiquiatria UFRJ.
- Miguel, O.M. (2007). *Narcisismos*. São Paulo: Escuta.
- Teixeira, R.R. (2003). *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. In: *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (organizadores). IMS – UERJ / Abrasco. Rio de Janeiro.