



PUC

VALÉRIA ATTIÉ LANNA

UMA PORTA ABERTA PARA A SAÚDE MENTAL

**NOVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMENTO NO CAMPO DA
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RIO DE JANEIRO, 16 DE AGOSTO DE 1996

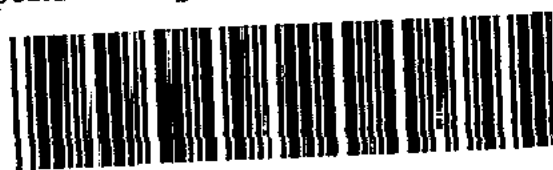
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22453-900

RIO DE JANEIRO - BRASIL

N.º=um. 150 L292p TESE UC

Tít=■ Uma porta aberta para a saúde mental



Ex.=UCB:

0097661

VALÉRIA ATTÍE LANNA

UMA PORTA ABERTA PARA A SAÚDE MENTAL

**NOVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMENTO NO CAMPO DA EMERGÊNCIA
PSIQUIÁTRICA**

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-
RIO como parte dos requisitos para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica.

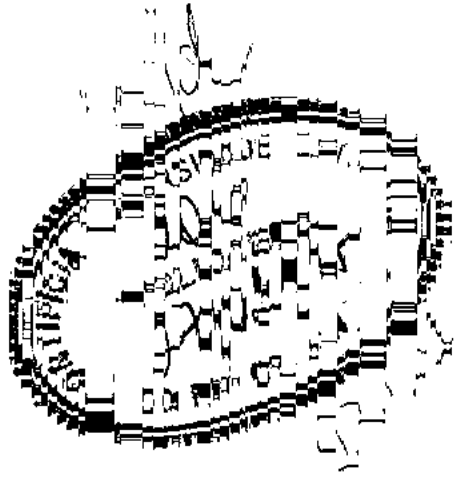
Orientadora: **JUNIA DE VILHENA**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO, JULHO DE 1996

UC-68624-3



150
L292p
TESE UC

Para MARCOS,

pessoa fundamental e que me estimula
sempre nas coisas que faço.

Para SARA MARTA,

que está sempre por perto, com sua
disponibilidade e sabedoria.

AGRADECIMENTOS

- a Junia de Vilhena pela orientação, pela confiança em meu trabalho e pela liberdade que me deu na escolha de caminhos;
- a Maria do Rosário Collier de Rêgo Barros, pessoa fundamental nas encruzilhadas percorridas;
- a Mauro Rechtand, pelos anos de PUC, pelo diálogo fecundo no cotidiano do Porta de Entrada, e pela amizade;
- a Maria Inês Carneiro, amiga de infância, colega de PUC e de profissão, pela força sempre presente;
- a Erotildes Maria Leal, pelas indicações, empréstimos de livros e pelas ricas conversas as terças-feiras;
- a Rochelle Zajdasznadjder, pessoa maravilhosa que me incita nesta profissão;
- a Valéria Portugal, pelos ricos trabalhos em equipe e pelas longas conversas nos calmos (raros) plantões;
- aos psiquiatras e auxiliares de enfermagem que trabalham comigo no Porta, companheiros que sem saber, acompanharam toda a trajetória deste trabalho;
- aos pacientes que passaram pelo Porta de Entrada e que mobilizaram o meu interesse por esta pesquisa;

- a Pedro Malan e Ana Paula Silva, amigos disponíveis nas horas de pane;
- a Mariza e Verinha, secretárias da PUC, sempre dispostas a ajudar-nos;
- à CAPES, pela bolsa de estudos, durante os cursos do mestrado;
- aos colegas do Mestrado em Psicologia Clínica da PUC-RIO.
- a meus pais e meus irmãos, companheiros queridos e atentos.

RESUMO

UMA PORTA ABERTA PARA A SAÚDE MENTAL pretende abrir uma discussão sobre a perspectiva de uma nova forma de atendimento em emergência psiquiátrica neste momento de grandes reformulações na assistência em saúde mental. Apresentaremos nesta pesquisa a organização e funcionamento de um destes serviços, do qual fazemos parte, o *Porta de Entrada Banco do Brasil CASSI / Casa Verde*. Iniciaremos a dissertação com um breve estudo da história da emergência psiquiátrica no Brasil. No segundo capítulo mostraremos os principais pressupostos teóricos que norteiam o nosso atendimento: os conceitos de transferência e diagnóstico; em seguida discutiremos um caso clínico do *Porta de Entrada*. As formas de acolhimento e atenção oferecidas aos pacientes nesta emergência, seus limites e possibilidades e a singularidade deste serviço em relação a outros serviços servirão de suporte a nosso trabalho. Partindo do pressuposto de que a triagem é uma das portas de entrada do sujeito no campo da assistência à saúde mental, podendo ser um instrumento com o poder de encaminhá-lo para a saúde ou para a doença, procuraremos refletir sobre formas mais dignas de acolhimento e tratamento e sobre formas mais cuidadosas de encaminhamento neste tipo de serviço.

ABSTRACT

UMA PORTA ABERTA PARA A SAÚDE MENTAL intends to open a discussion about a new way of psychiatric emergency attendance in this moment of great reformulations on mental health assistance. We will present in this research the organization and functioning of one of this services named Porta de Entrada Banco do Brasil CASSI / Casa Verde which we make part of. We will start the dissertation with a short study of the history of psychiatric emergency in Brasil. On the second chapter we will present our most important theoretical bases orientating our attendance: the transfer and diagnosis concepts; next we will discuss an Porta de Entrada's clinic case. The different ways of reception and caring given to the emergency patients, its limitations and possibilities and this service's singularity compared to other services will be the support of our work. Believing that selection is one patient entrance's doors to the mental health assistance field, having the power to lead them to health or illness, we will reflect upon better ways of handling and guiding our patients in this kind of services.

XI / Disquisição na Insônia

Que é loucura: ser cavaleiro andante ou segui-lo
como escudeiro?

De nós dois, quem o louco verdadeiro?

O que, acordado, sonha doidamente?

O que, mesmo vendado, vê o real e segue o sonho
de um doido pelas bruxas embruxado?

Eis-me, talvez, o único maluco, e me sabendo tal,
sem grão de siso, sou - que doideira - um louco de
juízo.

Carlos Drummond de Andrade,

Quixote e Sancho, de Portinari.

PALAVRAS CHAVES

- Emergência Psiquiátrica
- Assistência Psiquiátrica
- Saúde Mental
- Transferência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
- Notas	8
CAPÍTULO I - A história da emergência psiquiátrica no Brasil e uma experiência singular na emergência do Porta de Entrada	10
- Notas	31
CAPÍTULO II - O auxílio de dois conceitos para pensar o trabalho de emergência: transferência e diagnóstico diferencial.....	32
CAPÍTULO III - Uma discussão acerca de um caso clínico.....	64
CONCLUSÃO	87
BIBLIOGRAFIA.....	92

INTRODUÇÃO

Como nos ensinou o filósofo e historiador francês Michel Foucault (1979), a loucura como fenômeno social é uma invenção dos tempos modernos. Com o desaparecimento progressivo da lepra, ao final da Idade Média, os leprosários se transformaram em hospícios para abrigar os indesejáveis pelas comunidades. Foucault vê na criação do asilo uma forma de o poder comunitário operar uma divisão na comunidade, a fim de isolar determinado grupo social, colocando-o à margem da cidade ¹.

A emergência da loucura e do louco à condição de problema social, e a necessidade de cerceamento de sua liberdade, é datada no século XVI na Europa, e nos primeiros anos do século XIX no Brasil. O grande enclausuramento na Europa do fim da Idade Média foi também, no Brasil colônia, o procedimento adotado para lidar com a nova categoria de cidadão que surgia: a do alienado mental.

A loucura, que desfrutou durante longo tempo de uma certa tolerância social e liberdade no Brasil, podendo errar pelas cidades, aldeias e campos, teve, em dado momento, sua liberdade cerceada:

“Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade” (Resende, H.1987, p.35).

Até meados do século XIX, não se havia criado no Brasil um lugar especial para tratar dos chamados alienados mentais, que eram aprisionados, sem nenhum cuidado específico, com outros indivíduos considerados marginais, vadios e desordeiros da sociedade da época. Nas Santas Casas de Misericórdia ou nas prisões comuns, e sem nenhuma assistência médica, os loucos eram entregues a guardas e carcereiros, suas agitações eram respondidas com espancamento e contenção em troncos.

A necessidade de se construir um local específico para internar os loucos, surgiu, por um lado, devido aos apelos humanitários e denúncias contra os maus tratos, e por outro, junto à urgência em isolar e excluir os perturbadores e ameaçadores da ordem social.

Em 1852, através de um decreto imperial, foi inaugurado o primeiro hospício no Brasil, um marco na criação de uma instituição específica para a assistência aos loucos. Na realidade, o Hospício Pedro II, não tinha como prática tratar ou acolher o doente mental, mas apenas proteger a sociedade dos "perturbadores" da ordem:

"O hospital psiquiátrico, de fato, não existia enquanto lugar de cura, e a caridade e os princípios humanitários jamais tinham penetrado suas portas" (Resende, H., 1987, p.41).

O que importava era excluir e retirar os alienados das ruas das cidades, internando-os em asilos, para que não fossem uma ameaça à paz e à ordem pública. Este hospício foi criado antes mesmo de a psiquiatria surgir como especialidade médica, o que demonstra a inexistência de um tratamento especializado para os internos.

Este curto levantamento histórico sobre os primórdios da psiquiatria no Brasil nos deixa atônitos quando observamos que, depois de tantos anos, as características deste primeiro asilo, inaugurado no século passado, ainda são vigentes em muitas instituições para internação de doentes mentais. Em muitos manicômios, verdadeiros "depósitos de loucos", internar ainda é sinônimo de abandonar, excluir e maltratar. Mas que tipo de "atenção" é esta oferecida até hoje aos psicóticos? Onde ficam os direitos de cidadão destes sujeitos, o direito à dignidade, ao respeito humano, à liberdade?

Durante muito tempo, a internação sustentou-se como única forma de tratamento aos doentes mentais no Brasil. A novidade a que temos assistido, na última década, é a redução do número de leitos e internações psiquiátricas, e a construção de novas modalidades de tratamento no campo da saúde mental². O desafio em desconstruir³ os modelos psiquiátricos tradicionais, pautados na exclusão e abandono sistemático dos pacientes e na centralização do saber na figura do médico, construindo novas possibilidades de intervenção clínico-terapêutica a partir de equipes multidisciplinares, faz-se urgente neste momento de reformulação e mudanças na assistência em saúde mental.

A proposta de uma clínica onde haja liberdade e respeito pelo paciente, onde a singularidade possa emergir e ser escutada, é fundamental na construção de novas formas de atenção e tratamento como os ambulatórios, os hospitais-dia, os centros de atenção psicossocial, as emergências psiquiátricas, e, porque não, a transformação dos próprios espaços de internação, enquanto ainda não prescindirmos dos mesmos, em espaços de acolhimento e não de exclusão, de escuta da diferença e do sofrimento, e não de silêncio.

É importante nos perguntarmos se a construção destas novas modalidades terapêuticas, constituídas a partir de novas ideologias em saúde mental, são suficientes para que possamos falar em uma ruptura política em relação às ideologias anteriores. Isto é, se o conjunto de intencionalidades desta nova política em saúde mental vem se desdobrando em novas práticas institucionais concretas, ou se, pelo contrário, as estruturas intermediárias tem funcionado na mesma lógica manicomial, gerando isolamento, abandono e "cronificação" dos sujeitos ⁴.

Partindo do ponto de vista de que o serviço no qual trabalhamos, a Emergência Psiquiátrica do Porta de Entrada CASSI / Casa Verde, é uma estratégia de tratamento onde as ideologias e intencionalidades se transformam, cotidianamente, em práticas concretas de intervenção, discutiremos o papel deste tipo de serviço na assistência à saúde mental. Para este fim, apresentaremos a organização do Porta de Entrada e a sua forma singular de funcionamento a partir do estudo dos principais conceitos psicanalíticos com os quais trabalhamos, de um breve relato da história da emergência psiquiátrica no Brasil e da discussão de um caso clínico que produziu muitas reflexões na equipe.

Para nós, a emergência psiquiátrica tem a finalidade de acolher sujeitos que, diante de uma crise, um rompimento de sua organização anterior, não encontram condições de se sustentar em seu círculo de relações sociais e familiares já constituído. Pensamos o fenômeno da emergência como uma resposta a este momento de ruptura ou ameaça de ruptura da forma de estruturação de um sujeito, e procuramos escutar como esta experiência emerge para o mesmo no momento em que procura o serviço: o que é urgente para o paciente? Qual o sofrimento singular dirigido ao campo da emergência por ele? Aguardamos que o próprio sujeito que nos procura possa perguntar-se sobre o que está se passando e sobre o tipo de apelo que está nos fazendo. Acompanhamos este processo e avaliamos, junto ao mesmo, se a situação que se apresenta é ou não passível de ser acolhida por nós.

A emergência, por ser sempre um momento de transformação, de mudança, é um estado privilegiado na produção de novos vínculos e articulações. Neste sentido, um laço do paciente com os profissionais para os quais é dirigida a demanda de escuta do que emerge se torna possível, e um trabalho no Porta de Entrada tem a chance de se realizar.

A equipe do Porta não tem como direção de tratamento calar a ruptura, rearrumar a situação da forma como estava organizada antes, mas abrir um campo de possibilidades para se construir novas histórias para o sujeito que chega até nós. Para trabalharmos nesta direção, temos que estar em constante "crise", isto é, questionando-nos sobre as nossas próprias cristalizações e colocando-nos em diferentes papéis para podermos responder, diversamente, às situações que surgem na instituição. É fundamental que o profissional possa estar aberto para pensar sobre

a sua prática e perguntar-se, continuamente, sobre o que se produziu a partir de suas intervenções, possibilitando a redefinição do cenário do Porta de Entrada a cada momento.

No primeiro capítulo deste trabalho pretendemos focar a posição política e ideológica da emergência psiquiátrica do Porta de Entrada em relação a outros serviços deste tipo no Brasil. Para este fim, apontaremos diferentes formas de abordar e definir a emergência psiquiátrica ao longo de sua história, a partir de uma breve revisão da literatura nacional sobre este assunto. Depois, abordaremos o trabalho feito no Porta, discutindo como se organiza o cotidiano da equipe, como são feitos os encaminhamentos e quais os recursos disponíveis. Não faremos um relato neutro, falaremos a partir de um lugar preciso, do lugar de um dos profissionais engajados no serviço. Esta posição apresenta a vantagem de ser familiar ao objeto de pesquisa, um privilégio diante de um pesquisador externo ao serviço. Por outro lado, esta proximidade dificulta o distanciamento, muitas vezes necessário em uma pesquisa, entre o observador e o que é observado.

O segundo capítulo da dissertação é uma pesquisa do conceito de transferência e de diagnóstico diferencial na obra de S. Freud e de outros autores que sejam enriquecedoras para uma leitura do mesmo. Estes dois conceitos permeiam o cotidiano de nosso serviço, e é fundamental resgatarmos os mesmos para discutirmos a clínica que efetivamos.

Escolhemos o fenômeno da transferência porque é este que constitui e fundamenta qualquer tipo de relação que se pretenda terapêutica; no Porta de Entrada não discordaríamos em um ponto: não há clínica sem transferência⁵.

Apesar de instrumento de nossa experiência, o fenômeno da transferência não esgota o tipo de relação de cuidado que estabelecemos com os pacientes e os familiares que utilizam o nosso serviço. Pretendemos mostrar, a partir da apresentação de um caso clínico e do próprio cotidiano de nosso serviço, esta outra dimensão de relação que construímos junto aos sujeitos que nos procuram. A preocupação com o paciente, o cuidado com os seus familiares ou com as pessoas que o cercam, é um dos pontos chave do trabalho no Porta de Entrada.

Acreditamos que trabalhar a partir desta relação de cuidado com o outro, a partir dos vínculos que constituímos com os pacientes, respeitando o tempo do que emerge para cada sujeito que vai ao nosso encontro, é uma forma singular de trabalho no campo da emergência psiquiátrica. Só a partir de um vínculo estabelecido com os profissionais do serviço, durante o período de internação do paciente, é que o trabalho com o mesmo poderá ser efetivado. Do mesmo modo, as indicações de tratamento poderão ser abarcadas com maior grau de investimento.

O outro aspecto a ser abordado no segundo capítulo, o conceito de diagnóstico diferencial, será resgatado com o fim de nos perguntarmos sobre o papel desta referência para a psicanálise e para a psiquiatria no campo da emergência.

A equipe do Porta encontra-se em constante tensão em relação a este aspecto, vendo-se dividida entre a efetuação de um diagnóstico pela via dos sintomas do paciente, dos dados fenomenológicos que aparecem na relação psiquiatra e paciente, ou entre a elaboração de um diagnóstico estrutural, partindo do lugar em que o sujeito coloca o profissional em seu discurso diante do estabelecimento de uma relação transferencial.

Apesar da importância de se levar em conta o diagnóstico do paciente para medicá-lo e intervir em seu tratamento, em um serviço de triagem, no qual o sujeito permanece em torno de 72 horas, devemos ter muito cuidado com a questão do diagnóstico, que não deve ser fechado nem direcionar nossas primeiras intervenções.

O último capítulo da dissertação ilustrará, a partir de um caso clínico, as questões levantadas nos capítulos anteriores. Discutiremos o tipo de relação que estabeleceu-se entre os profissionais do serviço, o paciente e sua família, as intervenções e indicações da equipe durante e depois da permanência do mesmo no serviço.

Notas

- 1- Sobre o tema dos asilos conferir: Foucault, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979 e Castel, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- 2 - Sobre este tema ver: Entrevista com o Dr. Domingos Sávio, Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no informativo **18 de Maio**, do Instituto Franco Basaglia, ano IV, nº 10, Março / Abril de 1996.
- 3 - Este termo faz parte de uma certa tradição dentro da Reforma Psiquiátrica na Itália e tem ligações explícitas com a PDI (Psiquiatria Democrática Italiana), mas não está sendo usado aqui no sentido estrito em que o é neste movimento. Discutiremos nesta dissertação, formas de atenção em psiquiatria que levam em conta a psicanálise como um de seus instrumentos, e apontaremos para a possibilidade de mudanças dos próprios espaços de internação, enquanto ainda não prescindirmos dos mesmos. Diferente deste ponto de vista, a principal proposta da PDI, para se pensar em uma transformação real na assistência em psiquiatria, é a extinção dos espaços asilares, e a psicanálise não é, de forma alguma, uma referência para esta psiquiatria. Sobre o termo desconstrução na Psiquiatria Democrática Italiana, ver: Barros, Denise Dias. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Editora da Universidade de São paulo: Lemos Editorial, 1994 e Amarante, P. (org.) **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE / ENSP, 1995.

4 - Esta pergunta foi feita dentro e fora do Brasil, ver: Castel, Robert. **A gestão dos riscos - da antipsiquiatria à pós - psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987 e a Tese de Doutorado de Carrero, Vera P. **O dispositivo da Saúde Mental: Uma metamorfose na Psiquiatria Brasileira**. IFCS - UFRJ, março 90.

5 - Encontramos, atualmente, todo um debate acerca da idéia de uma clínica psiquiátrica referida ou não à psicanálise. Esta discussão é importante para a PDI e tem forte influência na reforma psiquiátrica brasileira. A afirmação destacada neste trabalho, diz respeito ao modo de funcionamento do Porta de Entrada do Banco do Brasil, que toma a psicanálise como *uma das* referências para se pensar a prática clínica. Não pretendemos generalizar este ponto de vista.

Capítulo I

Um breve relato da história da emergência psiquiátrica brasileira e uma experiência singular no Porta de Entrada do Banco do Brasil.

Ao longo de sua curta história no Brasil, podemos dizer, resumidamente, que a emergência psiquiátrica foi vista a partir de dois enfoques, produzindo formas de organização que privilegiam ora os aspectos médico-legais, ora os aspectos relacionados a propostas preventivas na constituição de seus serviços.

O aspecto médico - legal.

Antes de discutirmos o primeiro aspecto da emergência psiquiátrica, faremos um pequeno histórico da origem da psiquiatria dentro da medicina ¹ que nos auxiliará em sua compreensão, já que, como veremos, "a Medicina Legal foi praticamente o berço da Psiquiatria brasileira" (Russo, J.A., 1993, p.9).

Como já pontuamos na introdução, segundo o relato de Russo (1993), até meados do século XIX, não havia no Brasil um lugar específico para a internação dos chamados alienados mentais. Os loucos eram internados nas Santas Casas sem nenhum tipo de cuidado ou tratamento especial.

Em 1852, através de um decreto imperial, foi criado o Hospício Pedro II, demonstrando uma preocupação da sociedade da época em conferir cuidados mais específicos aos loucos. O hospício foi criado antes mesmo de a Psiquiatria surgir como especialidade médica, sendo o encarregado de cuidar dos pacientes, no asilo provisório, um professor da Cátedra de Medicina Legal. Só em 1881, a partir de uma reforma do ensino médico, a Cátedra de Psiquiatria é criada, mas é interinamente ocupada pelo diretor do hospício, catedrático de Medicina-Legal.

Este retorno ao século passado tem a finalidade de mostrar que a Psiquiatria e a Medicina-Legal estão juntas desde o fundamento da história da Psiquiatria no Brasil, momento onde estas duas especialidades travam uma discussão que busca definir, através do saber médico, algo que até então cabia à esfera jurídica: o estatuto jurídico do louco criminoso.

“Estava em jogo aí a própria concepção de cidadania e dos direitos civis que a acompanham. Isto é, tratava-se de separar os indivíduos livres e iguais - donos de si - daqueles passíveis de serem tutelados pelo Estado” (Russo, J., 1993, p.9).

O aspecto médico - legal dominou por longo tempo o conceito de “emergência psiquiátrica” no Brasil. Até 1950, os pacientes eram recolhidos nas ruas ou em casa por viaturas policiais e colocados nas cadeias por longo espaço de tempo junto com detentos comuns. Eram tratados, assim, como casos de polícia, e o aspecto legal superpunha o aspecto médico nas formas de lidar com o problema da doença mental.

Em 1954, a partir de declarações do então diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), prof. Manfredini, a idéia de um novo tipo de emergência pôde se concretizar:

“O SNDM ressentia-se da falta de um pronto-socorro Psiquiátrico destinado a assistir e recolher doentes mentais agudos, na via pública ou em residência. Desde tempos imemoriais, o recolhimento de psicopatas vem sendo feito pela polícia civil, que, como é natural, dá aos doentes o tratamento de presos... São flagrantes os graves inconvenientes desse estado de coisas, pois que equipara simples doentes necessitados de terapêutica aos criminosos de toda sorte.” (Manfredini, 1954, apud Andrade, 1971, p. 10).

O primeiro núcleo de pronto-socorro psiquiátrico, inaugurado em 1955, e funcionando junto ao Instituto de Psiquiatria do Centro Psiquiátrico Nacional na zona norte do Rio de Janeiro, recolhia os casos de emergência em suas residências ou na via pública, e depois os acolhia por um período de pelo menos 72 horas.

Diante das inúmeras demandas que foram surgindo para esta nova forma de assistência, procurada não só por pacientes do Estado do Rio, como de outros estados do Brasil, foi inaugurado, em 1964, o Segundo Núcleo de Emergência Psiquiátrica situado na zona sul do Rio, junto ao hospital Pinel. Em uma situação de emergência, os doentes poderiam ser vistos em suas casas ou serem levados até o pronto-socorro para serem avaliados e medicados pela equipe de plantão, que definiria junto ao paciente e à sua família, os destinos possíveis para o mesmo: necessitando de internação e não tendo recursos ficaria no hospital Pinel ou nos

hospitais do Centro Psiquiátrico Pedro II; caso tivesse direito ao INPS seria encaminhado aos hospitais conveniados com o mesmo, e se a família decidisse por uma internação em hospital particular, o paciente seria transportado pela viatura do pronto-socorro.

Propondo um espaço e um tratamento específico, o pronto-socorro psiquiátrico foi criado com o fim de dar uma resposta médica às situações de emergência psiquiátrica:

“As equipes estão perfeitamente articuladas com todas as delegacias distritais, evitando, tanto quanto possível, que os casos de doenças mentais, tentativas de suicídio, de intoxicação pelo álcool ou pelos psicotrópicos, sejam tratados como emergências meramente policiais” (Andrade, O., 1971, p.11).

O aspecto preventivo.

Segundo Paula Cerqueira (1993), desde os anos cinquenta, época da criação do primeiro pronto-socorro psiquiátrico no Brasil, o discurso oficial da assistência em saúde mental vinha penetrando em novos campos do espaço social. A partir da segunda metade dos anos 60, na medida em que as propostas preventivas ou de saúde pública influenciavam a organização dos serviços em psiquiatria - principalmente as emergências - podíamos observar uma preocupação em inserir o sistema de cuidados psiquiátricos dentro de hospitais gerais.

O aspecto preventivo traz, em seu cerne, a preocupação em enquadrar a emergência no campo dos hospitais ou pronto-socorros gerais na forma de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais (UPHG) com a seguinte finalidade:

“...propor instrumentos de intervenção rápidos e precoces que tenham como objetivo a solução imediata do problema fora do circuito psiquiátrico e, em particular, destinam-se a reduzir as internações no hospital psiquiátrico” (Dell’Acqua, G. e Mezzina, 1991, p.53).

Com exceção do primeiro pronto socorro psiquiátrico, inaugurado em 1955 e criado a partir de justificativas predominantemente médico-legais, todos os outros tinham em comum a finalidade de reorientar e controlar as internações desnecessárias (cf. Cerqueira, P., p.58, 1993). A concepção, a partir desse momento, era a de que a psiquiatria deveria se inserir na montagem de práticas preventivas, invertendo a tendência dominante da época de conduzir os pacientes a internações sistemáticas. A crença era de que, prevenindo uma internação, prevenia-se o sujeito de dar início a uma “carreira” psiquiátrica onde seria intitulado doente mental e a longo prazo sofreria o que se chama de cronificação. Através de uma intervenção, a mais precoce possível, em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, onde o sujeito passaria um curto espaço de tempo e retornaria logo à sua comunidade, este processo de cronificação, segundo os defensores desta política, poderia ser evitado.

Em 1958, Lopes Rodrigues assume a direção do SNDM e faz da psiquiatria preventiva a causa de sua gestão. Ao constatar a política de internação como a principal em relação a pacientes considerados mentalmente doentes, ele inicia um combate radical ao “internamento” e ao “leito”, fazendo uma campanha fervorosa

através da seguinte tese: *"ou a psiquiatria preventiva devora o leito do doente mental ou o leito do doente mental devora o mundo"*:

"Só há e só haverá uma solução: uma resoluta marcha em direção ao combate ao leito, à agressão ao leito, à barragem ao leito" (Lopes, R., 1964, p.30).

A internação era considerada pelo autor como a última fase do que se tornava irremediável a ela. Através do Código Nacional de Saúde, Lopes Rodrigues encontra a porta de entrada para a jurisdição de sua grande causa. O primeiro artigo da regulamentação do novo código estabelece uma política nacional em relação à saúde mental orientada no sentido de prevenção da doença e redução ao mínimo possível de internações para doentes mentais. Outros artigos elaborados pelo autor apontavam para a criação de centros de elucidação diagnóstica em hospitais gerais - anexos psiquiátricos - a fim de impedir internações de sujeitos que não apresentassem nenhum tipo de doença mental. Em outro trabalho, ressaltava a possibilidade de se cassar licenças para funcionamento de estabelecimentos nosocomiais que fizessem internações em desacordo com os artigos citados acima.

Para Lopes Rodrigues e outros psiquiatras da época, ao se abrir um espaço para a psiquiatria preventiva, poder-se-ia, aos poucos, estreitar as portas dos manicômios. Esta modalidade da psiquiatria pretendia abrir um campo amplo de trabalho junto àqueles sujeitos que, ainda não identificados como doentes mentais, constituíam as cercanias da doença mental. A finalidade era de que, através dos pronto-socorros psiquiátricos, os sujeitos que chegassem à "porta" da instituição

psiquiátrica, tivessem a possibilidade de uma curta permanência nesta e de um rápido retorno para casa. Segundo o autor:

"Assim como se vacina contra o tifo, a varíola, a febre amarela, a Prevenção Psiquiátrica fará a vacinação contra a loucura" (Lopes, R., 1964, p.43).

A partir da constatação de que, entre 1965 e 1968, o número de internações e reinternações havia aumentado bastante no Brasil, foi criada uma comissão, em 1971, para estudar as bases de uma reformulação, a nível nacional, da assistência em psiquiatria. Este grupo criou um manual de serviço para este tipo de assistência dando ênfase ao desenvolvimento de recursos extra-hospitalares, aos objetivos de prevenção primária, secundária e terciária, e à formação de uma equipe multiprofissional.

Neste contexto de reorientar as distorções existentes nos atendimentos à saúde mental, é criado o serviço de emergência em São Paulo, no bairro do Brás, e a Central de Psiquiatria em Pernambuco:

"...um dispositivo capaz de disciplinar os internamentos na área das urgências, efetuando a triagem dos candidatos à internação. Esta experiência permitiu que se reduzissem os internamentos, nos primeiros meses de funcionamento, de 610 para 395 mensais..." (Medeiros, T. A., 1977, p.129).

Desde que foi fundado, em 1971, este serviço de emergência sofreu fortes resistências por parte de empresas hospitalares. Antes de sua instalação, as

internações eram feitas através de guias emitidas pelos ambulatórios psiquiátricos ou pelos supervisores hospitalares para sujeitos que iam diretamente às clínicas em busca de guias nos finais de semana ou à noite, quando os ambulatórios não estavam funcionando:

"Indivíduos vivenciando imensas dificuldades sociais (desemprego, subemprego, insegurança no trabalho, más condições de alimentação e de habitação) pressionavam fortemente os psiquiatras em busca de internamento para alívio passageiro de seus problemas e para garantir a manutenção de seus benefícios. Houve hospitais em certa época, em que o maior número de admissões correspondeu a de indivíduos que os procuravam como "casos de urgência", muitas vezes depois de o internamento ser-lhes negado no atendimento ambulatorial por não ficar caracterizada a ocorrência de grave perturbação mental" (Medeiros, T.A. de, 1977, p.130).

Diversos fatores reliberaram as internações que ocorriam como "urgências" nos hospitais conveniados, e os serviço de emergência do INPS de São Paulo e de Pernambuco começaram a declinar em 1974. Não sustentando-se diante de inúmeras resistências, extinguiram-se em 1975.

A partir da discussão sobre o aspecto preventivo da emergência psiquiátrica, podemos perceber que:

“Mesmo antes das diretrizes governamentais priorizarem a emergência psiquiátrica no hospital geral, a questão da emergência psiquiátrica no Brasil foi sempre pautada em uma visão administrativa, surgida basicamente com o propósito de controlar as internações tidas como desnecessárias... Acreditava-se que, uma vez reorganizados os serviços de emergência psiquiátrica, controlando-se as internações desnecessárias, estaria prevenindo-se o sujeito de dar início à sua carreira de doente mental, cujo estágio final seria a cronificação” (Cerqueira, P., p.60, 1993).

Parece-nos bastante problemático o caráter técnico-administrativo desta estratégia de deter ao máximo o fluxo de internações em hospitais. É como se as emergências fossem definidas segundo a função de controle meramente administrativo das internações, oferecendo apenas uma solução organizacional para a assistência em saúde mental sem se perguntar sobre outras propostas de tratamento ou sobre como interferir para que as internações pudessem ter outra forma de funcionamento. A criação e implementação das emergências psiquiátricas, no Brasil, não tinha qualquer relação com a estratégia desinstitucionalizante. O que estava em questão era o controle das chamadas deformações da organização do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro.

Pedro Gabriel Delgado (1987), discute e faz uma crítica a esta tendência da psiquiatria em seu artigo titulado “Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil”:

“Um caso típico de recurso assistencial nascido das próprias deformações do modelo psiquiátrico brasileiro são, no nosso entendimento, as chamadas “emergências”, modalidade quase meramente administrativa, surgida com a finalidade de “controlar” as internações tidas como desnecessárias” (Delgado, P.G.C., 1987, p.184).

Ele aponta que este tipo de serviço não pode funcionar a partir de uma visão técnico-administrativa da proposta de se evitar ao máximo as internações, mas:

“Trata-se do que poderíamos designar como a progressiva “devolução à comunidade” da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos” (Delgado, P.G.C., 1987, p.184).

A emergência psiquiátrica da CASSI Banco do Brasil / Casa Verde.

As duas formas de organização da emergência discutidas neste trabalho tem em comum o objetivo de efetivar um diagnóstico imediato do sujeito que procura o serviço e fazer uma intervenção terapêutica rápida com o fim de dar uma “solução” também rápida à crise. Para pensarmos a emergência psiquiátrica da qual fazemos parte, partiremos de um ponto de vista diferente do citado acima: privilegiaremos a emergência como um momento singular e complexo que deve ser acolhido e escutado em seu tempo, em seu ritmo, pelos profissionais do serviço para o qual aquele sujeito dirige o seu apelo. Diferente das abordagens anteriores, este último aspecto a ser discutido defende que:

“O tempo organizado e administrado pelo serviço deve se articular com o tempo próprio do paciente através da discussão das suas propostas e de suas iniciativas. O respeito ao tempo próprio do paciente é, assim, um ulterior fator de reforço/conservação das suas potencialidades de “sujeito” e não de “objeto”, dominado e instiucionalizado” (Dell’Acqua, G. e Mezzina, R., 1991, p.68).

Quando conhecemos a proposta de trabalho do Porta de Entrada do Banco do Brasil sentimos a importância de analisá-lo e de discutir o que nele se diferencia das demais práticas de emergência que foram apresentadas.

Localização do serviço.

O Porta de Entrada é uma emergência psiquiátrica que funciona no Hospital da Ordem Terceira da Penitência, no bairro da Usina, e serve aos funcionários e ex-funcionários do Banco do Brasil e a seus dependentes.

Esta primeira observação levaria o leitor a pensar que este serviço estaria enquadrado dentro do segundo enfoque dado à emergência psiquiátrica neste trabalho, onde as unidades psiquiátricas estão situadas dentro de hospitais gerais. É importante esclarecer que o fato de estarmos situados dentro de um hospital geral não nos coloca, necessariamente, dentro do aspecto preventivo da emergência psiquiátrica. Não trabalhamos em conjunto com os outros profissionais do hospital na discussão dos casos que chegam até nós, e não temos a perspectiva de efetivar uma intervenção o mais rápido e precocemente possível para que estes sujeitos possam estar o quanto antes distantes dos cuidados da Psiquiatria. O fato de

estarmos dentro de um hospital geral nos traz algumas facilidades no momento em que necessitamos de exames clínicos dos pacientes que se encontram internados quando iniciamos o uso de alguma medicação nova, desconfiamos de algum tipo de intoxicação medicamentosa, de um quadro orgânico importante, etc. Mas vale destacar que, mesmo se estivéssemos distantes dos cuidados deste hospital, a singularidade do nosso trabalho não seria de forma alguma afetada.

Se por um lado esta localização do Porta de Entrada, como foi apontado, nos traz alguma vantagem, por outro, gera alguns inconvenientes. Para esclarecer esta afirmação, destacaremos dois casos que são bastante ilustrativos, de dois pacientes que passaram pelo Porta, em épocas diferentes, e que tiveram como indicação de tratamento a internação em clínica conveniada. Durante esta internação, estes pacientes tiveram graves problemas clínicos e os hospitais pediram a reinternação destes sujeitos no Porta de Entrada por estarmos localizados dentro de um hospital geral, o que "facilitaria" o tratamento dos mesmos. As conseqüências deste tipo de reinternação são bastante complexas: estes pacientes ficam internados dentro de uma emergência psiquiátrica que não tem recursos para lidar com quadros orgânicos graves; os profissionais que estão acompanhando estes sujeitos na internação muitas vezes se omitem do caso, e aqueles que estariam aptos a atendê-los nesta situação específica, isto é, os médicos clínicos, optam por atendê-los dentro do nosso serviço, alegando "falta de vaga" na emergência do hospital, o que acentua a omissão e o preconceito já observado na clínica médica em relação aos pacientes nomeados "psiquiátricos". Tivemos que nos deparar duas vezes com o mesmo problema para resolver, em equipe, que não aceitaríamos mais os casos de

pacientes em que o quadro agudo fosse clínico, mas indicaríamos a sua internação diretamente na emergência clínica.

Quanto ao caráter preventivo das emergências psiquiátricas dentro de hospitais gerais, também tomamos cuidado para não sermos identificados, nem nos identificar, com a tendência meramente administrativa de evitar internações. Trabalhamos na direção de evitar internações desnecessariamente longas de pacientes em clínicas conveniadas através do trabalho de reavaliação regular dos mesmos por um profissional do Porta, e valorizamos a criação de novas formas de trabalho que questionam a lógica do compreender e agir da psiquiatria hospitalar, mas não deixamos de trabalhar com esta modalidade de tratamento quando sua indicação faz-se necessária.

Apresentação do serviço.

O Porta de Entrada tem três quartos com um total de cinco leitos para internação, duas salas que podem ser utilizadas nas entrevistas realizadas com os pacientes e no dia a dia, ora como espaço comum entre equipe e sujeitos internados, ora como possibilidade de um lugar mais privado para a equipe.

Os sujeitos que chegam ao Porta de Entrada ficam internados em acolhimento permanente de 24 horas durante um período de, no geral, três dias, para que a equipe possa trabalhar junto aos mesmos e avaliar o encaminhamento a ser oferecido para cada um. O tempo de permanência no serviço é, na realidade, bem mais flexível, sendo avaliado caso a caso, junto ao paciente, durante o tempo em que se encontra conosco.

A equipe do Porta de Entrada é constituída por psiquiatras, auxiliares de enfermagem, psicólogos e um assistente social. Os papéis, apesar de definidos em função da formação de cada profissional, não são incorporados por estes de forma que as posições se cristalizem. Acreditamos que para podermos escutar os sujeitos que nos procuram e realizar algum tipo de trabalho com os mesmos, é imprescindível que possamos sustentar um espaço aberto tanto na teoria que nos guia, quanto na prática que efetivamos. A equipe não deve estar pronta, no momento em que o paciente e sua família nos procuram, para *responder* a uma crise, mas para *acolher* esta crise. Tentamos construir assim, um espaço de disponibilidade afetiva que nos permita circular entre os outros profissionais, pacientes, familiares e amigos de pacientes, para que a partir destas trocas seja possível se pensar em um tratamento e um caminho diferente para o paciente.

No cotidiano de nosso serviço, tentamos estabelecer algumas diretrizes de trabalho a partir de uma conversa que temos com os pacientes e a equipe na parte da manhã, em um espaço denominado "Bom-dia". Neste, os pacientes tem a chance de falar, junto com toda a equipe do dia e com os outros internos, do momento que estão passando, do que pensam de sua internação e do serviço que oferecemos, falar de sua relação com outros pacientes ou técnicos e do que pretendem fazer durante aquele dia ou depois de sua alta. O cotidiano do Porta não é, assim, uma injunção de regras, mas um local de "invenção" diária a partir do discurso dos próprios internos.

Encontramos muitas vezes uma grande dificuldade em realizar as atividades propostas pelos pacientes ou pela equipe no início do dia, em função do estado de

crise e de depressão em que se encontram alguns sujeitos internados. Enquanto uns demandam atenção e troca contínua com a equipe, outros procuram o quarto e o silêncio durante o tempo em que permanecem na instituição. Em função do quadro dos pacientes que nos procuram, às vezes muito delicado, começamos a perceber alguns limites do trabalho no campo da emergência e a constatar que uma das "grandes oficinas" do serviço é o "estar com" os pacientes 24 horas por dia, escutando-os, acolhendo-os em suas demandas ou apenas deixando-os sós quando assim desejam ficar.

No dia a dia, sentamos com os pacientes na hora das refeições, vemos programas na televisão, conversamos na sala dos médicos ou na dos enfermeiros, ouvimos música, passeamos pelo pátio, etc. A proximidade do profissional com os pacientes e a sua disponibilidade em escutá-los em momentos no geral tão difíceis, parece-nos bastante produtivo na melhoria dos mesmos e na possibilidade de pensarmos nos encaminhamentos para cada caso.

Todas estas características do serviço fazem dele, em muitos casos, uma referência mesmo depois da alta do paciente. Muitos utilizam o recurso do telefone em uma hora de angústia e solidão, ou apenas para dizer-nos que *agora se sentem bem melhor*, outros vão até o PE para dormir uma noite em que sentem necessidade de algum tipo de acolhimento, e outros, ainda, vão passar uma tarde conosco ou conversar com algum profissional com o qual um laço mais estreito foi estabelecido.

Recursos a partir dos quais trabalhamos.

Pensamos a emergência não como um fim em si mesma, mas só fazendo sentido quando associada a outros tipos de cuidados já vivenciados pelo paciente anteriormente à sua internação, ou passíveis de serem experienciados depois de sua passagem pelo serviço. Trabalhamos constantemente com as famílias e com os profissionais dos casos que chegam até nós, durante sua internação e depois de sua alta, com o fim de discutir os direcionamentos sugeridos junto aos familiares e à equipe que já trabalha no caso, e refletir sobre os resultados dos encaminhamentos efetivados, dando sentido à nossa prática a partir dos seus efeitos.

Neste estudo, a emergência psiquiátrica será focalizada junto aos demais serviços que oferecemos aos pacientes. Contamos no momento com profissionais da área de acompanhamento terapêutico, enfermagem, psiquiatria e psicologia, e instituições como hospitais-dia, clínicas para internação e períodos mais longos de permanência no próprio Porta de Entrada.

Quanto a estes encaminhamentos, acreditamos ser fundamental romper com a idéia de uma naturalização dos planejamentos terapêuticos. Não pretendemos adaptar os pacientes aos recursos que temos, mas nos perguntar, junto a cada sujeito que chega até nós, qual o que pode ou não ser proveitoso para ele, naquele momento.

A indicação destes recursos é balizada pelos limites concretos dos mesmos, pela história individual do paciente, e pela história que ele constrói conosco dentro do serviço. Em relação ao primeiro ponto, o Banco não tem convênio com algumas instituições e alguns profissionais com as quais gostaríamos de trabalhar; isto é um limite que se coloca ao serviço e com ele temos que lidar.

O segundo ponto, a história individual do sujeito, é tudo o que ele nos traz de materiais anteriores à sua internação presente: sua história pessoal, familiar, a história de outras internações no próprio serviço e de outros tratamentos. São dados que resgatamos a partir de experiências anteriores com os pacientes que se reinternam, entrevistas com os mesmos, com a família, com amigos e com profissionais que lhes prestam assistência. Sabemos que a história anterior do paciente e a sua história atual não estão separadas, mas o que pretendemos ressaltar quando falamos da história que ele constrói conosco, são os materiais trabalhados durante o período de internação a partir das relações de transferência com profissionais da equipe.

Com a gama de recursos descritas, podemos sair do binômio internar ou não internar. Mas quais seriam as indicações para um caso de internação? Ou para um hospital-dia ou um acompanhamento terapêutico? Como já havíamos apontado mais acima, devemos romper com a idéia de naturalização dos planejamentos terapêuticos, e estar sempre nos perguntando, caso a caso, quanto às indicações dos recursos. É através da escuta do sujeito que nos procura, da escuta de sua família e de sua história de vida, que podemos nos situar quanto às indicações possíveis para cada caso.

A indicação de internação traz algo da ordem do insuportável, do limite, mas para quem? Para o sujeito? Para a família? Para a equipe? Estamos sempre "às voltas" com esta questão. É fundamental delinear-mos de onde vem a demanda para podermos pensar como caminhar caso a caso.

Vemos a internação se tornar necessária muitas vezes em casos de sujeitos com risco de vida, ou que se encontram em momentos muito críticos, mas com dificuldades de se vincular a outros recursos de tratamento. Já para a família e para a sociedade, a noção de periculosidade é um dos principais fatores para as justificativas para a internação: o paciente agitado, agressivo é aquele que pode se tornar perigoso.

Um problema com o qual temos nos deparado desde a constituição do serviço de emergência do Banco é a dificuldade de algumas famílias dos usuários em aceitar o fato de não conseguirem mais o "passe" direto à entrada no hospital psiquiátrico sem passar pelo nosso serviço. Observamos em alguns casos uma grande resistência dos familiares em relação ao fato de não "oferecermos" guias para internação assim que os pacientes chegam à emergência, já que, no geral, acolhemos o mesmo por pelo menos 72 horas, mesmo que depois seja indicada uma internação mais prolongada em uma clínica conveniada. A situação se agrava quando, depois de um período de avaliação do paciente no Porta, decidimos junto ao mesmo por uma não internação apesar das pressões da família para que este seja internado.

Muitas vezes os parentes dos pacientes tem dificuldades em aceitar o retorno do mesmo para casa, inserido em outras formas de tratamento, em função do próprio desconhecimento de outras modalidades de trabalho que não a internação. Sendo assim, trabalhamos sempre junto aos mesmos qualquer encaminhamento efetivado pela equipe e, apesar das dificuldades que ainda encontramos, temos observado

uma aceitação e compreensão cada vez maior destas outras formas de lidar com a saúde mental.

O acompanhamento terapêutico é uma das formas de aproximação do sujeito em grave sofrimento psíquico, e pretende possibilitar, a partir de um trabalho junto ao paciente, a ressignificação de seu sofrimento no contexto próprio de vida em que ele se insere.

Privilegiando o ambiente social do sujeito como espaço terapêutico, por estar nele inscrita a sua história, os acompanhantes situam-se em lugares inéditos para exercer sua função; o cotidiano do paciente, sua casa, as ruas da cidade, o hospital ou a clínica psiquiátrica transformam-se em um campo privilegiado de intervenções. Esta especificidade do trabalho cria condições ao profissional de efetivar uma intervenção mais direta na rede social que cerca a vida do paciente.

A direção deste tratamento é pensada junto ao sujeito e seus acompanhantes e nas reuniões de equipe, onde o andamento do caso é discutido. Mesmo que se tenha no horizonte algumas perspectivas em relação ao trabalho, não estabelecemos de antemão os objetivos do mesmo. O próprio acompanhamento irá responder, em seu cotidiano, sobre os caminhos a serem tomados. Em todas as vivências, o que importa é concretizar, dentro do possível, o que foi imaginado e desejado pelo paciente junto ao acompanhante terapêutico, que pode se situar em diferentes lugares nesta relação: ser uma referência para o sujeito, ou ficar mais atrás, deixando-o estar no mundo.

No acompanhamento, buscamos dar condições ao paciente de estabelecer conexões com o social que o cerca. Não com o fim de adaptá-lo a este social, mas possibilitar a produção de novos laços e de reinserção do mesmo em sua realidade social e familiar, respeitando suas diferenças e particularidades.

Nos hospitais-dia encontramos um ambiente bastante propício para investimentos na construção de laços sociais, podendo ser enriquecedor nos casos de sujeitos com uma rede social empobrecida. O paciente que frequenta um serviço deste tipo tem que possuir um certo grau de suportabilidade de inserção no coletivo, pois há um constante apelo ao mesmo para que entre nas atividades, para que se relacione com os grupos.

O contrato estabelecido sobre a frequência do paciente neste tipo de trabalho, sobre as oficinas a serem frequentadas, como as de pintura, de expressão corporal, de passeio, de escrita, etc., pode estar em constante mudança; é o sujeito, em sua relação com a equipe, que indica, passo a passo, quais as atividades oferecidas ou possíveis de se criar que lhe serão mais proveitosas naquele momento. É importante assim, relativizar a idéia de contrato. A partir de um acordo mínimo o contrato inicial vai sendo repensado em função das relações que se estabelecem entre o paciente e o serviço. Apesar de um certo grau de abertura para as oficinas mudarem em conjunto com as mudanças e investimentos do grupo, é importante que exista sempre um referencial, isto é, que as atividades possam ser marcadas de antemão e que se efetivem, mesmo que apenas um paciente esteja investido na programação do dia.

As oficinas possibilitam, em muitos casos, a viabilização do tratamento dos pacientes, provocando descristalizações e oferecendo possibilidades de eles se colocarem em outros lugares e vivenciarem novas experiências. O hospital-dia também pode ser uma alternativa para a internação em alguns casos, mas é importante que exista uma família que suporte um retorno do paciente para casa depois do horário dos trabalhos.

Quanto ao Porta de Entrada ser utilizado, em determinados casos, para um período maior de internação, é algo que deve ser avaliado cuidadosamente. Para alguns pode ser extremamente produtivo, para outros não. Discutiremos este ponto na conclusão e no último capítulo da tese a partir de um caso clínico que teve longa permanência no serviço.

Notas:

1 - Sobre o tema do nascimento da psiquiatria no Brasil conferir a tese de Doutorado de Carrero, Vera P. **O dispositivo da Saúde Mental: Uma metamorfose na Psiquiatria Brasileira.** IFICS - UFRJ, março 1990.

Capítulo II

O auxílio de dois conceitos para pensar o trabalho de emergência: a transferência e o diagnóstico diferencial.

A transferência.

A discussão sobre a escuta que efetuamos no Porta, sobre o olhar que dirigimos a cada sujeito que acolhemos, não prescinde do auxílio de alguns conceitos e procedimentos da psicanálise. Dentre eles destacamos a transferência e o diagnóstico diferencial, conceitos que permeiam o dia a dia de nosso serviço e que desenvolveremos em seguida.

Poderíamos pensar que, a princípio, o estabelecimento de uma relação transferencial não seria um fenômeno fundamental em um serviço de triagem em que o paciente é avaliado em um determinado período de dias, para que depois seja indicado algum tipo de tratamento para o mesmo. Isto é, receberíamos o paciente apenas para "diagnosticar" seus problemas, e indicá-lo a outros profissionais ou instituições que, aí sim, estabeleceriam algum tipo de laço mais estreito que pudesse sustentar o tratamento oferecido. A questão é que nós pensamos de forma bastante

diversa, e pretendemos, depois de esclarecer teoricamente o conceito de transferência mostrar, a partir da discussão de um caso clínico, que este fenômeno é imprescindível para o tipo de emergência que oferecemos.

A transferência na obra de Freud não é um conceito dado a priori, mas um fenômeno com o qual ele se depara em sua própria experiência clínica. No decorrer de seus textos, Freud articula a transferência a outros fenômenos clínicos, mas concedendo-lhe sempre um lugar central, fundamental na teoria e prática psicanalíticas.

Freud (1913) sustenta que o analista só deve fazer suas comunicações ao paciente quando uma forte relação transferencial for estabelecida com o mesmo, e dá a este fenômeno um caráter de fundamento da experiência analítica. No entanto, no início de sua obra, Freud pensava de forma diferente. Nos seus primeiros textos, a noção de transferência ocupava um lugar limitado no processo clínico e aparecia como um dos obstáculos da análise. Era a transferência resistência, que impedindo a rememoração do passado esquecido, deveria ser combatida e suprimida da análise.

“O que Freud nos indica, desde o primeiro tempo, é que a transferência é essencialmente resistente. A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar” (Lacan, J., 1964, p.125).

Nos Estudos sobre a Histeria (1893-95), o conceito de transferência ocupa um lugar limitado no processo clínico, aparecendo como um dos estorvos para o

tratamento analítico. Só no texto final destes Estudos, "A psicoterapia da histeria", é que Freud fala especificamente de transferência, mas sem atribuir a este conceito a extensão que lhe será dada posteriormente.

Freud (1895) questiona as perturbações da relação analista e analisando, considerando-as como o pior obstáculo para o tratamento analítico. Constata que esta dificuldade poderia ocorrer em três casos: quando o paciente ouve comentários desfavoráveis sobre o analista e sobre a análise; quando sente medo de ficar dependente do analista, ligando-se demais a ele; ou ainda, quando se assusta ao perceber que está transferindo para o analista idéias aflitivas que surgem na análise. É em função deste último caso que o conceito de transferência será discutido por Freud.

Freud (1895) observa que, durante o tratamento, as idéias recalcadas de seus pacientes ressurgiam com toda a sua carga afetiva. Por serem idéias ameaçadoras, ao invés de serem lembradas pelos pacientes, associadas ao seu passado e à sua história, elas tendiam a ser reproduzidas para o analista como se fossem experiências no presente. Uma transferência deste tipo é chamada por Freud de "falsa-ligação"; o desejo do analisando é ligado ao analista produzindo a mesma emoção que o forçara a repudiar este desejo. Discutiremos este ponto mais tarde quando Freud o retoma nos seus artigos sobre a técnica.

Antes mesmo do Caso Dora (1905A), onde Freud nos oferece uma concepção mais precisa do conceito de transferência, encontramos este termo no texto "A interpretação dos sonhos" (1900-1901). A transferência aparece aí como equivalente aos processos gerais das formações do inconsciente. Os desejos inconscientes se

apoderam dos restos diurnos, em si mesmos insignificantes, carregando-os de uma nova significação e produzindo os sonhos. Ocorre então uma *transferência*, um deslocamento dos desejos em direção a uma representação aceitável à consciência. O sintoma, os chistes, os lapsos de linguagem estariam, assim como os sonhos, submetidos a este tipo de transferência. Esta ainda é uma concepção muito geral de transferência. Só a partir do Caso Dora é que surge uma significação mais precisa deste conceito.

No epílogo do Caso Dora, Freud afirma que o analisando transfere para o analista vivências passadas como se fossem experiências pertencentes ao presente, e dá a este fenômeno o nome de transferência. O desejo do analisando se liga ao analista de tal modo que não há exterioridade deste em relação ao inconsciente daquele, o analista faz parte da economia psíquica do analisando.

A transferência, deslocada da periferia para o centro do processo analítico,

“...não pode ser evitada, com efeito é usada para produzir todos os impedimentos que tornam o material inacessível ao tratamento” (Freud, S., 1905A, p.101).

Ao constatar que a transferência é inevitável, Freud já apresenta indícios de que além de obstáculo, ela tem que se converter em possibilidade de tratamento.

Um novo campo da clínica foi construído a partir do Caso Dora (1905A). Cada fracasso é utilizado por Freud como um incentivo para novas construções. Sua autocrítica, em função do malogro do caso, recai sobre a sua escuta. Freud afirma

que não soube escutar o discurso de sua paciente, dando ouvidos apenas ao que aparecia claro, coerente, e que lhe era entregue com facilidade.

“Não consegui dominar a transferência a tempo em função da facilidade com que Dora colocava minha disposição no tratamento uma parte de material patogênico, esqueci de tomar precaução de estar atento aos primeiros sinais de transferência que se preparava com outra parte deste mesmo material, que eu todavia ignorava” (Freud, S., 1905A, p.103).

Freud se dá conta de que níveis mais fragmentários como os sonhos, as falhas do discurso, são fundamentais na escuta analítica.

“Quanto mais o texto que o sujeito nos dá é incerto, mais ele é significativo. É na dúvida mesma que o sujeito manifesta sobre certas partes do sonho, que ele, Freud, que o escuta, que o espera, que está lá para revelar o seu sentido, reconhece justamente o que é importante” (Lacan, J., 1953-54, p.57).

Como nos ensina Lacan (1953-54), a degradação da palavra no esquecimento, no silêncio, no ato falho, prova que ela está em relação ao outro. Na análise, o que não faz sentido, o que não aparece claramente para o analisando se dirige ao outro em busca de um sentido que lhe seja revelador. A palavra funciona como mediadora entre o sujeito em busca de sua verdade, e o analista suposto saber esta verdade.

Na época da publicação do Caso Dora (1905A), Freud rompe definitivamente com a "Psicoterapia da Histeria" (1895) e com os seus postulados principais. Neste texto a transferência se situava num lugar periférico, era considerada apenas uma das resistências que interferiam no processo de tratamento. A partir da publicação do caso, a transferência é deslocada da periferia para o centro da neurose, ainda como empecilho, resistência, mas constituinte do próprio campo analítico.

Todos os sintomas, todas as formações do inconsciente do analisando ganham uma nova significação, a significação de transferência; se enquadram no campo analítico e estão transferidas para o analista. Em relação ao que é transferido, não há novidade na passagem de um texto para outro:

"Uma série de vivências psíquicas anteriores não é vivida como algo passado, mas como vinculada à pessoa do médico" (Freud, S., 1905A, p.101).

No Caso Dora, Freud já oferece indícios de que a transferência não pode ser apenas resistência:

"A transferência, destinada a ser o maior obstáculo para a psicanálise, se converte em seu mais poderoso auxiliar se sua presença puder ser detectada a cada vez, e explicada ao paciente" (Freud, S., 1905A, p.103).

Segundo Miller (1984), Freud concebe mais tarde os "Artigos sobre Técnica" (1911-1915) como uma tentativa de responder aos impasses produzidos na análise pela transferência, fenômeno este que domina, em definitivo, toda a cena analítica,

levando o autor a pensá-la fundamentalmente neste campo. A principal preocupação de Freud neste período, era estudar a transferência no quadro da clínica, e sua inquietude quanto ao manejo desta pelo analista é o eixo que liga os três artigos que pretendemos focalizar dentro da coletânea dos seis artigos publicados com o nome de "Artigos sobre a técnica".

Em "A dinâmica da transferência", Freud nos oferece uma rica exposição sobre as operações da transferência no campo da análise. No primeiro parágrafo ele já indica qual será o seu conteúdo:

"Gostaria de, nas páginas seguintes, acrescentar algumas considerações destinadas a explicar como a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico, e como vem ela a desempenhar neste seu conhecido papel"
(Freud, 1912, p.133).

Neste momento da obra de Freud, as coordenadas fundamentais da técnica estão estabelecidas no âmbito do fenômeno da transferência. Inicialmente, o autor nos dá uma explicação mais geral deste, para depois investigar a sua especificidade na análise. Ele afirma que qualquer sujeito, insatisfeito em suas necessidades amorosas, tende a dirigir seus investimentos libidinais, em sua dimensão consciente e inconsciente, a cada nova relação que se apresente. A transferência que se constitui na análise é um caso particular desta exigência amorosa que se realiza para o sujeito em todas as suas relações.

A transferência não é um fenômeno causado pela especificidade da clínica psicanalítica, é um fenômeno que diz respeito à própria neurose. Para Lagache (1980), é um produto da disposição para transferir, isto é, da libido introvertida e em busca de satisfação. E é esta disposição, nos dirá Freud mais adiante, que possibilita ao analista influenciar o paciente com suas intervenções.

Para compreender o papel que a transferência desempenha no tratamento analítico, torna-se imprescindível, segundo Freud, pensarmos as suas relações com as resistências. Todo o trabalho analítico, na tentativa de desfazer as repressões, se depara com as resistências oriundas da instância repressora. A transferência surge servindo a estas resistências, de forma que o recaiado, ao invés de ser memorado, é transferido para o analista e se anuncia por sinais de resistência (Freud, 1912). As fontes desta resistência são forças que determinaram anteriormente o recalamento e que agora ressurgem contra o trabalho de investigação.

Freud nos oferece, como exemplo, o instante em que as associações do paciente cessam no processo analítico, e sugere em seguida que esta interrupção pode ser removida assim que o analista explicar ao paciente "que ele está sendo dominado, momentaneamente, por uma associação relacionada com o próprio médico, ou com algo a este vinculado" (Freud, 1912, p.135). O autor garante ao analista que seguir sua recomendação, uma mudança radical no quadro: ou as associações não mais faltarão, mas estarão apenas sendo retidas por sentimentos de desprazer, ou a interrupção será imediatamente removida.

Todo o trabalho analítico, neste momento, visa a interpretar e superar as resistências de transferência. Nestas encontram-se, fundamentalmente, as forças que se opõem à continuidade da análise, isto é, que levam o paciente a desprezar sua regra básica, *“que estabelece que tudo que lhe venha à cabeça deve ser comunicado sem crítica...”*(Freud, 1912, p. 142).

Freud busca elucidar porque a transferência expressa a resistência mais forte ao tratamento. Para este fim, ele afirma a necessidade de se fazer uma distinção entre transferência positiva e negativa. A primeira se expressaria por sentimentos afetuosos admissíveis à consciência e por sentimentos eróticos e inconscientes, enquanto a segunda se expressaria por sentimentos hostis. Os últimos - eróticos e hostis - seriam responsáveis pelas resistências, e os afetuosos auxiliariam a análise.

O mecanismo do processo psicanalítico pode ser fundamentado como o manejo da transferência. Manejá-la seria transformá-la de obstáculo em possibilidade para o tratamento, isto é, “desmascarar” e analisar a transferência em sua dimensão negativa e erótica, e conservar a dimensão amável, terna, que permite o processo analítico:

“Se ‘removermos’ a transferência por torná-la consciente, estamos desligando apenas da pessoa do médico aqueles dois componentes do ato emocional; o outro componente, admissível à consciência e irrepreensível, persiste, constituindo o veículo de sucesso na psicanálise, exatamente como o é em outros métodos de tratamento” (Freud, S., 1912, p.140).

Freud afirma incessantemente a necessidade de controlar os fenômenos transferenciais, de manejá-los em proveito da análise. Mas se por um lado eles obstaculizam parcialmente o processo analítico, por outro, eles revelam, na atualidade da sessão, os desejos inconscientes do sujeito. A transferência presentifica o material recalçado, ao mesmo tempo em que bloqueia o acesso a ele; o ponto em que a rememoração se estanca é essencialmente o ponto de relançamento do desejo. Cabe ao analista escutar neste ponto o indício de uma aproximação do paciente da verdade do seu desejo.

No artigo "Recordar, repetir e elaborar" (1914A), Freud afirma que a transferência recobre definitivamente toda a dimensão do processo analítico, a ponto de o autor afirmar a constituição de uma neurose de transferência, patologia artificial própria da análise.

Freud discute a noção de neurose de transferência, no sentido de uma neurose criada no processo analítico a partir das repetições dos conflitos infantis do paciente. Este fenômeno, específico da análise, se constitui por uma "falsa ligação": um desejo recalçado no passado é deslocado para o analista; o desejo é original e legítimo, mas o objeto de investimento (analista) é atual e ilegítimo, pois substitui e encarna no presente as vivências passadas do paciente.

Freud constata em sua experiência que enquanto uma parcela de pacientes se comporta na análise como na hipnose, predominando o trabalho de rememoração, outros traduzem em atos suas experiências passadas, e a análise se constitui por estas repetições. Neste caso,

“...podemos dizer que o paciente não recorda coisa alguma do que aconteceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (acts it out). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo.” (Freud, S., 1914A, p.196).

Constitui-se assim, a neurose de transferência; através da repetição, o material recalado é colocado dentro do campo e alcance do tratamento. O analista se encontra no centro desta neurose, é o seu receptor essencial, todos os sintomas e comportamentos patológicos do paciente se transformam em fenômenos transferenciais, possibilitando que um trabalho sobre eles seja efetuado.

Segundo Lacan (1988), o sujeito suposto saber apareceria na clínica como um lugar que o analista ocupa em relação aos fenômenos transferenciais, este seria constituinte da transferência, dando-lhe suporte. Lacan nos indica ainda que, para que a análise seja possível, é necessário que o analisando produza um erro subjetivo. O erro seria acreditar que todo saber que lhe falta, tudo o que se transformou em pergunta na expectativa de uma resposta, já encontra pronto no analista:

“Nessa relação de um a outro, institui-se uma procura da verdade em que um é suposto saber, ou pelo menos saber mais que o outro” (Lacan, 1964, p.131).

É importante ressaltar que o analista não deve se identificar com a posição de saber que ocupa diante do paciente. Ser sujeito suposto saber não é deter a verdade

que concerne ao sujeito, é funcionar como aquele que possui o saber enquanto se trata de garantir a experiência analítica. Para garanti-la, o analista assegura ao paciente que o que este diz tem um sentido, é interpretável e será valorizado na análise.

A abstenção do analista, sua recusa em responder a esta demanda de saber se funda no princípio de que é ao sujeito que cabe reencontrar o sentido de seu discurso. Toda demanda de saber denuncia uma demanda de amor, isto é, representa um pedido por parte do paciente de ser amado pelo analista, mas *“satisfazer os anseios de amor do paciente é tão desastroso para a análise como sufocá-los”* (Freud, 1915, p.196). O amor de transferência não pode, no entanto, ser suprimido, pois é equivalente a uma força pulsional que mobiliza o trabalho do analisando. Satisfazê-lo por outro lado, seria ser infiel à própria regra da psicanálise, que é associar livremente, rememorar ao invés de repetir na sessão.

O analista torna-se destinatário da demanda pulsional do paciente, está na posição do que contém o objeto que falta a este, mas o compromisso dele é com o desejo, é instaurar o lugar onde o sujeito possa se fixar como desejo. O objeto do desejo não é algo determinado, é uma criação inconsciente e apenas um indicador da realidade. Com efeito, o desejo é sempre insatisfeito, caminha em busca de um objeto que por definição é indeterminado e inapreensível. É só na medida em que o analista sabe o que é o desejo, mas se coloca em posição de ignorante em relação ao que o sujeito em análise deseja, é que ele está em posição de ter deste desejo o objeto (Lacan, 1960-61, p.195). Na medida em que o objeto do desejo é

inapreensível em sua totalidade, diante do desejo do analista e do vazio que ele causa, só resta ao analisando continuar desejando.

Episódios embaraçosos e perturbadores que surgiam na análise, levaram Freud a escrever um artigo no final de 1914 e publicá-lo no ano seguinte. Último dos artigos técnicos, foi escrito com a finalidade de alertar psicanalistas sobre os perigos do enamoramento na transferência (Gay, 1988).

Em "Observações sobre o amor transferencial" (1914B), o fenômeno da transferência aparece mais uma vez como centro das preocupações técnicas de Freud. Ele começa o artigo afirmando que no início do processo analítico, todo o analista principiante ficará "convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência" (Freud, 1914B, p.208). A transferência positiva em sua face erótica será, neste texto, a causa dos maiores problemas enfrentados na clínica.

Num primeiro momento Freud faz uma descrição do amor de uma paciente pelo analista e mostra-nos seus incômodos diante deste:

"...determinado por tantos e tão complicados fatores, é tão inevitável e tão difícil de esclarecer, que uma discussão sobre o assunto, para atender a uma necessidade vital da técnica analítica, já há muito se fazia necessária." (Freud, 1914B, P.208).

Em relação a este enamoramento, o senso comum defenderia a interrupção do tratamento, mas o analista, nos ensina Freud, deve pensar de forma diferente. Ele tem de partir do pressuposto de que este amor é consequência da própria situação

analítica e de que o paciente repetirá este comportamento diante de cada novo analista que procurar, e mesmo se procurar outro tipo de tratamento que não a psicanálise, o fenômeno se repetirá, com a desvantagem de não ser trabalhado, dificultando enormemente o restabelecimento do paciente.

Reconhecer que este amor é provocado pela análise e não pelos encantos de sua pessoa, permite ao analista efetuar sua função. Este fato, *“significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente”* (Freud, 1914B, pp.209-210).

Freud (1910) já havia descrito o fenômeno da contratransferência como efeito das influências do paciente sobre os complexos e resistências inconscientes do analista. Como prevenção a este fenômeno, indicava uma auto-análise a todo aquele que pretendia ser analista.

Como já vimos nos outros artigos, a transferência erótica aparece como um estorvo para o tratamento. Para que o analista se convença da importância de não interrompê-lo, é fundamental que saiba que este amor, que leva o paciente a se desinteressar pelo tratamento e por seus sintomas, e a só exigir dele a correspondência, é mais uma forma de resistência criada pela situação analítica.

Freud anuncia uma posição inédita que o analista deve tomar diante da transferência erótica. Recomenda primeiramente que este não deve se deixar levar pelas exigências da moralidade, que determinam que o paciente deve renunciar a todos os sentimentos expressos na análise e que o analista não deve, de maneira alguma, aceitá-los ou retribuí-los.

“Encontro-me, nesta ocasião, na feliz posição de poder substituir o impedimento moral por considerações da técnica analítica...” (Freud, 1914B, p.213).

A crítica mais incisiva de Freud recai sobre a primeira exigência da moralidade. Segundo o autor, seria completamente insensato que o analista levasse a paciente a suprimir o material inconsciente exatamente no momento em que ele é oferecido ao tratamento. Ele tem que ter em mente que a sua exigência de amor é apenas a repetição de condutas inscritas no decorrer de sua vida, e que ressurgem em função da mobilização dos afetos pela análise. Quanto ao ponto seguinte, o analista não deve repelir o amor da paciente, mas apenas oferecer substitutivos para apaziguar as suas necessidades e anseios que servem de força para o trabalho analítico.

Se, por outro lado, estes anseios amorosos fossem satisfeitos, a paciente teria realizado o que todos os pacientes aspiram na análise; teria atuado o material que deveria ser lembrado, teria sido infiel à regra fundamental da psicanálise: verbalizar, recordar, em vez de repetir, no presente da sessão. Diante das declarações de amor do paciente só resta ao analista interpretar, mostrar o caráter

de repetição de experiências anteriores que possui este amor, aplicando a regra da abstinência. Mesmo que seja complicado e embaraçoso ao analista dizer não aos fascínios do amor da paciente, Freud foi incisivo quanto à necessidade da neutralidade do analista como meio de controlar a contratransferência.

Parece-nos que Freud se mostrou hesitante em relação a algumas de suas recomendações técnicas, mas foi categórico quanto à regra da abstinência. A concepção metodológica desta regra foi lançada neste artigo de 1914, mas se desenvolveu em 1918:

*“...o tratamento analítico deve ser efetuado, na medida do possível, sob privação, num estado de abstinência”
(Freud, 1918, p.214).*

Abstinência, segue Freud, não é agir sem nenhuma significação, o que seria impraticável, mas conceber substitutos, de acordo com a dinâmica da doença e da recuperação de cada caso. Apesar disto, deve-se estar cômico de que durante o tratamento uma condição de privação deve ser sempre mantida. A regra de abstinência é, segundo Birman,

*“uma forma de impossibilitar por parte do analista e analisando as satisfações pulsionais, para que eles se submetam radicalmente à experiência analítica...”
(Birman, 1991, pp. 205-206).*

Os três artigos discutidos, são basicamente desenvolvidos por Freud em função de um fenômeno que ele observa em sua própria clínica: mesmo nos

pacientes mais empenhados na análise, a transferência aparecia como a resistência mais forte ao tratamento. Preocupado em estudar este fenômeno no quadro do processo analítico, Freud nos indica como manejar a transferência para que de obstáculo ela se transforme numa aliada do tratamento.

No primeiro artigo discutido, ele afirma que o analista deve interpretar a transferência em sua dimensão negativa e erótica e conservar a dimensão amável, que permite o processo analítico. No segundo, manejar é transformar a compulsão à repetição do paciente num motivo para recordar. No último, ao analista é recomendado analisar o amor de transferência, mostrando o caráter de repetição de experiências anteriores que ele possui.

Será que podemos afirmar uma equivalência entre estas três recomendações de Freud em prol da continuação do tratamento? Parece-nos que sim, que Freud aponta nos três textos para uma mesma questão: Manejar a transferência em sua vertente de empecilho, de estorvo para o tratamento, em busca de saídas para a continuação do mesmo.

É importante ressaltarmos aqui que manejar não é eliminar a transferência em sua vertente de obstáculo para o processo analítico, mas trabalhar "com e a partir" dela. Este fenômeno possibilita que o material recalado seja colocado na atualidade da sessão e que um trabalho sobre ele seja efetuado.

Diagnóstico.

Discutiremos agora o conceito de diagnóstico diferencial, conceito este que, como a transferência, permeia o cotidiano do Porta de Entrada.

O diagnóstico não é o fator essencial nos encaminhamentos que realizamos no serviço, mas nos vemos sempre as voltas com esta questão. Sendo assim, é importante nos perguntarmos, quando estamos pensando em definir o diagnóstico de um sujeito, para que nos servirá esta nomeação, em que ela nos auxiliará. Será que ele é mais importante na definição do medicamento prescrito aos pacientes do que na escuta clínica do mesmo? Como o diagnóstico poderá ser um auxílio no trabalho e não paralisar-nos na ilusão de que para cada estrutura existe um tratamento ideal? Tentaremos discutir estas indagações a partir do estudo do conceito de diagnóstico em psicanálise.

No início de sua obra, em 1895, Freud ressalta a importância de se distinguir as diferentes neuroses no campo da clínica, abrindo um espaço para se discutir a questão do diagnóstico em psicanálise. Ao aplicar o método de tratamento de sintomas histéricos pela investigação e ab-reação dos mesmos sob hipnose, Freud depara-se com alguns problemas e vê-se forçado a pensar no que realmente caracteriza a histeria e o que a diferencia das outras neuroses. Determina-se assim, a investigar a etiologia e a natureza dos mecanismos psíquicos em cada um dos seus casos.

Para Freud, era preciso um certo tempo de análise para se efetuar um diagnóstico, mas a decisão sobre o mesmo e a forma de terapia a ser adotada "tem de ser tomada antes de se chegar a qualquer conhecimento minucioso do caso" (Freud, S., 1895, p.254).

Sendo assim, apesar do diagnóstico em psicanálise não ser prévio à própria experiência analítica, é no início do tratamento, mais precisamente nas Entrevistas

Preliminares que sua definição está em jogo. Em nossa prática, tentamos efetuar o diagnóstico nas primeiras entrevistas que temos com os pacientes, a partir do lugar em que eles nos colocam em seu discurso e a partir da história que nos relata.

A importância do diagnóstico na orientação da análise é ressaltada por Freud:

“Estamos chegando agora, também, à opinião de que se deve modificar a técnica psicanalítica em certos setores de acordo com a natureza da doença e das tendências pulsionais predominantes no paciente. Partimos do tratamento da histeria de conversão; na histeria de angústia (fobias), devemos alterar, em certa extensão, o nosso procedimento” (Freud, S., 1910, pp.130-131).”

Joel Dor (1991) afirma que a questão do diagnóstico leva-nos a um certo “embaraço” técnico quando nos deparamos com a experiência da clínica psicanalítica. Para ele, mesmo sendo possível “balizar o terreno”, circunscrever certas entidades nosográficas estáveis, não podemos, a partir destas balizas, prejudicar a pertinência da prática de um analista.

Não há em psicanálise, a implicação lógica que encontramos na medicina entre um diagnóstico e o tratamento ideal; a psicanálise leva em conta o processo singular de cada sujeito. Daí podemos concluir que um ato analítico não pode ser

pura consequência lógica de um diagnóstico realizado, mas um fazer-se a partir de uma escuta.

No texto "Psicanálise Selvagem" (1910), Freud nos alerta para os perigos de se trabalhar em psicanálise a partir da causalidade lógica com que se trabalha na medicina. Ele nos relata a história de uma senhora que o procura em função de estados de ansiedade que lhe acometeram após o divórcio de seu último marido. Ela lhe relata que procurara anteriormente um médico que lhe dissera que a causa de sua ansiedade era a sua intolerância quanto à falta de relações sexuais com o seu marido, e que ela tinha três alternativas de tratamento: voltar a ele, ter um amante, ou satisfazer-se consigo mesma. Como sua ansiedade aumentara muito após esta primeira consulta, ela procura Freud, nomeado pelo primeiro médico como responsável por esta descoberta de tratamento.

Freud supõe que o médico consultado considerara que a dama vinha sofrendo de neurose de angústia apenas em função do estado de ansiedade que ela lhe apresentara, e faz uma crítica corrosiva a este tipo de conclusão precipitada e à recomendação de tratamento feita por aquele.

Como já falamos acima, não podemos efetuar em psicanálise, uma indicação de tratamento a partir de uma simples consequência lógica de um diagnóstico. Para Freud, um analista:

"...jamais poderá acreditar que a satisfação sexual, só por si, constitua um remédio de universal eficácia para os sofrimentos neuróticos" (Freud, S., 1910 A, p.209).

A crítica de Freud recai também sobre a forma pela qual o diagnóstico foi efetuado, isto é, pela simples observação do sintoma apresentado pela paciente:

“Uma pessoa padecendo de ansiedade não está por esta razão necessariamente sofrendo de neurose de angústia, semelhante diagnóstico não se pode fundamentar sobre a designação [do sintoma], tem-se de saber que sinais constituem uma neurose de angústia e ser capaz de distingui-la de outros estados patológicos que também se manifestam por ansiedade” (Freud, S., 1910, p.210).

Bem antes desta colocação, em 1895, Freud já havia levantado esta questão. Preocupado em diferenciar os casos que vinham ao seu consultório, em diagnosticá-los, ele já alertava os seus discípulos quanto ao perigo de se rotular de histérica qualquer paciente que apresentasse os sintomas característicos desta neurose:

“Não era certo rotular de histérica uma neurose, em sua totalidade, só porque alguns sintomas histéricos ocupavam um lugar de destaque em seu complexo de sintomas” (Freud, S., 1895, p.256).

Sendo assim, não há inferências estáveis entre causas psíquicas e efeitos sintomáticos para se determinar um diagnóstico. Um sintoma, em si, não diz a estrutura. A observação direta do diagnóstico em psicanálise não tem valia sem o discurso do paciente, sem sua fala subjetiva e endereçada ao analista. Esta é uma

preocupação dos profissionais do Porta, pensar a questão diagnóstica a partir do lugar em que o paciente nos coloca em seu discurso, a partir da relação transferencial que estabelece conosco, e não apenas a partir dos sintomas apresentados pelo paciente.

Segundo Calligares (1989), a hipótese da psicanálise é a de que a partir da transferência, o próprio discurso do analisando vai poder trazer sinais de sua estrutura, e o analista, incluído nesta estrutura mesma, poderá formular uma idéia diagnóstica deste sujeito. O diagnóstico é, então, feito diretamente na estrutura do campo analítico, a partir da fala do paciente e da relação transferencial estabelecida.

Como vimos acima, Freud nos fala da importância de se distinguir sintomas de sinais na busca de um diagnóstico estrutural. Joel Dor (1991) diferencia os sintomas dos traços estruturais; afirma que estes últimos são testemunhas primordiais da economia do desejo do sujeito e fundamentais na efetivação de um diagnóstico. Mas por que viés estes traços estruturais ou os sinais ressaltados por Freud podem ser resgatados no processo de análise se não pela via do discurso do analisando? Como efetuar um diagnóstico diferencial senão através da escuta atenta da demanda do sujeito?

Lacan é enfático quando afirma:

*“Que ela se pretenda agente da cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise só tem um meio: a fala do paciente”
(Lacan, J., 1988, p.112).*

A experiência psicanalítica recebe da linguagem, "*seu instrumento, seu marco, seu material e até mesmo o zum-zum de suas incertezas...*"(Lacan, J., 1988, p.225).

Se a fala do paciente pode nos apontar sua estrutura, é porque os traços estruturais devem ser buscados no registro simbólico

"onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do Complexo de Édipo: a inscrição do Nome do Pai no Outro da linguagem tem por efeito a produção da significação fálica, permitindo ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos" (Quinet, 1991, p.23).

Discutiremos este momento da travessia do Complexo de Édipo a partir da noção de falo em Lacan, discutida por Joel Dor (1991) em "Introdução a leitura de Lacan".

No curso do Édipo, encontramos primeiramente a criança na posição de identificar-se ao falo da mãe (mãe no lugar do Outro da linguagem), isto é, identificar-se ao objeto que supostamente complementaria esta mãe e supriria sua falta primordial. Com a entrada do pai na cena, ou ainda, de uma instância terceira qualquer que medie e aponte o desejo da mãe para além da criança, esta relação dual é rompida. A partir daí, a criança começa a questionar o lugar de objeto único de desejo da mãe, e coloca a questão de seu próprio desejo, de sua relação com o falo, inscrevendo-se na partilha dos sexos,

“...aceitando, então, a castração simbólica, ele tende a identificar-se, seja com o sujeito suposto não tê-lo, seja pelo contrário, com aquele suposto tê-lo” (Dor, J., 1991, p.25).

Em ambos os casos, caímos no campo da neurose, na histeria e na neurose obsessiva respectivamente.

É importante ressaltarmos neste momento a importância do conceito de “Outro”, em Lacan. Este termo nos aponta para o fato da determinação da estrutura de um sujeito ser estabelecida no campo da linguagem, e não necessariamente a partir de “pequenos outros” familiares e imaginários que circundam o sujeito. O termo mãe que está sendo utilizado é, na verdade, uma metáfora do “Grande Outro” utilizada pelos autores citados.

Como a histérica presentifica a sua relação com o Outro primordial?

Ela se vê como não tendo sido suficientemente amada pelo Outro, como não tendo sido o objeto que poderia complementar e satisfazer o desejo materno. Não se identifica assim, com o objeto ideal, o falo da mãe, mas com um objeto incompleto. Em função desta relação primeira, a identidade histérica se caracteriza por ser sempre insatisfatória e frágil:

“Ali onde não há material simbólico, há obstáculo, falha na realização da identificação essencial à realização da sexualidade do sujeito...o sexo feminino tem uma característica de ausência, de vazio” (Lacan, J., 1955-1956, p.202).

A histérica se torna assim, uma "militante do ter" (Dor, J., 1991), caminha em busca de uma identidade fálica que lhe dê possibilidades de inscrever-se e encontrar um lugar no Outro, um Outro privador do falo, e portanto, portador de uma dívida. A histérica procura mostrar as falhas do Outro, marcando seu caráter desejante, para que via alguma brecha, possa engatar-se aí. O mesmo ela fará com o analista no campo transferencial.

O obsessivo, contrariamente à histérica, se vê como tendo sido excessivamente amado pelo outro, investido como objeto privilegiado do desejo da mãe. Neste sentido, Joel Dor (1991) os nomeia de "nostálgicos do ser".

Neste caso, ao mesmo tempo em que a criança se depara com a instância paterna que media a sua relação com a mãe, e entra no campo da neurose, ela percebe que o desejo materno não é satisfeito por esta instância. É entre a inscrição da lei do pai e a não satisfação do desejo da mãe, que a criança se coloca como aquela que pode suprir esta hiância deixada. Esse apelo à suplência, leva o sujeito a persistir em uma identificação fálica, ao mesmo tempo em que se sente ameaçado pelo pai:

"...existe sempre no obsessivo uma incerteza constante entre o retorno regressivo a uma identificação assim, e a obediência à lei e às implicações que esta supõe" (Dor, J., 1991, p.99).

O obsessivo se esforça para completar o outro, para lhe dar garantias e anular desta forma o seu desejo, ao mesmo tempo em que está submetido à lei da

castração. Este movimento contraditório gera nos obsessivos um sentimento de culpa em relação ao pai.

Como fica o desejo do obsessivo nesta passagem de ser o falo da mãe para identificar-se com o que poderia suprir o desejo materno?

“...a partir do momento em que o desejo é separado da necessidade, ele é imediatamente tomado pela mãe insatisfeita que encontra aí um objeto de suplência possível” (Dor, J., 1991, p.103).

Nesta passagem, a criança não tem tempo de mediatizar o seu desejo, que carrega sempre uma marca da necessidade. Buscando anular o campo do desejo em prol do necessário, que ele crê que lhe dará acesso ao gozo, o obsessivo trabalha incansavelmente para que nada falte ao outro. Oferecendo-lhe todas as garantias, o sujeito faz de tudo para matar o desejo e submeter tudo a regras. Para este fim, o obsessivo está sempre alerta, e não pára de pensar e preencher de significantes todo o campo do outro.

Como nos pontua Lacan (1955/56), a estrutura de uma neurose é fundamentalmente uma questão, enquanto a questão histórica diz respeito à sexualidade, à busca de uma identificação fálica que lhe responda sobre o seu sexo, a obsessiva diz respeito à sua própria existência, ao seu ser. Os tipos clínicos se situam assim, diversamente quanto ao desejo, estruturado não como uma resposta, mas como uma questão:

“O que caracteriza a posição histérica é uma questão que se relaciona precisamente com os dois pólos significantes do macho e da fêmea. O histérico a formula através de todo o seu ser - como se pode ser macho ou ser fêmea? À maneira histérica de questionar ou...ou..., opõe-se a resposta do obsessivo, a denegação, nem...nem...nem macho, nem fêmea. Essa denegação se faz no fundo da experiência mortal e a ocultação de seu ser à questão, que é uma maneira de ficar a ela suspenso” (Lacan, J., 1955-56, pp.283-284).

Depois desta discussão acerca das características essenciais da estrutura neurótica em psicanálise, falaremos sobre o diagnóstico estrutural na psicose.

Em um artigo de Freud de 1913, a questão do diagnóstico está fundamentalmente referida à importância de se distinguir neurose e psicose no início da análise. Para ele, o estabelecimento desta distinção seria essencial para que o analista não cometesse o equívoco de iniciar o tratamento de um caso para o qual a psicanálise não pudesse constituir-se como método mais apropriado. O analista, nos adverte Freud:

“não pode cumprir sua promessa de cura, se o paciente está sofrendo, não de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia, e, portanto, tem motivos particularmente fortes para evitar cometer equívocos no diagnóstico” (Freud, S., 1913, p.166).

Apesar de Freud se mostrar, em diversas passagens de sua obra, bastante convicto quanto a contra-indicação da psicanálise para a análise das psicoses,

encontramos indícios de que ele parecia não abrir mão da busca de um tratamento possível para as mesmas. Em 1905 afirma que o tratamento psicanalítico não é apropriado para as psicoses, mas não considera

“nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar esta contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses” (Freud, S., 1905, p.247).

Bem mais tarde, em 1924, vemos novos indícios de que Freud acreditava na possibilidade de se trabalhar com a psicose no campo da psicanálise. No texto “Uma breve descrição da psicanálise”, ele fala do desenvolvimento da mesma para além do tratamento especializado das neuroses. Afirma que durante um período de isolamento: *“...tornou um caso de doença paranóide, parcialmente inteligível através de uma investigação analítica” (Freud, S., 1924, p.253).*

E finalmente, no mesmo texto, escreve que:

“...o estudo psicanalítico das neuroses constitui a única preparação para uma compreensão das psicoses, e que a psicanálise está destinada a tornar possível uma psiquiatria científica do futuro, que não precisará contentar-se com a descrição de quadros clínicos curiosos” (Freud, S., 1924, p.254).

Qual a especificidade da estrutura psicótica frente à estrutura que problematizamos, a neurótica?

Discutimos anteriormente o curso do Édipo na neurose, a inscrição do significante fálico na mediação da suposta relação de completude estabelecida entre a criança e a mãe. Falamos assim de uma instância terceira que entrava nesta relação dual, "tirava" a criança da posição de objeto de gozo da mãe, e abria um campo de possibilidades para que esta criança pudesse se perguntar sobre o seu próprio desejo.

Pretendemos fazer uma analogia, a partir do que foi discutido em relação ao curso do Édipo na neurose, entre esta estrutura e a psicótica. Apesar da referência ao Édipo ser fundamentalmente uma característica da neurose, tentaremos pensar a psicose a partir do que discutimos sobre aquela estrutura.

"Pelo fato de o primeiro tempo do Édipo constituir o momento anterior à inauguração da cadeia de significante do sujeito e antes que o Outro seja barrado, pode-se fazer uma analogia desta posição de ser objeto da mãe com a do sujeito psicótico em relação ao Outro" (Quinet, A., 1990, p.20).

É como se na psicose, diferentemente da neurose, não houvesse a entrada de uma instância terceira para falhar a relação estabelecida entre a criança e a mãe. Este Outro da criança, carente do significante fálico, seria absoluto e detentor de um gozo do qual ela seria definitivamente o objeto.

O psicótico reproduziria, na sua relação com o Outro, o primeiro momento do Édipo, situando-se não como um sujeito em relação a este Outro da linguagem, mas como um objeto. Lacan (1955/56) define bem este lugar que o psicótico ocupa no campo da linguagem. Afirma que enquanto o neurótico habita a linguagem e toma daí a sua fala,

“como não ver na fenomenologia da psicose que tudo, do início até o fim, se deve a uma certa relação do sujeito com essa linguagem, de uma só vez promovida ao primeiro plano da cena, que fala sozinha, em voz alta, com seu ruído e seu furor, bem como com sua neutralidade? Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído, pela linguagem” (Lacan, J., 1955/56, p.284).

Como nos aponta Lacan (1955/56), o fato de o psicótico não ter atravessado a prova do Édipo, a castração simbólica, leva-o a uma impossibilidade de integrar-se a um certo jogo de significantes concernente ao discurso que sustenta o cotidiano. Observamos assim, como marca essencial desta estrutura, os distúrbios de linguagem, e particularmente as alucinações.

Discutimos o diagnóstico em psicanálise, isto é, o diagnóstico estrutural, e pudemos esclarecer de onde a psicanálise parte para efetuar-lo. Mas e a psiquiatria, de onde ela parte na elaboração do mesmo?

A investigação do diagnóstico em psiquiatria se dá primordialmente pela via dos sintomas do paciente, é a partir dos dados fenomenológicos da relação que se estabelece entre psiquiatra e paciente, enquanto objeto de estudo, que se torna

possível àquele elaborar uma hipótese diagnóstica deste. Esta investigação permite alguns níveis de refinamento: do diagnóstico sindrômico, através de uma primeira observação do conjunto de sintomas e comportamentos do paciente, a um diagnóstico mais elaborado, estabelecido a partir de uma relação de confiança entre paciente e psiquiatra, onde um maior número de materiais poderá ser resgatado.

Na Psiquiatria o diagnóstico é condição de uma terapêutica, é preciso efetuarlo para o psiquiatra ter clareza nas prescrições medicamentosas, tratar e "curar" os sintomas do paciente, e decidir sobre os procedimentos a serem adotados em cada caso: internar, medicar, conter? A psiquiatria não "funciona" senão a partir da elaboração de um diagnóstico, é o ponto de partida do tratamento, sem esta referência fica o não saber insuportável sobre como agir ou como legitimar as ações.

O diagnóstico estrutural, discutido neste trabalho, abre um campo de investigação que não reduz o sujeito aos seus sintomas, mas tende a pensar a estrutura a partir do lugar em que o sujeito nos coloca em seu discurso diante do estabelecimento de uma relação transferencial. Neste campo transferencial, o sujeito tende a colocar o profissional no lugar do Outro a quem dirige suas demandas, possibilitando a este o acesso à organização simbólica que representa a estrutura do sujeito. Em psicanálise é o paciente que instaura a relação terapêutica a partir de uma transferência dirigida ao analista, diferente da psiquiatria, onde a terapêutica é instuída a partir do diagnóstico dado pelo psiquiatra.

A identificação do analista é com o "não saber", ou com o "ser sujeito suposto saber", constituinte de sua posição. Para o psiquiatra, ficar neste lugar é algo da

ordem do insuportável, pois o "saber" sobre o diagnóstico do paciente é condição de sua terapêutica. A elaboração de um diagnóstico em psicanálise não tem, assim, a urgência que tem na psiquiatria, pois, para o analista, é a transferência que funda um campo de tratamento.

Trabalhamos no Porta de Entrada com equipes multidisciplinares, com diferentes leituras sobre o conceito de diagnóstico, o que acarreta diferentes olhares e formas de investigação. Experimentamos assim, uma oscilação entre a efetuação de um diagnóstico baseado na teoria psicanalítica, discutida neste trabalho, e a de um diagnóstico sintomatológico, baseado nos dados fenomenológicos que se apresentam na relação paciente e psiquiatria.

Em relação a este último ponto, é importante um certo cuidado quando efetuamos um diagnóstico que tenha os sintomas do paciente como única referência para sua elaboração. Ao ficarmos preocupados em observar os fenômenos apresentados pelo sujeito, podemos impedir a construção de um espaço de fala e de escuta onde os materiais inconscientes do mesmo possam emergir. Ao invés de ficarmos preocupados apenas em diagnosticar e curar os sintomas, é imprescindível que possamos escutá-los, deixando que o sujeito fale deles, pois assim como os sonhos, os ato falhos, os chistes, e todas as outras formações inconscientes, o sintoma tem um sentido que é sempre revelador.

O Porta de Entrada é um serviço de emergência, o que nos leva a tomar algumas decisões em relação ao tratamento do paciente a tempo de fazer algo que possa ajudá-lo no momento crítico em que muitas vezes se encontra. Para medicar, por exemplo, é preciso, em muitos casos, elaborar uma hipótese diagnóstica o mais

rápido possível. Apesar de nos depararmos com este tipo de urgência, tentamos, sempre que possível, respeitar o tempo do paciente constuir algum tipo de vínculo com o serviço, e aguardamos este tempo para podermos elaborar um diagnóstico e decidir como proceder em cada caso. Este é um conflito que experimentamos em nossa rotina, e a partir do qual estamos aprendendo a trabalhar. O psiquiatra tem podido suportar mais a tensão da dúvida diagnóstica e conseqüentemente da dúvida de como proceder em cada caso, de como responder às solicitações que lhe chegam, e o analista tem podido trabalhar a partir de uma relação diferente com o tempo, com o tempo singular de um serviço de emergência.

Capítulo III

Uma discussão acerca de um caso clínico: uma nova perspectiva de tratamento para um paciente que vinha utilizando a internação como única possibilidade de resposta às suas crises.

Toda a discussão que apresentaremos abaixo é baseada nas evoluções escritas de um caso e nos debates travados pelos profissionais que trabalham no Porta de Entrada.

História pessoal e familiar.

F. nasceu em 64, tem 32 anos, e é aposentado pelo Banco do Brasil. Entrou para o banco em 1979 como "menor aprendiz", tendo sua primeira crise e internação um ano após esta data, com 16 anos. Antes desta crise, já havia cursado o segundo ano do segundo grau com excelente rendimento escolar em um período em que juntava os estudos ao trabalho. Chegou quase a completar o segundo grau mesmo depois de sucessivas internações.

Da primeira internação, em 1980, seguiram-se cerca de outras 35 nos últimos 16 anos, sendo que a última foi há dois anos atrás. O paciente realiza tratamento ambulatorial com um médico-assistente desta clínica na qual vem sendo internado, desde a data da primeira crise.

F. mora com sua mãe e três irmãs de 20, 25 e 28 anos em uma casa alugada no subúrbio do Rio de Janeiro. Uma das irmãs, a mais nova, é filha de um segundo casamento da mãe do paciente, e é a que tem melhor relação com o mesmo. Ela tem um envolvimento sério com drogas, chegando a passar dias fora de casa em um morro próximo ao bairro onde moram. A mais velha tem problemas de depressão passando grandes períodos em que fica dias dormindo e tomando antidepressivos em casa. A do meio é a que parece trazer menos questões à família, aparecendo raramente em seu discurso. Atualmente trabalha e tem um namorado, ficando a maior parte do tempo fora de casa.

Quando F. era criança, seu pai ficou preso durante o período de 70 à 73 por questões políticas; era marinheiro e, na época, militante da esquerda. Segundo sua mãe, foi bastante traumatizante para todos, em especial para F., o momento em que ele foi pego à força em casa e levado preso por militares, ficando durante longo tempo ausente. A ausência paterna é uma característica afirmada constantemente tanto pelo paciente como por sua mãe.

Os pais de F. se separaram em 1976 e F. ficou morando com a mãe e as irmãs. Desde a separação, o pai não mais os ajudou, indo morar em 1991 em outro estado, sem deixar o endereço com a família. Antes desta viagem, F. era o único

filho que ia procurar o seu pai, indo aos domingos jogar xadrez com o mesmo, "um amante deste jogo", segundo relatou-nos o paciente.

F. traz em seus comportamentos duas características que não o separam do pai: carrega um tabuleiro de xadrez para todos os lugares onde vai, se preparando para participar de campeonatos, e apresenta uma fixação por lutas, por super-heróis fortes e musculosos que, parece, conservam algo que o pai lhe deixou na memória. Apesar destas características, F. praticamente não falou sobre seu pai durante todo o período em que ficou internado no Porta. Este assunto só apareceu com maior intensidade depois de um tempo de sua alta do serviço, primeiro junto aos acompanhantes terapêuticos que trabalham em sua casa, depois em uma conversa comigo, em uma de suas últimas visitas ao Porta.

Internação

F. foi trazido ao PE, junto com sua mãe T., devido a um quadro de agitação, insônia e sintomatologia paranóide. Ele havia ameaçado agredir familiares em casa e havia se desentendido com os vizinhos por acreditar que estavam perseguindo-o: "*estão me perseguindo, estão me controlando*". A equipe de remoção relatou-nos grande dificuldade em trazer o paciente até o serviço, tendo sido obrigada a contê-lo e medicá-lo para este fim.

Depois de liberado da contenção, apesar de falar ininterruptamente, e de estar com um quadro grave de agitação, nos acalmamos ao perceber que o paciente não

era agressivo, pelo contrário, foi mostrando-se ao longo de sua internação, cada vez mais dócil à equipe.

Nas primeiras horas de internação, F. permaneceu no PE andando de um lado para o outro, procurando fazer várias coisas, mas sem se concentrar em nada do que tentava fazer. Era difícil entender o que estava dizendo pois o seu pensamento encontrava-se extremamente acelerado, como se estivesse em pleno quadro maníaco, hipótese diagnóstica inicial a partir dos comportamentos e sintomas apresentados pelo paciente. Mesmo com toda esta agitação, F. respondeu às abordagens verbais e aceitou bem a medicação prescrita.

Uma das primeiras coisas que o paciente pediu, repetidamente, assim que se deparou com os profissionais do serviço, foi para que não fosse internado e nem lhe fossem aplicados eletrochoques. Este foi um ponto que reapareceu durante todo o início de sua internação: o medo dos choques, tratamento utilizado com o mesmo durante as suas internações na clínica conveniada. O paciente repetia assim, no presente, experiências ameaçadoras vividas no passado. Revivia o medo e a ameaça dos eletrochoques de suas internações anteriores, transferindo inicialmente para o nosso serviço toda a carga afetiva que acompanhava este temor. A partir desta transferência F. pôde deslocar para a equipe os materiais que o afligiam, permitindo que um trabalho sobre os mesmos pudesse aos poucos ser efetivado.

A partir da escuta do paciente, começamos a perceber que F. resgatava, através dos horrores das internações anteriores, caracterizadas por sessões de eletrochoque, algo da história traumática que ficara para ele da prisão de seu pai. Este havia sido preso e torturado por "facistas" dentro da cela, enquanto F., durante

estes anos todos, havia ficado preso em uma instituição psiquiátrica, sendo torturado através de eletrochoques por um psiquiatra que o paciente nomeava de "filho de facista". É como se a história de F. falasse um pouco da de seu pai, é como se ele resgatasse algo da presença desta figura paterna, no real, através de suas terríficas experiências.

Quando chegou ao serviço, a mãe do paciente, T., afirmou que a família não suportava conviver com F. *"quando está em crise; ele fica agitado, sem dormir direito, não deixa ninguém dormir em casa, ficando todo mundo muito nervoso"*. *"No período entre as crises ele é acanhado e quieto, fica grande parte do dia no quarto vendo televisão, e apesar de algumas manias se comporta praticamente como uma pessoa normal"*. O que nos deixou surpresos, desde o início, foi a fala da família de que esta era *"uma das piores crises de F. em anos de internação"* e que, sendo assim, *"deveríamos interná-lo imediatamente"*. A partir destas afirmações e do conhecimento do drama familiar do paciente, começamos a perceber as dificuldades que teríamos ao trabalhar uma nova possibilidade de tratamento para o mesmo junto a uma família com uma posição radical em relação à internação, e com um grau tão baixo de tolerabilidade diante das crises de F..

A mãe do paciente chegou ao serviço como se estivesse ali apenas para pedir uma guia de internação, e estranhou as mudanças no banco: ter que passar por uma triagem antes de internar seu filho. A história das crises deste resumia-se a tratamentos medicamentosos e internações prolongadas, sem que se pudesse marcar um diferencial em seu percurso pela psiquiatria. O que o serviço que oferecemos poderia trazer de diferença neste percurso? Como trabalhar uma família

que, a partir do que lhe havia sido oferecido até então cristalizou a lógica: crise, logo, internação? Estas são algumas das perguntas que nos fizemos no dia a dia de F. no serviço, principalmente a partir de um apelo do próprio paciente de não ser internado na clínica onde fora amarrado e exposto à sessões de eletrochoques.

Período de permanência no Porta de Entrada: 25 dias.

Primeira semana: os fantasmas de suas internações anteriores, o pavor dos eletrochoques e o início de uma relação com os profissionais do Porta.

Durante toda a primeira semana, o paciente permaneceu insone e inquieto, sua fala era extremamente rápida e por vezes incompreensível. Percorria o espaço (pequeno) do serviço diversas vezes por dia, buscando contato com todos e demandando uma atenção continuada, mas sem conseguir concentrar-se nos assuntos ou atividades oferecidas. Quando chamávamos o mesmo para uma volta pelo hospital, apesar da aparente confiança na equipe, surgia o horror de estarmos levando-o dali para uma internação. Eis o relato de uma auxiliar de enfermagem:

“teve medo de sair para dar uma volta no pátio com o auxiliar W. achando que ele lhe faria alguma coisa longe daqui, chegou a ter taquicardia; eu disse que ele só iria se quisesse, ele se tranqüilizou e disse: vou ficar aqui bastante tempo, porque aqui estou bem”.

Este relato fala de uma transferência ambivalente que F. começava a estabelecer com o serviço: sentia-se acolhido mas ao mesmo tempo desconfiado, recusando-se terminantemente a sair para passear no hospital com medo de que o

levássemos dali para outra clínica, ou que fossemos realizar sessões de eletrochoque com ele em outro lugar. O paciente apresentava, simultaneamente, um vínculo negativo e positivo com a equipe, os seus sentimentos afetuosos auxiliavam o nosso trabalho e os hostis, repetições de suas internações anteriores, apareciam como uma resistência a ver o nosso serviço como diferente dos outros pelos quais ele já havia passado. F. trazia assim uma série de vivências psíquicas anteriores não como algo do passado, mas como vinculadas, no presente, ao nosso serviço. Esta transferência, destinada a ser um obstáculo para o nosso trabalho, se convertia em um auxílio cada vez que podia ser detectada e trabalhada junto ao paciente.

Enquanto F. descartava, aos poucos, a possibilidade de ser internado em outro lugar, sua mãe nos pressionava para que ele fosse para uma clínica onde *“já esteve várias vezes, e onde sempre melhorou”*. Teríamos que aguardar que algum tipo de vínculo se estabelecesse com esta família para que a mesma pudesse nos escutar quanto à possibilidade de outra forma de tratamento para F., diferente da que vinha sendo oferecida para o mesmo até então.

No decorrer da primeira semana, o vínculo do paciente com a equipe e com o espaço do PE ia mostrando-se mais consistente, o que possibilitava-nos iniciar um trabalho junto ao mesmo; restava-nos saber da disponibilidade da família em se aproximar mais dos profissionais do serviço. A crença era a de que, a partir de um laço desta família com o Porta, e do manejo desta relação pela equipe, poderíamos possibilitar uma mudança de investimento da mesma em relação ao próprio paciente. Almejando construir este espaço de troca começamos a pensar na possibilidade de prolongar a internação do paciente no serviço. Este prolongamento não era a

garantia de que F. não seria internado em outro lugar por mais tempo, mas era uma aposta de que algo pudesse mudar em seu percurso pela psiquiatria. A sua mãe já vinha visitando-o com bastante frequência, mas resolvemos marcar horários certos para reuniões.

Na primeira entrevista marcada, T. falou bastante da família como um todo; dos problemas das irmãs de F., do drama de sua própria infância, e da dificuldade financeira por que estavam passando. Quando perguntamos como era ficar com F. em casa quando se encontrava como nesta internação, ela nos respondeu:

“...é o caos, nós não suportamos conviver com ele deste jeito, andando de um lado para o outro, não deixando ninguém dormir em casa. Chega a ser perigoso quando ele sai na rua e faz algumas loucuras, arriscando sua própria vida, como já aconteceu outras vezes em que voltou para casa de licença das internações”.

Este era um ponto que precisava ser levado em conta; T. nos alertava para um limite da família em relação ao quadro de agitação em que F. se encontrava. Ela contou-nos, durante a entrevista, de períodos em que seu filho ficava internado na clínica conveniada e recebia licenças para passar alguns finais de semana em casa *“que se transformavam em um verdadeiro pesadelo”*, onde F. saía para as ruas e *“não se sabia como ou se voltaria”*.

A partir da escuta da mãe do paciente, uma pergunta começava a nos mobilizar: como, no momento da alta, sem que o paciente estivesse apático (como a família o descrevia fora das crises: *“dorme o dia todo ou fica vendo televisão, chega*

a ser acanhado”), poderíamos marcar alguma diferença em relação às licenças das internações anteriores, tão dolorosas para a família?

Desde os primeiros contatos com o paciente, questões ligadas ao diagnóstico diferencial foram colocando-se para a equipe. Os comportamentos apresentados, como o quadro de agitação durante todo o início de sua internação, a rapidez de sua fala, a impossibilidade de concentrar-se em qualquer atividade oferecida; o tipo de relação com os profissionais, não conseguia escutar o que tínhamos a lhe dizer ou oferecer, mas falava compulsivamente, indo de uma agitação alegre para uma tristeza que o fazia derramar-se em lágrimas, hora sentia-se bem, seguro dentro do serviço mas depois temia que lhe fizessemos mal, levaram-nos à hipótese de um quadro maníaco-depressivo. Ao mesmo tempo, o diagnóstico dado por seu médico anterior, de esquizofrenia paranóide, e a própria queixa de F. de estar se sentindo perseguido por seus vizinhos e desconfiado em relação a alguns técnicos, nos deixaram com algumas dúvidas que oscilavam entre esses dois pontos. A questão era que as suas desconfianças em relação à equipe de que iríamos dar-lhe eletrochoques ou interná-lo em outro lugar, estavam pautadas em experiências vividas pelo paciente em suas últimas internações, o que não dava às mesmas um caráter delirante.

A partir da observação de uma sintomatologia maníaca mais acentuada, e de um não retorno de uma sintomatologia de cunho paranóide, foi discutida a introdução de litioterapia com o seu médico assistente, que, por sua vez, concordou com a nova medicação prescrita. Quem temeu esta mudança foi a mãe de F., que disse ter

“ouvido falar que este remédio curava os pacientes e estava extremamente temerosa de que seu filho perdesse os seus direitos de tratamento no banco”.

Já se haviam passado as primeiras 72 horas da internação de F.: ou ele ficava conosco mais tempo, na expectativa de que o quadro se estabilizasse e de que um trabalho mais consistente com a família pudesse ser feito, ou teríamos que decidir por uma internação mais prolongada em outra clínica. F. pedia para continuar no Porta e fazia bons laços com toda a equipe, os psiquiatras haviam introduzido um novo medicamento no tratamento do paciente e almejavam poder acompanhar os efeitos do mesmo, assim como controlar as prescrições diárias. Estávamos dispostos a trabalhar com esta família e observar as possibilidades de aceitação da mudança de tratamento para F. com a entrada de um acompanhante terapêutico no caso. Em função de todos estes fatores, decidimos, junto ao paciente e aos seus parentes, a continuidade da internação do mesmo no PE.

Segundo a opinião de um dos psiquiatras:

“o paciente deverá permanecer por aqui até pelo menos uma semana do uso do lítio. Devemos trabalhar junto à família a idéia de evitar internação prolongada e viabilizar um acompanhamento terapêutico.”

No final desta primeira semana avaliamos melhora no quadro de aceleração do paciente. F. já conseguia concentrar-se em algumas atividades propostas, aceitar limites impostos pela equipe e dormir bem à noite. O curioso é que não parecia, até

este momento, incomodado com o fato de estar internado conosco; sempre muito simpático com todos, nunca perguntava sobre a sua alta.

Segunda semana: uma mudança no quadro, uma afetividade intensa em relação à equipe, e um trabalho a ser mais aprofundado com a família.

Na segunda semana, F. já passeava pelo hospital sem desconfiar de internação ou de eletrochoque, escrevia e oferecia poesias para os técnicos - algumas de amor para algumas técnicas em especial - e desenhava cada um de nós que passávamos pelo serviço. Quanto a seu quadro, me utilizo das palavras de um colega:

"...observo melhora bastante satisfatória do quadro. F. hoje é uma pessoa atenciosa, bem humorada, carinhosa, que tem um pequeno inconveniente: fala muito, de forma rápida e trocando os assuntos, e está inclusive consciente desta morbidade. Se houvesse condições familiares, ele poderia, sem dúvida, hoje ir para casa e continuar seu tratamento lá. Uma internação mais prolongada, com uso de ECT, a meu ver, já foi evitada. Acho que ele entende muito bem a mudança que isto representa no sentido de ser tolerado em sua diferença, tratado com mais respeito e dignidade."

Uma das novidades desta semana foi a de que o paciente começou a reclamar da internação; alegando estar há muito tempo no P.E., começou a nos questionar quanto à alta de outros pacientes, e quanto ao fato de ainda estar ali conosco.

Depois da entrevista descrita com a mãe do paciente, marcamos outra para conversarmos junto à família a possibilidade de uma primeira licença para F. - que dormiria um dia em casa e depois retornaria ao PE para que pudéssemos avaliar uma possível alta para os próximos dias - e a entrada de um acompanhante terapêutico durante e depois de sua internação no Porta. A indicação deste trabalho foi avaliada em função de alguns pontos observados pela equipe: a difícil dinâmica familiar, o lugar de "doente" e "causa" dos problemas familiares que F. ocupava, e o empobrecimento gradual de sua vida entre os períodos de internação.

Durante a reunião, a proposta de um acompanhante terapêutico foi bem aceita pela família, mas a idéia de uma licença para casa a assustava. Falaram-nos da grave depressão da filha mais velha, do fato de nenhuma das irmãs sustentarem F. nesta hiperatividade em que se encontrava, e do despejo que estariam sofrendo. A estrutura familiar era realmente delicada, mas ficava clara a indisponibilidade da mesma em receber F. em casa sem que estivesse *"dormindo grande parte do dia e vendo televisão em seu quarto"*, como era descrito o comportamento do mesmo quando estava fora da crise. Falamos da importância da implicação da família no processo de restabelecimento do paciente e na possibilidade de F. poder sair um pouco do ambiente do serviço e passar um dia em sua casa.

Diante da negação de sua mãe, F. ficou assustado com a idéia da licença e recuou, pedindo o seu adiamento. Conseguimos por fim fechar a possibilidade de um passeio durante o dia, e um retorno para o serviço no final da tarde, conciliando o receio da família e de F., com a necessidade deste sair um pouco do ambiente do P.E. e começar a trabalhar a sua alta junto aos seus familiares. O relato de um

colega fala um pouco dos efeitos desta reunião nos vínculos transferenciais do paciente e da sua família com a equipe:

“Apesar de toda esta situação tensa, me parece que a mobilização em função da licença foi positiva. F. ficou mais tranqüilo, demonstrando confiança na equipe, ao perceber que não estávamos ali para “tramar” sua internação junto a T.. Me parece que sua mãe também, ao perceber que estávamos escutando suas dificuldades.”

Sem uma posição fechada, foi possível escutar F. e sua família em contraposição à direção que havíamos pensado em dar ao caso. A mãe do paciente constatou que estávamos atentos aos seus limites naquele momento em que todo aquele tratamento aparecia como algo inédito em suas vidas ao mesmo tempo em que se mostrava bastante curiosa em conhecer o novo profissional que trabalharia em sua casa. Acolhendo bem esta nossa indicação de tratamento mostrava que algum tipo de confiança em relação à equipe começava a constituir-se. Quanto ao relato de um outro colega em relação a reunião:

“Imagino ser intensamente delicada a ocasião, precisamente porque é uma “passagem” que pode, ou não, selar um novo momento de tratamento para F.. Sua permanência aqui (em contraposição à internação em clínica conveniada), a introdução de carbonato de lítio e a entrada do acompanhante terapêutico, apontam para novidade. A leitura que F. e a família podem fazer disto, provavelmente será decisiva. Sua saída do P.E. deve ser cercada de cuidado”.

Teceira semana: A alta de F. e o retorno para casa.

Na última semana de internação, apesar de ainda um pouco acelerado, F. já concentrava-se mais nas atividades oferecidas e havia produzido vínculos fortes com os profissionais e usuários do serviço. Em relação a uma paciente internada ele estabeleceu uma relação amorosa, chegando a pedi-la em casamento algumas vezes e oferecendo-lhe flores compradas depois de um passeio com sua mãe e irmã mais nova. Com outros pacientes que foram tendo alta no decorrer de sua internação, uma ansiedade começava a surgir: porque estas pessoas vão embora e eu continuo aqui?

A equipe e o paciente não estavam mais vendo porque protelar a sua permanência no PE, e apesar das dificuldades que ainda eram apresentadas pela família em acolher este retorno, marcamos a data da alta junto a um trabalho de acompanhamento terapêutico em casa - o acompanhante já vinha trabalhando com F. no Porta e constituiu uma boa relação com ele - e possíveis visitas do mesmo e de sua mãe para conversar conosco no serviço.

Durante a reunião em que foi marcada a volta para casa, T. conseguiu abrir-se um pouco mais com a equipe: falou sobre a filha mais nova que saía de casa constantemente para usar cocaína, ficando dias fora, e de sua hipótese em relação ao vício da mesma: *“uma fuga desde que descobriu que não gosta de homem, só de mulher”*; sobre a mais velha que passava os dias em casa dormindo e usando comprimidos para depressão; e sobre os problemas de sua vida pessoal, o *“sumiço”*

do primeiro marido e a morte do segundo, que era "alcóolatra". Falou durante um longo tempo sem precisar tocar no nome de F. na maior parte da conversa. A partir de um laço com a equipe, T. conseguiu deslocar um pouco a questão de F. para outras questões de sua vida, possibilitando que este pudesse sair, minimamente, do lugar de "objeto causa" de todos os problemas da família, para inscrever-se nesta trama como um sujeito, com seus problemas e singularidades.

Começamos a trabalhar a alta em dois sentidos, para que a família pudesse receber F. em casa e vice-versa. Foram introduzidas, em 20 dias, modificações em uma história de repetições de mais de 15 anos. O acompanhamento terapêutico traria à tona, certamente para o paciente, as dificuldades que se encontram em seu núcleo familiar, proporcionando a emergência e abordagem destas. A perspectiva de alta, apesar de desejada por ele, também o assustava. Sua mãe começava a acreditar que a entrada de um profissional em casa poderia ajudá-la a lidar com as suas outras filhas também. Bem mais confiante na equipe, principalmente pelo fato da alta ter sido decidida junto à família do paciente, e de se ter organizado um esquema de tratamento para o mesmo fora do PE, T. encontrava-se mais aberta às nossas intervenções.

Sobre a aceitação da alta pela família fico com o comentário de um dos profissionais do serviço:

"Apesar da delicadeza do quadro familiar, T. já está bem mais flexível à nossa indicação de tratamento. Temerosa com o retorno de F. para casa na segunda-feira, principalmente por causa das irmãs, se mostra ao mesmo tempo mais confiante na equipe quando lhe mostramos que a alta não é o fim do tratamento, e quando afirmamos que além do trabalho de A.T. em casa, estaríamos abertos e interessados em conversar com ela e seu filho após a alta do último".

Uma das grandes dificuldades durante a internação de F. no PE foi a de manejar a transferência estabelecida entre sua família e o nosso serviço. Tivemos o cuidado de esperar o tempo singular da mesma em estabelecer vínculos de confiança e credibilidade na equipe, para intervirmos com mais afinco nos materiais dirigidos a nós. Os sentimentos hostis, apesar de responsáveis pela resistência à novidade do tratamento que estávamos oferecendo, eram os únicos aos quais tínhamos inicialmente acesso. Tivemos que partir dos mesmos, manejar esta transferência em sua dimensão negativa, de obstáculo para o tratamento, para transmudá-la em auxílio para o mesmo.

Durante a primeira semana de internação T. ficou extremamente temerosa em relação à emergência do Porta, que *"poderia ou não autorizar a internação de seu filho na clínica conveniada"*. O fato de não termos oferecido-lhe uma guia de internação assim que chegou ao serviço, deixou-a bastante desestabilizada e confusa, pois questionamos o que até então era-lhe inquestionável: a internação de seu filho em um momento de crise.

Ao mostrarmos para T. que a decisão de não internarmos F. em uma clínica conveniada trazia consigo uma responsabilidade da equipe em relação ao tratamento de seu filho, tornou-se possível conquistar sua confiança gradativamente. Não havíamos tomado uma "decisão administrativa" e forçado o retorno de F. para casa "o mais rápido possível" depois de avaliada a não indicação de uma internação em uma clínica. Estávamos dispostos a trabalhar com o paciente e sua família, acolhendo-os em suas dificuldades e demandas, e buscando outras modalidades de tratamento que possibilitassem uma mudança na perspectiva de vida do primeiro.

Na verdade F. não deixou de internar-se, ficou 20 dias no serviço sendo tratado por profissionais da área de saúde mental. A nova perspectiva de tratamento que lhe oferecemos, a singularidade da internação em nosso serviço, é que, parece-nos, marcou significativamente a diferença de trabalho para o paciente e para a sua família.

No dia da alta F. disse estar em "contagem regressiva" esperando a chegada do acompanhante e de sua mãe para retornar para casa. Contou-nos que o seu *"normal em casa é ser calado e compenetrado e previa que dali há alguns dias estaria assim"*... Disse ter *"gostado muito do Porta de Entrada, que foi sua melhor internação, mas que queria voltar logo para casa"*.

Algumas observações após a alta de F. do Porta de Entrada.

O acompanhamento terapêutico, indicado pelo Porta de Entrada, iniciou-se na casa do paciente de duas a três vezes na semana, na expectativa da entrada de um outro profissional nos outros dias. Algumas dificuldades surgiram nas primeiras semanas da alta, mas puderam ser remediadas tanto pelo acompanhante, quanto pela equipe do PE, que abriu as portas do serviço nos dias em que F. não tinha acompanhamento, até que entrasse um outro profissional. T. foi ao nosso encontro algumas vezes para conversar, mas com a entrada de outro A.T. no caso, a situação familiar foi sendo trabalhada com mais intensidade, e foram ficando cada vez mais escassas as visitas de T. ao serviço.

F. retornou, espontaneamente, diversas vezes ao Porta de Entrada depois de sua alta. Ia até o hospital para levar poesias que havia feito para os profissionais do serviço, jogar xadrez, ou simplesmente para passar o dia conosco e com os outros internos. Aos poucos o trabalho de acompanhamento foi ocupando um lugar cada vez mais pontual em sua vida e o seu contato com o Porta foi ficando mais raro.

Através de uma reunião mensal com os acompanhantes ficamos informados sobre os trabalhos realizados com os pacientes fora do Porta de Entrada. No caso de F. estes profissionais tem possibilitado que o ambiente social do mesmo se transforme em um espaço potencialmente terapêutico; as saídas para a rua, ou o ficar em casa tem promovido novas possibilidades de experiências e relações para F. Através das conversas dos acompanhantes com o paciente e sua família, que podem

escutar suas demandas e mediar diálogos antes tão difíceis, cada membro está podendo se olhar um pouco e o paciente sair da posição de objeto causa dos problemas familiares e construir uma outra história que lhe reserve um outro lugar, o lugar de um sujeito.

F. surpreendeu-nos com uma visita nos últimos dias, depois de um longo tempo sem vir nos visitar. Ele chegou ao serviço bastante alegre, e quando começamos a conversar, começou a trazer materiais até então inéditos para a equipe do Porta. Contou-nos toda a história de sua última crise, quando foi internado no nosso serviço, como se depois de um tempo, estes materiais pudessem estar ressurgindo em sua memória. Falou-nos que, alguns dias antes de ser trazido pela ambulância para o PE, havia ido a um centro espírita que frequentava. E relatou que durante uma das sessões espíritas:

“eu recebi uma mensagem de que meu pai havia morrido e fiquei desesperado. Comecei a chorar sem parar, cheguei a assustar as pessoas que estavam próximas de mim tal era o meu desespero. Antes deste acontecimento, eu também tive uma decepção com uma menina para a qual eu vinha mandando cartas de amor durante um ano, apesar de saber que ela tinha um namorado. Estas coisas se misturaram na minha cabeça e eu não aguentei, entrei naquela crise...”

Neste mesmo dia, F. começou a se lembrar do medo que tinha, assim que chegou no Porta, de levar eletrochoque, ou de ser levado à clínica onde era exposto a sessões do mesmo:

“Eu já devo ter me submetido há umas mil sessões de eletrochoque. Lá nesta clínica é uma coisa inacreditável, os pacientes fazem fila para serem amarrados e tomarem os choques. Já teve muita gente que morreu e até perdeu filho na barriga por causa deste tratamento. Os pacientes gritam, imploram, mas não tem jeito não, os enfermeiros são todos marombeiros, grandões, e pegam a gente de jeito. Eu mesmo já tentei dar umas porradas em um que veio me pegar, mas ele me segurou pelo gogó...Uma das únicas vezes em que fui internado lá e não tomei choque, foi quando eu mesmo procurei a internação porque eu queria ficar com uma namorada minha que estava lá. Eu não me lembro mais de quase nenhum que eu tomei, só do último... a gente esquece, é como se apagasse da memória.”

No meio da conversa o paciente continuou a falar de seu pai, um assunto inacessível durante a sua internação no serviço. Contou-nos que o mesmo, apesar de ter sido militante de esquerda, estava agora trabalhando para sua candidatura para prefeito na cidade na qual morava *“para roubar dinheiro dos pobres”*. Soube destas notícias através de uma tia, pois o pai continuava sem dar notícia alguma para sua família. Enquanto falava do pai, começou a citar o médico assistente da clínica na qual vinha se internando durante todos estes anos:

“Ele ficou puto quando soube que eu havia falado para vocês que ele me deu os eletrochoques. Sabe, ele é filho de facista, acho que ele também é... mas são vinte anos de relação, eu gosto de ir lá conversar com ele, é como um pai, apesar de eu já ter um...”

O paciente misturava em seu discurso diversos significantes de sua história - o pai, o psiquiatra, suas internações, os eletrochoques - possibilitando que estes materiais viessem à tona, de uma só vez. Ao trazer parte desta história, oferecia a si mesmo a possibilidade de construir algo a partir deste material fragmentado.

F. já não precisava falar “sem parar” para “não dizer nada”, para “não se fazer entender”, assim como quando chegou no Porta. Nesta época falava incessantemente, sem pausas, de forma que tornava o seu discurso totalmente incompreensível, falava “com as paredes”, sem dirigir seu discurso para ninguém. Agora ele havia eleito pessoas para falar de sua história, falar sem comer as palavras, falar para ser escutado. Podíamos assim, pensar na possibilidade de F. reconstruir algo até então camuflado pelos eletrochoques, pelas internações e pelos remédios excessivos, que levavam-no, fora das crises, a passar os dias dormindo, sem se comunicar com ninguém. Sair dos pólos da psicose maníaco-depressiva para poder surgir entre estas oscilações de comportamento, é possibilitar o surgimento do desejo de F.

Sobre o seu tratamento F. me pede:

“Vem cá, você pode me indicar o nome de outro psiquiatra? Acho que seria legal mudar depois de tanto tempo, né? Será que meu médico ficaria chateado comigo? Eu mesmo não sei se conseguiria parar meu tratamento com ele depois de tantos anos... Olha eu preferia que você me indicasse uma mulher...”

Depois de indicar-lhe o nome de uma psiquiatra, o paciente começou a perguntar-me diversas coisas: sua idade, se era jovial, simpática, e principalmente se ela *“era de internar muito seus pacientes ou de dar eletrochoques nos mesmos...”* A conversa transcorreu-se animadamente e F. parecia ter resgatado uma alegria leve de alguém que havia encontrado, fora da internação, uma possibilidade de relação diferente com o mundo. Parecia desejar e acreditar que a sua vida poderia tomar realmente um outro rumo, e mostrava isto ao pedir-me a indicação de um outro profissional para tratá-lo, um médico que estivesse fora e distante do circuito de internações e sessões de choques elétricos no qual havia ficado paralisado desde os seus 16 anos.

CONCLUSÃO

O propósito deste trabalho foi o de discutir uma forma mais digna de tratamento em saúde mental, neste momento de reformulação deste campo de assistência. O texto apresentado deriva da experiência que desenvolvemos na emergência do Porta de Entrada, e pretende o diálogo, a palavra e o pensamento de outros trabalhos. Por isso, essa pequena vereda percorrida não é definitiva nem conclusiva, busca a troca com outros serviços de atenção ao doente mental neste cenário de reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil.

A partir da apresentação do trabalho que realizamos, acreditamos ter sido possível expôr uma forma mais humana de tratar o paciente, valorizando, como aponta Maria Tavares (1992), o respeito e a liberdade como condições mínimas de tratamento, condições, na realidade, de qualquer relação humana. O que é surpreendente é que este mínimo não é encontrado em muitas instituições psiquiátricas, mas, pelo contrário, o que encontramos é o desrespeito e a liberdade dos pacientes sendo continuamente cerceada.

Dentre as diversas histórias de pacientes que passaram pelo Porta de Entrada, e que já haviam se submetido a longas internações durante as suas vidas, algumas foram bastante marcantes para toda a equipe em função da humilhação e maltrato que sofreram nestas internações. A mãe de um destes pacientes contou-nos que, em função de um episódio de agitação, sua filha, aos 18 anos, foi levada à força

para um hospício por uma viatura policial acionada por um vizinho. O que esta mãe não sabia era que, na época, sua filha estava grávida de três meses. Em função dos eletrochoques que lhe foram aplicados durante esta internação, a paciente perdeu o seu filho no ventre. Até hoje, 30 anos após esta ocorrência, a paciente conta-nos histórias de uma filha, que nem chegou a nascer. Fala com tanta veracidade em seu discurso que é difícil acreditar que este filha, que ela diz que *"mora em outro estado e que a vê de vez em quando"*, é uma criação desta mulher, talvez como uma tentativa de sustentar ou significar a dor de tê-la perdido de forma tão cruel. Outra paciente que conhecemos no Porta não tinha um dos braços em decorrência de maus tratos que sofreu em um outro manicômio. Ficou amarrada durante um longo tempo em uma de suas inúmeras internações, e em função da posição em que ficou contida, seu braço sofreu uma necrose, tendo que ser amputado. Esta paciente construiu um delírio, que trazia-nos quando ficava internada no Porta, de que o seu braço estava enterrado no cemitério e de que ela também iria morrer, dali a pouco, para juntar-se a ele. O caso clínico que discutimos nesta tese também é um destes marcados pelo desrespeito que o paciente sofreu dentro de clínicas psiquiátricas. Os inúmeros eletrochoques a que F. foi submetido, desde de sua primeira internação, aos 16 anos, surgem como uma grande ameaça ao paciente quando este entra em crise. Até mesmo a "liberdade" de entrar em crise parece ter-lhe sido cerceada, pois a marca deixada pelas internações anteriores, e a possibilidade dos choques elétricos, traz à crise uma angústia e um pavor, maior do que às vezes ela, por si, poderia trazer-lhe. Estes são apenas alguns, dentre milhares de casos de maus tratos a que estes sujeitos são submetidos, constantemente, dentro dos hospícios.

Falei de exemplos bastante graves, mas qualquer forma indigna de tratar estes pacientes, por mais sutil que seja, é algo a ser denunciado.

A violência de algumas imagens relatadas espelham a violência de alguns tratamentos psiquiátricos, que, por incrível que pareça, ainda são realizados. Este quadro reflete a violência de um sistema social injusto, onde mais uma vez, uma minoria se vê privada de seus direitos mínimos de cidadania.

Em relação ao trabalho que realizamos na emergência do Porta, pensamos que ele não deve ser feito com a pressa que às vezes a palavra emergência suscita. Pelo contrário, acreditamos que, em função da delicadeza dos apelos que surgem nestes momentos de crise, não devemos trabalhar superficialmente ou apressadamente as demandas que chegam até nós. O trabalho de triagem é muitas vezes decisivo em relação ao tipo de tratamento no qual o paciente irá engajar-se, tendo que ser realizado com o intuito de se construir algo que possa estar a serviço de sua saúde.

O fato de em nosso serviço avaliarmos um paciente, no geral, por um curto período de tempo, e lhe indicarmos um tratamento para depois deste tempo em que fica conosco, não nos tira a responsabilidade de acolher e olhar este paciente. Não é porque o "outro" é que vai dar continuidade ao tratamento, fora da emergência, que podemos nos omitir de tratá-lo durante o tempo em que fica no Porta de Entrada. Tratar aí no sentido de acolher as suas demandas, escutar os seus sintomas, e buscar, junto ao paciente, um meio de dar significado à experiência pela qual está passando. A partir de um vínculo entre este sujeito e a equipe, talvez seja possível

construir algo que lhe ofereça algum tipo de alívio e sustentação diante do que está passando.

Uma das questões que vem nos mobilizando é a de pensarmos no tipo de relação que constituímos com os pacientes que ficam longos períodos conosco no PE, como no caso apresentado nesta dissertação. Os sentimentos da equipe em relação aos mesmos e às suas famílias devem ser trabalhados no momento de sua saída do serviço. O tipo de atenção que oferecemos aos pacientes e a estrutura física do PE, fazem com que nosso contato seja bastante estreito, gera uma relação próxima entre equipe e clientes, sendo um desafio às nossas noções de limite nessas relações. Cabe-nos estar sempre avaliando o que há de produtivo ou não nestes vínculos estabelecidos, isto é, o que está ou não sendo terapêutico nestas relações tão estreitas.

Em função do nosso investimento no trabalho que apresentamos, talvez tenhamos passado a idéia de que o tipo de tratamento que oferecemos seja o *ideal* no campo da emergência psiquiátrica. Pensar em ideal é apagar qualquer possibilidade de auto-crítica ou de escuta de críticas, que são sempre enriquecedoras, porque possibilitadoras de transformações e mudanças. Apesar da paixão - que cega - pelo trabalho, é rotina de nosso serviço a promoção de espaços de troca entre os profissionais do Porta, os pacientes e familiares de pacientes que ficam internados. Este tipo de espaço possibilita críticas e questionamentos em relação às nossas intervenções, e nos leva a repensar, constantemente, a organização de nossos serviços.

A equipe também tem um espaço mensal de troca - para além das trocas cotidianas - para refletir sobre o serviço que oferece, sobre as posições que os diversos profissionais das diferentes áreas ocupam - quais as que tendem a cristalizar-se e quais as que não - sobre onde estamos ou não sendo terapêuticos com os pacientes, sobre o investimento de cada um no serviço, etc., proporcionando a reestruturação do Porta de Entrada a cada momento.

É um grande desafio, para mim, concluir este trabalho. Quando a experiência que você se propõe a relatar faz parte de um cotidiano no qual você participa ativamente das mudanças e acontecimentos, a dificuldade de dar um certo contorno e fechamento não é pequena. É como se, a cada semana, porque não, a cada dia no Porta, tivéssemos nas mãos uma infinidade de materiais para serem discutidos e relatados, tornando este trabalho inesgotável.

Por fim, esperamos que esta dissertação possa assumir um papel de alertar os profissionais da área de saúde mental sobre a importância da triagem como uma das portas de entrada do sujeito para este campo, podendo ser um instrumento com o poder de encaminhá-lo para a doença ou para a saúde. A emergência psiquiátrica do Porta de Entrada pretende abrir possibilidades de o sujeito caminhar de encontro à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, O. "Emergência Psiquiátrica". In: **Revista Brasileira de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: ano 16-17, vol. único, p.9-19, 1971.
- Birman, J. e Serra, A. **Os descaminhos da subjetividade**. Rio de Janeiro: Editora Universitária-EDUFF, UFF, 1988.
- Birman, J. **Freud e a interpretação psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.
- Calligares, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes médicas editores, 1989.
- Cavalcante, M.T. "Transformações na assistência psiquiátrica ou uma assistência psiquiátrica em transformação". In: **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, UFRJ., p.145-160, 1993.
- Cerqueira, M.P. **A emergência psiquiátrica em Angra dos Reis**. Dissertação de Mestrado apresentada no IMS - UERJ, 1993.
- Dor, J. **Estruturas e Clínica Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Timbre editores, 1991.
- Delgado, P.G.C. "Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil". In: **Cidadania e Loucura**. Petrópolis: Ed. Vozes, p. 171-202, 1987.

Dell'Acqua, G. e Mezzina, R. "Resposta à crise". In Delgado J., (org.) **A loucura na sala de jantar**. S.P: Ed. Resenha, p. 68, 1991.

Freud, S. "A psicoterapia da histeria". In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago editora, vol. II, 1895.

_____ "A interpretação dos sonhos". op. cit., vol.IV, 1900.

_____ "Sobre a psicoterapia". op. cit., vol. VII., 1905.

_____ "Fragmento da análise de um caso de histeria". op.cit., 1905 A.

_____ "As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica". op. cit., vol. XI, 1910.

_____ "Psicanálise Silvestre". op. cit., 1910 A.

_____ "Sobre o início do tratamento". op. cit., vol. XII., 1913.

_____ "A dinâmica da transferência". op. cit., 1912.

_____ "Recordar, repetir e elaborar". op. cit., 1914 A.

_____ "Observações sobre o amor transferencial". op. cit., 1914 B.

_____ "Linhas de progresso na terapia psicanalítica". op. cit., vol. XVII,1918.

_____ "Uma breve descrição da psicanálise". op. cit., vol. XIX., 1924.

Lacan, J. **O Seminário, Livro1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1953-1954.

_____ **O Seminário, Livro 8: a transferência.** op. cit., 1960-1961.

_____ **O Seminário, Livro 3: as psicoses.** op.cit., 1955-1956.

_____ **O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise,** op.cit., 1964.

_____ "Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise". In: **Escritos.** São Paulo: Editora Perspectiva, p.101-187, 1988.

_____ "A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud". op. cit. p.223-259, 1988.

Lopes, R. "O doente mental e a psiquiatria preventiva no Brasil". In: **Revista Brasileira de Saúde Mental.** Rio de Janeiro: p. 27-45, 1964.

Medeiros, T.A., de. **Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil.** Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: IPUB-UFRJ, 1977.

Miller, J. A. "A entrada em análise". In: **Falo II.** Salvador: Fator editora, p.87-96, 1990.

_____ **Percurso de Lacan: uma introdução .** Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1984.

Quinet, A. **As 4 + 1 Condições da Análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1991.

_____ **Clínica da Psicose.** Salvador: Fator editora, 1990.

Russo, J.A. "Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil". In: **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, UFRJ., p. 7-10, 1993.

Resende, H. "Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica". In: **Cidadania e Loucura**. Petrópolis: Editora Vozes, p.16-69, 1987.

BIBLIOGRAFIA:

Amarante, P. (org.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE / ENSP, 1995.

Barros, D.D. **Jardins de Abel: Desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: editora Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

Castel, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

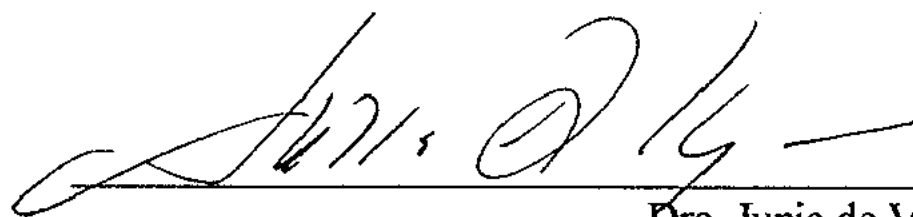
_____. **A gestão dos riscos da antipsiquiatria à pós - psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

Carreiro, V.P. **O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira**. Dissertação de mestrado defendida no IFCS - UFRJ, março de 1990.

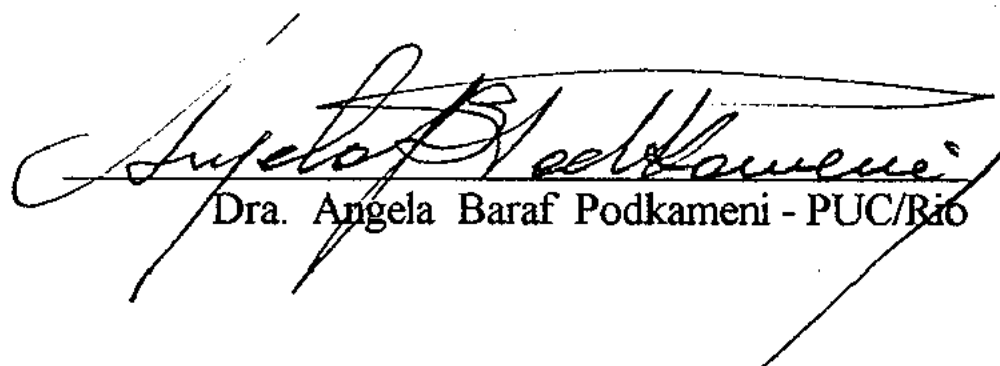
Foucault, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Sávio, D. **18 de maio**. Informativo do Instituto Franco Basaglia, ano IV, nº 10, março / abril de 1996.

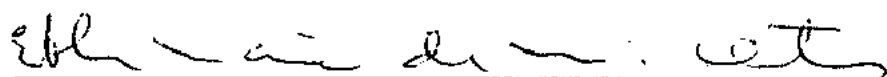
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Valéria Atiée Lanna intitulada "Uma porta aberta para a *saúde* mental - Novas perspectivas de tratamento no campo da emergência psiquiátrica", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Dra. Junia de Vilhena
Orientadora - PUC/Rio



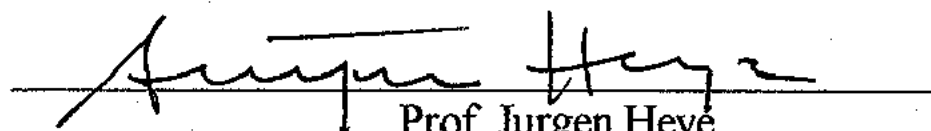
Dra. Angela Baraf Podkameni - PUC/Rio



Dra. Esther Maria de Magalhães Arantes - PUC/Rio

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 16 de agosto de ~~1996~~. 20/02/97



Prof. Jurgen Heyé
Coordenador dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas