

Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador – Bahia

Andréa Hortélio Fernandes
Luana Alvarez de Freitas
Universidade Federal da Bahia

Resumo: A reforma psiquiátrica tem pleiteado mudanças na saúde mental. A oposição à demissão subjetiva induzida pelo modelo manicomial aproxima reforma e psicanálise. Em Salvador, o Hospital Juliano Moreira (HJM), referência na área, era um espaço fértil para uma pesquisa envolvendo as mudanças pleiteadas pela reforma em confluência com a psicanálise, entre elas a clínica do sujeito que propõe o sujeito como resultado de um trabalho clínico. Durante dois anos, a pesquisa, aqui exposta, analisou a presença da clínica do sujeito na triagem e também na direção dos tratamentos no HJM. Em 2006, a observação passiva de 30 triagens mostrou que a presença da clínica do sujeito dependia da escolha dos profissionais. Em 2007, foi identificado, via prontuários, que 63% dos casos só frequentavam o ambulatório de psiquiatria. Constatou-se uma tentativa de implantação de novas práticas de saúde mental, porém tal iniciativa ainda não atinge nem 50% dos casos examinados.

Palavras-chave: saúde mental; psicanálise; reforma psiquiátrica; subjetividade; sujeito.

TIMES OF PSYCHIATRIC RENOVATION: THE CLINIC OF THE RECEPTION AND THE DIRECTION OF THE TREATMENT IN THE HOSPITAL JULIANO MOREIRA IN SALVADOR – BAHIA

Abstract: Psychiatric reform has been demanding changes in mental health. Induced by the asylum model, subjective resignation's opposition approaches psychiatric reform and psychoanalysis. In Salvador, Juliano Moreira Hospital (JMH) is a reference in the area and used to be a fertile area to search changes pleaded by the reform, such as subject's clinic. Over two years, the research outlined here has examined the subject's clinic in clinical screening and treatments at the JMH. Passive observation of thirty clinical screenings in the year of 2006 showed that the use of subject's clinic was related to a choice of professionals. Medical records show that 63% of cases only attended psychiatry's outpatient clinic in the year of 2007. There is an attempt to roll out new means of mental health, but this initiative has not reached 50% of cases examined yet.

Keywords: mental health; psychoanalysis; psychiatric reform; subjectivity; subject.

TIEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: LA CLÍNICA DE LA RECEPCIÓN Y LA DIRECCION DEL TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL JULIANO MOREIRA DE SALVADOR – BAHIA

Resumen: La reforma psiquiátrica ha pleiteado los cambios en la salud mental. La oposición a la salida de la subjetividad inducida por el modelo manicomial cerca la reforma y la psicoanálisis. En Salvador, el Hospital Juliano Moreira (HJM), referencia en la área, fue una zona fértil para la investigación envolviendo los cambios pleiteados por la reforma en confluencia con el psicoanálisis, incluyendo la clínica del sujeto como resultado de la labor clínica. Durante dos años, la investigación aquí expuesta ha examinado la presencia de la clínica del sujeto y también en la dirección de los tratamientos en el HJM. En 2006, la observación pasiva de treinta ensayos demostró que la presencia de la clínica del sujeto depende de la elección de los profesionales. En 2007, fue identificado a través de registros médicos, que 63% de los casos sólo asistieron a la clínica de la psiquiatria. Fue constatado un intento de implantar nuevos medios de la salud mental, todavía esta iniciativa no ha alcanzado ni el 50% de los casos examinados.

Palabras clave: salud mental; psicoanálisis; reforma psiquiátrica; subjetividad; sujeto.

Introdução

Durante muitos anos, as pessoas ditas “loucas” foram segregadas da sociedade, submetidas a um modelo psiquiátrico de medicalização e superlotaram os manicômios, sendo destituídas de suas singularidades. Contrária a essa prática, surgiu a reforma psiquiátrica que, para ser devidamente implementada, tem buscado modificações em vários setores da saúde mental, sejam elas a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a clínica institucional.

A clínica em saúde mental em hospitais apresenta como particularidade a multidisciplinaridade, ou seja, diferentes profissionais que atuam em um mesmo caso. A novidade trazida pela clínica da atenção psicossocial abrange a clínica da recepção dos pacientes. Outrora, essa clínica restringia-se à triagem de pacientes feita exclusivamente pelos psiquiatras. A história da psiquiatria revelou que tal realidade contribuiu para a hierarquização entre os profissionais da saúde mental, o que dificultou o tratamento dos pacientes que, muitas vezes, eram tratados exclusivamente pela farmacologia.

Têm-se constatado efeitos iatrogênicos da institucionalização psiquiátrica evidenciados pela excessiva exclusão social dos chamados “doentes mentais”. Os hospitais psiquiátricos tornaram-se “depósitos de loucos” que eram, na maioria das vezes, esquecidos pelas famílias e pelo Estado. O descaminho a que chegou a saúde mental no Brasil desembocou na luta antimanicomial e na reforma psiquiátrica, que, entre os seus princípios, postula a defesa da condição de cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais.

Em 1989, teve início no Brasil a reforma psiquiátrica que consistiu em um movimento que buscava transformações no modelo até então vigente. A nova política no campo da saúde mental passou a investir em conceitos como cidadania, reconstruções de saberes e práticas e clínica do sujeito. O tratamento ofertado deve levar em consideração não apenas o diagnóstico e a medicalização, mas também uma reabilitação psicossocial desses sujeitos, desde o momento do seu acolhimento até a direção que é dada ao tratamento.

A psicanálise também foi importante nesse processo. A aproximação entre a reforma psiquiátrica e a teoria psicanalítica deu-se na medida em que ambas se opõem ao modelo até então vigente que convidava os pacientes à demissão subjetiva por meio da sua prática. A contribuição da psicanálise está, entre outras coisas, em apontar conceitos como a clínica do sujeito, que é um elemento importante no tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental (TENÓRIO, 2001).

Na clínica do sujeito, as categorias nosológicas, que são características da prática psiquiátrica, não são descartadas, porém todas as particularidades do funcionamento psíquico de cada sujeito são levadas em conta, como já postulava Freud (1969c), em 1913, nos seus artigos sobre a técnica psicanalítica.

Desde os primórdios da psicanálise, Freud teve a sua atenção despertada para a necessidade de escutar os pacientes. As demandas que as históricas lhe endereçavam fizeram que ele viesse a concordar que a psicanálise deveria ter como regra fundamental a associação livre. Já nos artigos sobre a técnica, Freud vai fundamentar as bases da prática psicanalítica.

No texto “Sobre o início do tratamento”, Freud (1969c) faz uma equivalência entre o jogo do xadrez e a psicanálise. Nos dois, somente as aberturas e os finais podem ter uma apresentação sistemática. Qualquer mecanização da técnica pode ser prejudicial dadas as “constelações psíquicas envolvidas”. Já era ressaltada a importância de escutar cada caso como um novo caso e estar aberto para as suas particularidades.

Nessa época, Freud postulou a prática das entrevistas preliminares. Nelas “deixa-se o paciente falar quase o tempo todo e não se explica nada mais que o necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo” (FREUD, 1969c, p. 165). Portanto, desde as entrevistas a questão do diagnóstico faz-se presente.

Contudo, na psicanálise, nem sempre é possível fazer um diagnóstico diferencial numa única entrevista, por isso Freud propôs a prática de mais de uma entrevista, se preciso. Em 1913, Freud acreditava que os psiquiatras hesitavam com menos frequência em seus diagnósticos, mas nem por isso cometiam menos equívocos. O modelo utilizado pelos psiquiatras era o da anamnese, referendado pelos manuais de classificação e diagnóstico em saúde mental que se apresentam como “instrumentos clínicos para auxiliar os profissionais da clínica geral e trabalhadores da saúde da comunidade a lidarem adequadamente com os doentes mentais com que se deparam”(CID-10, 1998, p. V).

A anamnese psiquiátrica sempre foi utilizada amplamente para fins diagnósticos. Sua realização difere em muito das entrevistas preliminares freudianas. O *Novo dicionário da língua portuguesa* (FERREIRA, 1986, p. 114) define anamnese como um modelo médico de entrevista no qual há o “relato dos padecimentos feitos pelo doente à cordialidade inquisidora do médico”. Dada a importância atribuída à coleta de informações, a fala do paciente fica em segundo plano, sendo privilegiadas as informações que podem ser obtidas junto a família ou acompanhantes, por meio de perguntas que muitas vezes podem ser indutoras.

Fica clara a distinção da maneira como é construído o diagnóstico em psiquiatria e na psicanálise. O texto “O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002) mostra, por meio de um caso clínico, o estudo comparado entre o material da anamnese psiquiátrica e o material da entrevista psicanalítica. No primeiro, a paciente teve o diagnóstico de síndrome catatônica. O diagnóstico nosológico nos termos do CID-10 (1998) foi transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos. Nos termos do DSM-IV, transtorno depressivo maior recorrente, severo, sem sintomas psicóticos, crônico, com características catatônicas. Para a psicanálise, a hipótese diagnóstica foi histeria.

A paciente apresentava uma história de vinte anos de tratamento, “com internação por quadro de apatia, mutismo, recusa de ingestão alimentar e insônia”. Entretanto, na entrevista psicanalítica cujo *modus operandi* fundamenta-se em “fazer emergir o sujeito a partir da sua fala”, foi possível fazê-la falar da sua doença que para ela era como a de um irmão que veio a óbito, “calada” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 32-37). O caso trabalhado neste texto retoma o tratamento dado à psicose por Freud e se estende a toda a técnica psicanalítica.

Em 1911, Freud ao fazer o estudo de um caso de paranoia, o caso Schreber, chamou atenção, mais uma vez, para a necessidade de se considerar a singularidade de cada caso.

Dentro dessa lógica, ele destacou que na psicose o delírio é uma tentativa de cura operada pelo paciente, destacando ser fundamental oferecer-lhe uma escuta. Para Freud (1969e, p. 94-95), “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”.

Perante o delírio, pode-se afirmar que diferentes tratamentos podem ser estabelecidos, desde a primeira entrevista com o paciente. Daí surgem, então, dois paradigmas da clínica na saúde mental. A clínica do olhar, fundamentada no modelo médico, no qual o olhar do profissional procura o que já conhece, faz que os pacientes sejam desprovidos de sua condição de sujeito, e assim eles tentam, muitas vezes, escamotear suas singularidades. É assim que os pacientes aprendem a dizer o que o profissional “quer ouvir, por exemplo, o que devem confessar e o que devem criticar de seu delírio, em função do que querem obter de quem os atendem” (MONTEZUMA, 2001, p. 135).

O segundo paradigma refere-se à clínica da escuta fundamentada na psicanálise. Nela o paciente é ouvido na sua singularidade. A forma como ele apresenta o seu sintoma lhe é particular e é pela escuta que o sujeito, em alguns casos, pode passar de queixar-se dos outros para cuidar dos seus sintomas. Tal procedimento é resultado de um trabalho clínico que recebe a denominação de clínica do sujeito. Isso diz respeito também aos casos de psicose, já que a clínica da escuta também sustenta, entre outras coisas, que o delírio é um processo de reconstrução operado pelo próprio paciente .

Esses dois paradigmas, longe de serem antagônicos, devem ser complementares. Eles não são propriedades da prática médica ou psicanalítica. Os diferentes profissionais da saúde mental, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, podem fazer uso deles com base na formação acadêmica adquirida e de acordo com as instituições que atuam, assim como da maneira como lidam com as particularidades do sintoma de cada sujeito.

Logo, se o final dos anos 1980 protagonizou a reforma psiquiátrica como um movimento de rever conceitos e reformular práticas clínicas, vinte anos depois cumpre pensar a atualidade da reforma. Vale ressaltar que sua expansão se dá de forma heterogênea no Brasil. A Região Sudeste apresenta maiores avanços. Contudo, de um modo geral mostra-se relevante examinar em que medida as referências da reforma psiquiátrica – desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e clínica institucional – confluem com a clínica do sujeito proposta pela psicanálise. Com esse propósito, foi realizado o estudo do serviço de triagem e da direção do tratamento dado aos pacientes do Hospital Juliano Moreira.

A aplicação da psicanálise nos hospitais psiquiátricos convoca a aplicação da clínica da escuta em paralelo à clínica do sujeito (MONTEZUMA, 2001). Por meio de uma escuta diferenciada, os diversos profissionais, como psiquiatras, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, podem contribuir para que o paciente se implique no seu sintoma e tratamento, descobrindo e escolhendo outros caminhos para lidar com as suas dificuldades.

Apesar de a psicanálise apontar a importância desses elementos, alguns profissionais da saúde mental ainda reduzem o tratamento dos pacientes a um bom funcionamento psicossocial, além da clínica biológico-farmacológica. A clínica do sujeito fica excluída em prol de uma clínica da cidadania, ou seja, o indivíduo é levado a se reabilitar socialmente, e este é o significado de tratar para esses profissionais (TENÓRIO, 2001).

As novas políticas em saúde mental apresentam algumas especificidades no território nacional. O Estado de Minas Gerais desponta como tendo alcançado grandes avanços na luta antimanicomial. Tal evidência é apontada por diferentes estudos (FERRARI, 2001; BARRETO, 1999) como resultante do enlace de três eixos básicos: a psiquiatria, a psicanálise e a dimensão sociopolítica. Os autores que balizaram esse enlace foram, sobretudo, Pinel e Kraepelin, Freud e Lacan, Foucault e Basaglia. A prática daí resultante deu destaque aos conceitos de cidadania e da clínica do sujeito, fundando um trabalho clínico que levava em conta a subjetividade dos pacientes e defendia que o sujeito se produz como efeito desse trabalho.

Na saúde mental, tornou-se necessário que os diferentes profissionais, como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros, se coloquem à disposição de escutar o paciente com o intuito de implicá-lo no tratamento e nas decisões a serem tomadas ao longo deste. A inclusão do paciente no seu tratamento é dada desde que a clínica do sujeito esteja presente já no acolhimento dos pacientes nos hospitais.

Ao longo dos anos, a admissão em hospitais psiquiátricos deu pouco espaço para a clínica do sujeito. Geralmente, o psiquiatra plantonista se limitava a colher as informações trazidas pelos familiares, que se colocavam como responsáveis pelo paciente. Em razão do ingresso na hospitalização, essas informações eram frequentemente fornecidas à revelia do paciente. Nessas circunstâncias, o Estado, por intermédio do Ministério Público, passava a assumir a defesa dos pacientes, numa tentativa de reverter a demissão subjetiva a que estes ficavam sujeitos.

A necessidade da efetiva implementação da reforma psiquiátrica na Bahia é clara, porém, para ser posta em prática, é preciso que hospitais de referência em saúde mental, como é o caso do Hospital Juliano Moreira (HJM), possam adaptar-se às novas políticas de saúde mental. Trata-se de um processo longo, cujas mudanças devem começar desde o acolhimento dos pacientes na instituição.

A clínica da recepção é de suma importância nas mudanças a serem implantadas e fortalecidas no campo da saúde mental, pois trata-se da porta de entrada do paciente no hospital. Com relação ao tema da admissão, na psicanálise, Freud (1969c), no texto “Sobre o início do tratamento”, enfatizou o fato de que, desde os primeiros contatos do paciente com o profissional, já são estabelecidas as diretrizes a serem dadas ao tratamento.

A partir das questões aqui expostas, surgiu o interesse no estudo acerca da clínica da recepção e da direção do tratamento dado aos pacientes do Hospital Juliano Moreira, referência na cidade de Salvador e no Estado da Bahia. Desse modo, buscou-se investigar a presença e a aplicação da clínica do sujeito no HJM. A relevância desta pesquisa está associada à importância da discussão atual acerca de como hospitais psiquiátricos têm introduzidos as transformações advindas da reforma psiquiátrica e da psicanálise em todo o Brasil.

O Hospital Juliano Moreira centraliza os atendimentos públicos da cidade de Salvador e mesmo do Estado, uma vez que ele recebe pacientes de várias cidades baianas. O hospital possui um corpo técnico especializado no tratamento da saúde mental, sendo também um lugar de formação de novos profissionais por meio de estágios de graduação

em psicologia, enfermagem, nutrição, entre outros cursos. O hospital possui ainda residência clínica em psiquiatria e em psicologia clínica.

O Juliano Moreira funciona atualmente como polo de atendimento clínico e de treinamento de pessoal dentro das novas políticas da reforma psiquiátrica e dos princípios da teoria psicanalítica. Entretanto, tal prática clínica ainda não mereceu estudos sobre a sua implementação, a necessidade de aprimoramento e/ou ajuste nos diferentes setores do hospital.

O Hospital Juliano Moreira está vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e tem passado por modificações em decorrência das políticas da reforma psiquiátrica e também pelas orientações teóricas da psicanálise que fundamentam a prática da maioria dos profissionais. Houve uma redução do número de leitos masculinos e, em contrapartida, foi aberta uma nova ala de internamento feminino por determinação da Secretaria de Saúde do Estado, já que, na Bahia, o Juliano Moreira é o único hospital que interna mulheres, os poucos hospitais privados ainda existentes não o fazem mais.

A pesquisa teve por objetivo caracterizar o serviço e o procedimento de triagem do HJM, tomando por base em que medida havia espaço para a clínica do sujeito, ou seja, em que medida os pacientes do HJM, de Salvador, têm sido considerados em sua subjetividade e respeitados em seus direitos desde a chegada ao hospital. Visou também analisar em que medida a clínica do sujeito, por meio da implicação do paciente no seu tratamento e das novas alternativas clínicas ofertadas, tem sido levada em consideração na direção do tratamento deste. Foi excluída essa nota, já que essa informação está contida na autoria do trabalho.

No HJM estão presentes os diferentes momentos da reforma psiquiátrica: os internamentos, os ambulatorios, o hospital-dia, as oficinas e as residências terapêuticas, em número de três. Essa heterogeneidade dentro do hospital pode ser percebida também nas práticas clínicas realizadas, que foi o objeto de estudo da pesquisa, cuja metodologia será exposta a seguir.

Método

O estudo foi realizado após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do hospital. O interesse em caracterizar a clínica de recepção do Hospital Juliano Moreira (HJM) determinou a escolha por acompanhar a triagem feita no Serviço de Emergência, Triagem e Acolhimento (Seta), local de entrada dos pacientes para admissão nos diferentes serviços do hospital. A triagem do HJM é feita por mais de um profissional, podendo ser um enfermeiro e um psicólogo; um residente de psiquiatria e uma assistente social; um residente de psicologia e um terapeuta ocupacional, entre outros. Um psiquiatra fica de plantão durante todo o período da triagem e participa quando solicitado pela equipe. Houve um observador passivo dentro da sala que era apresentado a cada entrada de um novo paciente. A observação passiva tinha início no momento em que o paciente entrava na sala da triagem e terminava após o encaminhamento dado ao caso em questão.

As atividades foram realizadas em dois momentos. Na primeira etapa, que teve duração de um ano, iniciada em meados de 2006, foram analisadas as questões referentes à

clínica da recepção por meio da observação do momento de triagem do hospital em questão. Em um segundo momento, que também teve duração de um ano, e iniciou-se em meados de 2007, foram analisados aspectos da direção do tratamento dado aos pacientes do HJM. De acordo com plano de trabalho estabelecido para a bolsista de iniciação científica, couberam a ela tanto a observação da triagem como o acompanhamento clínico, via prontuários, de alguns casos da triagem.

A metodologia desta pesquisa consistiu primeiramente no estudo de caso da observação das triagens realizadas no Seta do HJM. Foi feito o acompanhamento de 30 triagens pela bolsista durante 2 meses. Ao final de cada triagem, ela fazia a transcrição das triagens colocando apenas iniciais dos nomes dos pacientes como identificação. A bolsista na transcrição deteve-se na maneira como era feita a triagem, indicando como o paciente era acolhido, se lhe era dada a palavra, se eram obtidas de antemão informações de terceiros, se o modelo utilizado pelos técnicos era entrevista livre ou anamnese psiquiátrica. Feita a transcrição, era realizado o estudo do caso das triagens observadas por meio de discussão com a professora-orientadora e autora do estudo.

No estudo de caso, investigava-se o paradigma clínico: clínica da escuta ou do olhar, utilizada nas triagens, tomando por base a atenção dada à subjetividade dos pacientes no que diz respeito à maneira como eram escutadas ou não suas queixas e a forma como eles lidavam com os sintomas que os levaram a procurar o hospital.

Já no segundo momento da pesquisa, a metodologia utilizada foi a análise dos prontuários dos pacientes que passaram pela triagem no momento anterior. Primeiramente, fez-se uma identificação desses pacientes, com o propósito de verificar quais passaram pela triagem e não foram encaminhados para outras instituições, ou seja, aqueles que têm prontuário, pois fazem o seu tratamento no HJM.

Posteriormente à identificação dos pacientes que geraram prontuários, realizaram-se a análise destes e o registro dos dados encontrados. Discussões acerca dos dados encontrados foram realizadas entre a bolsista e a professora-autora. Entre os norteadores da discussão, estavam aspectos relacionados a como esses elementos eram encontrados, no tratamento desses pacientes no HJM, que representavam a presença ou não da clínica do sujeito e das propostas centrais da reforma: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e clínica institucional. Portanto, os principais elementos norteadores da discussão foram: se o encaminhamento clínico visava a outros setores além do internamento e se, além do atendimento farmacológico, outros atendimentos clínicos eram realizados, como ambulatório de psicologia, oficinas, hospital-dia etc.

Resultados e discussão

Durante a observação das triagens realizadas no Seta do Hospital Juliano Moreira, alguns aspectos importantes como limites institucionais e diferenças entre profissionais puderam ser elencados.

No que diz respeito aos primeiros momentos da triagem, foi observado que, dependendo dos profissionais que a realizavam, era dada ou não prioridade à fala do paciente. Em certos momentos, alguns profissionais faziam questão de que o sujeito fosse o pri-

meiro a manifestar-se, a falar sobre o que estava acontecendo. Nesses casos, quando o acompanhante do paciente interrompia a sua fala, era solicitado que, naquele momento, apenas o paciente falasse. Porém, ainda existem profissionais que não dão essa prioridade à palavra do sujeito e aceitam que o seu acompanhante forneça a maioria das informações que são necessárias tanto para uma hipótese diagnóstica quanto para o encaminhamento do caso.

Outra questão importante diz respeito ao preenchimento dos formulários de admissão, que os profissionais têm de fazer colocando informações obtidas acerca do caso durante a realização da triagem. Esse preenchimento é um procedimento necessário ao adequado funcionamento da instituição, mas, a partir do momento em que é realizado durante a fala dos pacientes, compromete a qualidade da escuta que é oferecida.

A presença do psiquiatra durante apenas uma parte da triagem também é um aspecto a ser discutido. Primeiramente, o sujeito entra na sala e explicita seu caso para profissionais como psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Em um momento posterior, se o uso da medicação é necessário ou ainda existem dúvidas do encaminhamento a ser dado, que é o que acontece na maioria das vezes, a presença do psiquiatra é solicitada. Então o profissional que realizou a triagem passa o caso para o psiquiatra, e a partir daí novas perguntas são feitas, desta vez pelo psiquiatra.

A dinâmica da triagem apresenta alguns problemas, dentre eles, o fato de que só existe um profissional de psiquiatria disponível, enquanto são realizadas pelo menos duas triagens ao mesmo tempo em salas distintas por profissionais diferentes. Como consequência, algumas vezes, há uma espera considerável e exige-se do paciente a repetição de coisas que já havia dito para os profissionais no início da triagem.

Outro aspecto existente na dinâmica das triagens do Hospital Juliano Moreira é o momento que precede a triagem, denominado acolhimento, em que as pessoas que receberam as fichas para a triagem são divididas e encaminhadas para salas distintas. Dois profissionais encarregados das triagens conduzem esse momento perguntando, para cada uma das pessoas e a seus acompanhantes, o que os levaram até ali, para que seja visto se eles realmente são casos para o Hospital Juliano Moreira ou para outros locais especializados.

O acolhimento anterior à triagem serve para filtrar os casos que se destinam realmente ao HJM. Muitos casos não podem ser atendidos no HJM, pois demandam atendimentos clínicos fora do campo da saúde mental e precisam ser encaminhados para outras instituições. Anteriormente, todos deveriam esperar longos períodos de tempo pela triagem, e aqueles que não se adequavam à instituição somente após a triagem eram liberados.

No momento de acolhimento, os sujeitos e seus acompanhantes são obrigados a expor publicamente seus problemas e sofrimentos, em uma situação em que todos ficam ouvindo cada caso e aguardando sua vez de falar. Se o atendimento puder ser feito no HJM, é solicitado ao sujeito que aguarde sua triagem propriamente dita, e, se não for o caso, o encaminhamento é feito naquele mesmo momento publicamente.

Fica evidente que, há muito tempo, os portadores de transtorno mental continuam sofrendo violência e desqualificação da sua fala. Conforme ilustram Russo e Ferreira Fi-

lho (2001, p. 101): “A violência da internação é duplicada por uma violência simbólica que condena a voz do louco à desqualificação”.

Atualmente, a reforma psiquiátrica e a psicanálise lutam para que esse tipo de prática não aconteça. Conseqüentemente, é possível considerar a violência da internação como sendo reproduzida na prática clínica que, desde a triagem, desqualifica a voz dos sujeitos, priorizando a fala de seus acompanhantes, o que evidencia impasses no processo de implantação de novas políticas de saúde mental.

As novas políticas de saúde mental ainda guardam de alguma forma as marcas do passado. Em vista dos resultados obtidos, pôde-se constatar que muitos profissionais que realizam a triagem não dão prioridade à fala do paciente e preenchem os formulários durante a triagem. Desse modo, fica claro que há dificuldade de instauração da clínica do sujeito no momento da recepção dos pacientes.

Vimos que alguns profissionais, não apenas psicólogos, já utilizam essas novas práticas, valorizam e priorizam o que os pacientes trazem acerca do seu sofrimento. Isso corrobora a proposta de Montezuma (2001), segundo a qual existem dois paradigmas na saúde mental: a clínica do olhar e a da escuta. Longe de reproduzirem as práticas respectivamente dos médicos e dos psicanalistas, esses paradigmas refletem as possibilidades de tratamento “de acordo com os limites de quem atende e de onde se atende, em consonância com a demanda e o desejo do sujeito” (MONTEZUMA, 2001, p. 134).

Assim, a depender dos limites de quem realiza a triagem no Seta do Hospital Juliano Moreira, o paciente terá possibilidade de receber uma escuta diferenciada e sua subjetividade valorizada. Das 30 triagens observadas, 13 não deram prioridade à fala do paciente e sim à do acompanhante do paciente, ou seja, aproximadamente 43% das triagens observadas não contemplaram a clínica do sujeito.

Do mesmo modo, a própria instituição impõe também dificuldades para a realização da clínica do sujeito. No momento da triagem, ao exigir o preenchimento do formulário de admissão e permitir que muitas triagens sejam realizadas em uma só manhã, faz com que os profissionais tenham que preenchê-las no mesmo momento e não a *posteriori*.

Das 30 triagens observadas no primeiro momento, apenas 11 geraram prontuários e fizeram acompanhamento ambulatorial no referido hospital. Esse fato decorre da atual política de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e regionalização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que determina que os pacientes sejam atendidos o mais próximo possível das suas residências. Conseqüentemente, a maioria das pessoas que chegam ao Hospital Juliano Moreira é encaminhada para os CAPS mais próximos de suas casas.

A posterior análise de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira trouxe alguns elementos importantes para o exame da direção do tratamento destes. Primeiramente, pôde-se constatar a existência de um Centro de Atividades Terapêuticas (Ceat) onde um dos prontuários pesquisados fazia referência à inclusão do sujeito neste centro em uma atividade com argila.

O relato que consta no prontuário é de que a paciente participou regularmente dessa atividade em 2001. Hoje, não existem relatos se houve continuidade dessa participa-

ção, porém esse sujeito, que tem diagnóstico de esquizofrenia, teve a oportunidade de contar não apenas com um tratamento baseado na medicalização, como busca a política da reforma psiquiátrica e a psicanálise ao proporem a clínica do sujeito. Houve outro caso de paciente psiquiátrico, psicótico, com alucinações. Ele foi encaminhado para acompanhamento psicológico, mas, após 9 meses, continuava aguardando, sem perspectiva de ser atendido.

Alguns dos prontuários analisados também trouxeram relatos de atendimentos realizados com profissionais de diversas áreas, como terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Novamente, pôde-se observar um movimento do Hospital Juliano Moreira em tentar implantar pressupostos básicos da reforma psiquiátrica e da psicanálise, ou seja, em tentar apontar outros caminhos para que os sujeitos possam lidar com seus sintomas.

Apesar disso, um número significativo de prontuários apontou para um tratamento exclusivamente farmacológico dos pacientes. Dos 11 casos vistos, portanto um percentual de 63% dos casos, 7 são atendidos somente por psiquiatras. São casos que estão em tratamento há 8 meses ou até 9 anos, acompanhados unicamente pela psiquiatria. A média de tempo dos pacientes com tratamento exclusivamente farmacológico era de aproximadamente 2 anos e meio. O número de atendimentos apenas em psiquiatria traz alguns questionamentos.

Surge uma questão importante: seria o tratamento centralizado na farmacologia um dos motivos de os pacientes retornarem frequentemente à emergência do hospital mesmo já estando em tratamento psiquiátrico ambulatorial? Um dado observado foi que 3 dos 7 prontuários que são tratados exclusivamente com medicações já faziam tratamento ambulatorial em média há 2 anos e meio no HJM e, mesmo assim, retornaram à emergência demandando atendimento.

Por meio da análise de prontuários, pôde-se perceber que ainda existe no tratamento de pacientes do ambulatório do Hospital Juliano Moreira uma hegemonia do saber médico. Há uma equipe multidisciplinar que, pelos registros do prontuário, não atua integralmente com outras áreas. Por exemplo, a enfermagem apenas registra se o paciente compareceu ou não àquele atendimento com o psiquiatra e não parece fazer intervenções junto ao tratamento do paciente.

Considerações finais

Os elementos que surgiram durante a análise dos prontuários de pacientes em tratamento no Hospital Juliano Moreira contribuíram para uma compreensão mais ampla acerca do tratamento dado aos pacientes da saúde mental no hospital de maior referência no Estado da Bahia. Avanços e obstáculos puderam ser identificados no que se refere à reforma psiquiátrica e à participação da psicanálise, por meio da clínica do sujeito na direção dos tratamentos.

A existência de um Centro de Atividades Terapêuticas e a participação de pacientes neste é um grande avanço no que diz respeito ao tratamento em um hospital psiquiátrico. Novas possibilidades estão sendo apontadas para esses sujeitos lidarem com suas dificuldades não só por meio da medicalização.

Essas novas possibilidades trazidas por atendimentos psicológicos, oficinas terapêuticas e cursos profissionalizantes são de extrema importância em um tratamento de um psicótico, pois não se restringem somente à tentativa de eliminar os sintomas dos pacientes. No caso da pesquisa no hospital em questão, ainda é bastante reduzido o número de sujeitos que têm acesso ao tratamento multidisciplinar.

A maioria dos pacientes ainda é acompanhada exclusivamente por psiquiatras, ou seja, é tratada unicamente por medicações. Este é um obstáculo encontrado, pois, como já postulava Freud (1969e), o delírio apresentado pelos psicóticos é uma tentativa de cura. Portanto, os profissionais da saúde mental fundamentados na teoria psicanalítica podem ter outra atitude diante do sintoma, evitando, dessa forma, o *furor curandis* de querer a qualquer custo eliminá-lo. Abordar o sintoma como uma manifestação subjetiva significa acolhê-lo para que seja desdobrado, fazendo que possa surgir um sujeito (QUINET, 2006).

Os resultados da pesquisa obtidos por meio da observação de triagens no Setor de Emergência, Triagem e Acolhimento e análise de prontuários do ambulatório do Hospital Juliano Moreira demonstraram que já existe algum movimento sendo feito para a implantação das novas políticas em saúde mental, que levem em conta a clínica do sujeito desde a recepção dos pacientes. Porém, esse processo ainda está sendo implementado, pois ainda foram encontrados casos em que a voz dos sujeitos ainda é desvalorizada em certos momentos, e não são ofertadas outras possibilidades de tratamento para a maioria dos pacientes, ficando estes submetidos unicamente ao caminho da farmacologia.

Diante dos elementos apontados na realização da pesquisa, algumas questões concernentes ao avanço da reforma psiquiátrica no Brasil podem ser levantadas. Será que a abordagem feita pelos participantes dessa reforma está priorizando somente o sujeito cidadão, o sujeito de direitos? Será que a clínica do sujeito pleiteada pelos fundadores da reforma psiquiátrica no Brasil, psiquiatras mineiros que eram também psicanalistas, está sendo deixada de lado em prol de uma assistência puramente social? Será que, mesmo diante da existência de elementos tão importantes no tratamento de pacientes, no campo da saúde mental ainda impera a hegemonia médica?

A análise crítica do momento de recepção de pacientes no Seta e dos prontuários dos pacientes do ambulatório do referido hospital possibilitou a visualização do perfil da clínica institucional, evidenciando os impasses existentes no que se refere a um atendimento no qual o paciente seja respeitado em sua subjetividade e seus direitos. Essa confrontação com as práticas na saúde mental atualmente na cidade de Salvador fornece subsídios teórico-práticos que possam respaldar um exercício mais ético dos profissionais nesse campo.

A seguir as referências bibliográficas utilizadas no presente artigo e na realização da pesquisa, para além das citadas no corpo deste texto. Esse fato decorre da importância delas para uma análise mais abrangente do tema.

Referências

ALBERTI, S.; Figueiredo, A. C. "Apresentação" do livro. In: _____. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

- BARRETO, F. P. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.
- CALDERONI, M. O ato clínico de recepção e triagem. **Percurso – Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano X, n. 20, 1998.
- CID-10. **Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários/Organização Mundial de Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- FERRARI, I. F. Os cursos de psicologia de Minas Gerais e a presença da psicanálise na disciplina psicopatologia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, 2001.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos – a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1997.
- FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano V, v. 1, 2002.
- FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição standard das obras completas brasileiras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969a.
- _____. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: **Edição standard das obras completas brasileiras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969b.
- _____. Sobre o início do tratamento. In: **Edição standard das obras completas brasileiras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969c.
- _____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição standard das obras completas brasileiras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969d.
- _____. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*). In: **Edição standard das obras completas brasileiras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969e.
- LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LERNER, R. **A psicanálise no discurso de agentes da saúde mental**. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2006.
- MONTEZUMA, M. A. A clínica na saúde mental. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.
- _____. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- RUSSO, J.; FERREIRA FILHO, J. Psiquiatria, psicanálise e a reforma da assistência em saúde mental no Brasil. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

- SAURET, M.-J. A pesquisa clínica em psicanálise. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, 2003.
- SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto da psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

Contato

Andréa Hortélio Fernandes
Rua Rio São Pedro, 24/ 501
Graça – Salvador – BA
CEP 40150-350
e-mail: ahfernandes@terra.com.br

Tramitação

Recebido em outubro de 2008
Aceito em fevereiro de 2009