

Considerações sobre a prática clínica em uma enfermaria de psiquiatria

Considerations regarding the clinical practice in a psychiatric ward

Ingrid Vorsatz¹

Juliana Corcos²

Penélope Esteves Raposo Mathias³

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro/RJ

RESUMO

A Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, na cidade do Rio de Janeiro, é um dos cenários de práticas do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Problematizaremos as questões que caracterizam as práticas clínicas institucionais tendo em vista a inserção dos residentes neste dispositivo assistencial, cuja atuação é orientada pela psicanálise.

Palavras-chave: psicologia; psicanálise; residência hospitalar; psiquiatria; saúde mental.

ABSTRACT

The psychiatry teaching unit of Pedro Ernesto University Hospital, in Rio de Janeiro, is one of the practices spots of the course in Specialization of clinical and institucional psychology - residency module of the Psychology Institute of the Rio de Janeiro State University. The issues about institucionalized clinical practices will be inquired in this article, whereas the insertion of the residency

¹ Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (IP-UERJ). Docente e supervisora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COREMU-UERJ). Contato: ingrid.vorsatz@uerj.br.

² Especialista em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Psicóloga clínica no Amil Espaço Saúde. Contato: juliana.corcos@gmail.com.

³ Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (IP-UERJ). Especialista em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Psicóloga clínica no Centro de Orientação e Reabilitação Beneficente de Inhaúma (CORBI). Contato: penelope.erm@gmail.com.

students on this assistencial set, whose work is guided by psychoanalytical studies.

Keywords: psychology; psychoanalysis; residency; psychiatry; mental health.

Introdução

Partiremos da convocação ao “retorno sobre a experiência” como condição para o relançamento das questões atinentes ao binômio “psicanálise e hospital”, para indicar alguns pontos de inflexão, interrogando a especificidade da experiência no âmbito da formação em serviço dos residentes do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A partir dessa especificidade, procuraremos cernir algumas questões que permitam problematizar as próprias condições desse relançamento, tal como proposto, do reconhecimento do caráter “precário e perecível” da permanência da relação entre psicanálise e hospital.

Para tanto, apresentaremos um histórico sucinto da inserção da psicologia na instituição hospitalar, visando uma contextualização de suas práticas. Trataremos da inserção da psicologia no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as práticas no campo da saúde mental instituídas a partir do advento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em seguida, discutiremos a inserção do residente na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), um dos cenários da formação em serviço do Curso. Por fim, problematizaremos a atual prevalência do diagnóstico sindrômico no âmbito das práticas em psiquiatria, tomando como referência a prática clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental.

Psicologia hospitalar - um breve histórico

Bruscato (2004) aponta que em 1818 surge a primeira equipe multiprofissional a incluir um psicólogo no hospital McLean em Massachussets, nos Estados Unidos da América do Norte, local em que foi fundado, em 1904, um laboratório voltado para pesquisas da Psicologia Hospitalar. Weg e Suls (2014), afirmam que, no início do século XX, alguns estudos acerca das causas psicológicas das enfermidades físicas começaram a chamar a atenção da comunidade médica, levando alguns psiquiatras a estender as teorias de Freud para o campo das doenças orgânicas, criando então uma nova área denominada como psicossomática, que estuda, ainda hoje, a influência de fatores psíquicos para o adoecimento.

Há um consenso entre os estudos (Weg & Suls, 2014; Pate & Kohut, 2003) de que a legitimação do trabalho do psicólogo no hospital ocorreu após o término da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando militares hospitalizados começaram a apresentar sintomas decorrentes de um trauma psíquico. Entretanto, ainda que psicólogos tenham passado a atuar sistematicamente nesse ambiente, foi apenas em 1978 que a American Psychological Association (APA) oficializou o exercício do psicólogo no campo da saúde, surgindo a área denominada de Psicologia da Saúde - hoje internacionalmente reconhecida - que estuda a etiologia psicológica das doenças orgânicas, bem como desenvolve ações de prevenção, promoção e tratamento de doenças (Azevedo & Crepaldi, 2016).

No contexto brasileiro, a atuação do psicólogo no hospital geral, representando uma especificidade da Psicologia da Saúde no setor terciário, iniciou-se de maneira dispersa, visto que a prática só passou a ter o estatuto da profissão reconhecido em 1962, a partir da promulgação de decreto regulamentador (Lei n. 4119, 1962). Contudo, Ismael (2005) afirma que há relatos de psicólogos trabalhando em hospitais desde a década de 50 do século XX, apesar dessa atividade ser realizada também por profissionais com formação em outras áreas das Ciências Humanas (Azevedo & Crepaldi, 2016). Mathilde Neder, psicóloga atuante em São Paulo, é apontada por diversos estudos (Ferreira, 2001; Azevedo & Crepaldi, 2016; Isamel, 2005) como sendo

a pioneira no campo, trabalhando, já em 1954, no atendimento a crianças submetidas à cirurgia da cervical no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (HC-FMUSP).

De acordo com Angerami-Camon (2002), na década de 1970, Bellkiss Wilma Romano Lamosa é convidada a participar da implantação do Serviço de Psicologia do Instituto do Coração no HC-FMUSP, cargo que a levou a criar, em 1976, o primeiro curso de Psicologia Hospitalar do país oferecido pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. O autor aponta que em 1983 foi realizado o I Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, promovido pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo-USP, sob responsabilidade geral de Lamosa, sendo o primeiro evento de âmbito nacional a reunir os diversos psicólogos que atuavam, de maneira dispersa, em hospitais de todo o Brasil.

Assim, à medida que essa práxis vai crescendo, surge a necessidade da criação de um órgão que cuidasse dos interesses e dos avanços científicos da classe, levando à fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar em 1997 (Azevedo & Crepaldi, 2016). Reconhecida desde o ano 2000 como especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia, a Psicologia Hospitalar segue em crescente expansão, através de investigações, estudos e relatos que contribuam para o bem-estar físico e psíquico dos indivíduos que, em algum momento da sua existência, permanecem hospitalizados em decorrência de uma doença orgânica.

A Atuação do Psicólogo no SUS e sua Interface com a Reforma Psiquiátrica

De acordo com Carvalho e Yamamoto (2002) a prática psicológica no Brasil se iniciou em meados da década de 1920, tendo o estatuto da profissão passado a ser reconhecido, conforme mencionado, em 1962 (Lei n. 4119, 1962). Na década de setenta do século passado cria-se o Conselho Federal de Psicologia – CFP (Lei n. 5.766, 1971), que iniciou sua atuação em 1973.

A profissão começa a se estabelecer formalmente, portanto, no início da década de 1970, mas as primeiras aberturas à atuação do psicólogo na saúde

pública brasileira situam-se no final da década de 1960, com as demandas do sistema previdenciário do Instituto Nacional de Previdência e Saúde. Nesse contexto, a intervenção do psicólogo se restringia a questões relacionadas à aposentadoria, ou ainda tendo como práticas de atuação o psicodiagnóstico e a orientação vocacional em contextos de reinserção profissional em casos de acidentes de trabalho (Spink & Matta, 2007).

A partir da década de 1970, com o avanço da luta pela redemocratização da saúde e a progressiva valorização dos fatores psíquicos e sociais como determinantes do processo saúde-doença, a Psicologia figura como um dos saberes protagonistas na construção do novo modelo sanitário. Nesse momento, com a saúde direcionando-se para um olhar mais abrangente de seus fatores constituintes, e a valorização cada vez maior da atuação de diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidado da população, abrem-se novas perspectivas para estudos e reflexões de caráter psicossocial (Spink & Matta, 2007).

Paralelamente, no campo da saúde mental, as críticas ao modelo asilar vigente convocam psicólogos a refletir sobre teorias e práticas que contribuam para uma transformação na assistência de doentes psiquiátricos (Pires & Braga, 2010). Esse movimento, contemporâneo ao Movimento de Reforma Sanitária, ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica e pode-se considerar, respeitando-se suas especificidades, que os dois movimentos surgem com a pauta de lutar por direitos e cidadania no que tange à política de saúde do país (Ferreira, 2012).

A Reforma Psiquiátrica contou com a colaboração de atores de diversas áreas que tinham como pressupostos norteadores a garantia dos direitos dos pacientes (usuários dos serviços) e seu estatuto jurídico na sociedade democrática; a atenção psicossocial, como caminho para realização do acesso ao tratamento com qualidade, e a garantia da autonomia e liberdade; a construção de um “lugar social para a loucura”, significando o esforço de superação das concepções sociais que ainda sustentam o preconceito, o estigma e a negação da autonomia possível do paciente. E, ainda, o estímulo à produção de saberes sobre o sofrimento psíquico e o seu tratamento,

apontando a necessidade de uma construção permanente de práticas que aliviem o sofrimento e ampliem a autonomia e o protagonismo dos pacientes (Amarante, 1995).

Os avanços das discussões acerca da complexidade do fenômeno do adoecimento psíquico bem como a mobilização de grupos sociais que buscavam dar visibilidade ao tema da loucura surtiu efeitos positivos em diversos âmbitos políticos e sociais (Ministério da Saúde, 2005). No plano legal, muitas leis e portarias foram criadas para garantir que a cidadania dos usuários da saúde mental fosse garantida, destacando-se a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Além disso, deu-se o desenvolvimento de estratégias ativas de inclusão social, através de ações de trabalho, cultura, educação através da ampliação do acesso à escolarização para pessoas portadoras de transtornos mentais, lazer e esporte (Amarante, 1995). Por fim, em relação aos dispositivos de saúde, considerou-se que os usuários teriam muito a ganhar com a organização de uma rede de serviços de base comunitária, abertos, próximos das residências dos pacientes, bem como através da eliminação das formas de tratamento de características asilares ou de confinamento (Leal & Antoni, 2003).

De acordo com Leal e Antoni (2003), essa rede de serviços substitutivos, composta em especial pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contribui para a reformulação completa do modelo hospitalocêntrico, que dominou a assistência em saúde mental no Brasil até o início do século XXI. O Estado deve, então, redirecionar os recursos financeiros e humanos para serviços territoriais e comunitários, reservando ao componente hospitalar (preferencialmente em hospitais gerais) uma função complementar, para situações de maior gravidade. As internações psiquiátricas devem ser vistas como o último recurso terapêutico, no atual modelo assistencial em saúde mental – à semelhança do que ocorre no campo da saúde tout court.

Segundo Lima e Brasil (2014), surgem, por fim, propostas de desinstitucionalização, que visam apoiar pacientes que ainda estão submetidos

a formas asilares de tratamento, na construção de alternativas de vida fora das instituições psiquiátricas, culminando na criação de residências terapêuticas e a implementação de equipes de acompanhamento no território. Vale salientar que uma diretriz importante da Reforma Psiquiátrica versa que a Atenção Básica, através dos centros de saúde e da Estratégia Saúde da Família (ESF, designada anteriormente como Programa de Saúde da Família-PSF) e de agentes comunitários de saúde, seja a porta de entrada e ponto de sustentação do cuidado para a maioria dos casos que demandam atendimento (Ministério da Saúde, 2005).

Conforme apontam alguns estudos (Dimenstein, 1998; Silva, 1992), a criação desses novos dispositivos na rede de saúde mental, e a colaboração dos saberes e práticas da Psicologia na construção de um novo modelo de assistência a pacientes portadores de doenças psíquicas, fez com que a presença crescente dos psicólogos na saúde pública no Brasil, acontecesse em associação com a Reforma Psiquiátrica (Pires & Braga, 2010).

Apesar disso, conforme afirma Dimenstein (1998), ainda que a entrada do psicólogo no setor da saúde pública tenha se dado num contexto histórico-político-econômico determinado, tais fatores contribuíram para uma valorização cultural da Psicologia, sendo o trabalho do psicólogo considerado, a partir de então, como atividade essencial para a promoção da saúde da população.

Somando-se a isso elementos como a crise financeira e social que abateu o Brasil no fim da década de 1970, fazendo com que os atendimentos privados se reduzissem drasticamente (Dimenstein, 1998), e uma crise interna que levou a Psicologia a questionar o caráter de seu campo de atuação, então limitado a demandas individuais e privadas, resultando em uma insuficiência na apresentação de práticas socialmente mais relevantes (Carvalho & Yamamoto, 2002), observa-se uma mudança no perfil do profissional, que passa a buscar se integrar aos dispositivos de saúde pública.

Cabe assinalar que muitas circunstâncias sociais e políticas atravessam a história da atuação de profissionais psicólogos na saúde pública mas, conforme Spink e Matta (2007) salientam, pensar a contribuição da Psicologia para os estudos sobre a Saúde Pública, e os campos que a compõem, deve

ser um trabalho de pesquisa pormenorizado sobre cada uma dessas perspectivas, visto que todos esses domínios contaram, de uma forma ou de outra, com a inserção das práticas psicológicas.

O advento da Reforma Sanitária, e a consequente criação do SUS, com seus princípios norteadores, apresentam-se como fator derradeiro na apropriação, por parte de psicólogos, deste campo de trabalho. Isso se dá em função de o novo modelo reiterar a concepção de que a saúde deve ser prevenida e promovida e não apenas conservada (Pires & Braga, 2010), buscando-se pesquisar e operar sobre os múltiplos fatores e determinantes envolvidos no processo do adoecer - conceito de integralidade preconizado pelo SUS (Lei n. 8.080, 1990).

Spink e Matta (2007) apontam que a noção de integralidade abre as portas dos serviços de saúde para a Psicologia, cujos profissionais passam a ser incluídos nas equipes multiprofissionais. Já Ferreira (2007) afirma que o SUS pode se beneficiar com a colaboração de todas as subáreas da Psicologia, tendo, inclusive, recebido grande contribuição das reflexões propostas pelos psicólogos na formulação do conceito de integralidade, princípio preconizado pelas políticas públicas de saúde.

Assim, a rede de saúde mental, os hospitais, os ambulatórios e os centros de saúde foram "os lugares mais utilizados para a construção de novos espaços de atuação em busca de inserção social mais significativa por parte do psicólogo" (Carvalho & Yamamoto, 2002, p. 16). Para Spink e Matta (2007), tal inclusão requer uma reflexão acerca das novas formas de atuação compatíveis com os princípios do SUS pois o trabalho do psicólogo na rede pública de saúde deve ser norteado pelas propostas preconizadas pelo SUS, modelo que prima, sobretudo, pela promoção da autonomia e da cidadania da população.

Assim sendo, a Psicologia deve ser capaz de contribuir com seu saber na busca de uma visão integral do sujeito, mudando o foco - da doença para o indivíduo - na busca de uma orientação que determina para a prática do profissional uma atuação que:

Rompe, portanto, enfoques mais tradicionais centrados no indivíduo... focaliza a prevenção da doença e a promoção da saúde e incentiva os atores sociais envolvidos para a

geração de propostas de transformação do ambiente em que vivem. Trata-se, portanto de um processo de transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a qualidade de vida (Camargo-Borges & Cardoso, 2005, p. 29).

A Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto

A Unidade Docente-Assistencial (UDA) de Psiquiatria, criada na década de 60 do século XX, é uma das unidades do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa através de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e alunos da pós-graduação, em extensão, especialização e residência de psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social. A UDA de Psiquiatria conta com três dispositivos terapêuticos: o Ambulatório, a Enfermaria e o Centro de Convivência onde atuam psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

Nos deteremos sobre a nossa inserção na Enfermaria, como residentes de Psicologia, nos anos de 2015-2016 e 2016-2017, respectivamente, procurando assinalar os avanços em relação ao modelo hospitalocêntrico criticado pela Reforma Psiquiátrica, bem como as dificuldades encontradas em relação a atuação do psicólogo, sobretudo no estabelecimento de um trabalho efetivamente interdisciplinar – e não apenas multiprofissional - em relação à clínica da psicose.

A enfermaria é destinada a internações, de curta duração, previstas geralmente em torno de quatro semanas, período este estabelecido pela direção da UDA. Não obstante, Freud (1913/2010), a propósito do tratamento psicanalítico sob transferência, aponta que limitações de tempo deveriam ser rejeitadas, pois não são vantajosas nem para o médico e nem para o paciente. Evidencia-se aqui uma importante diferença em relação ao trabalho clínico realizado na instituição psiquiátrica, cujas diretrizes políticas também devem ser observadas.

O paciente internado na UDA de Psiquiatria do HUPE participa de diversas oficinas ofertadas em diferentes dias da semana, de 2ª a 6ª feira, tais como a Oficina Café e Poesia e a Oficina de Cerâmica, conduzidas pela terapeuta ocupacional do Serviço. As visitas de familiares e pessoas próximas são permitidas diariamente no período de 14:00 às 16:00 horas. Vestes próprias e objetos de uso pessoal são solicitados aos pacientes para o período de internação. A UDA de Psiquiatria encontra-se no complexo hospitalar, mas não no prédio principal, numa edificação próxima ao necrotério, em um espaço físico similar a uma vila, com dormitórios onde ficam os leitos e sanitários. Em cada casa há espaço para cinco pacientes, em média. Algumas são reservadas para o público feminino e outras ao masculino.

Os residentes de Psicologia se inserem na rotina do Serviço participando juntamente com residentes e profissionais de outras áreas - medicina, serviço social e enfermagem – de atividades em grupo, oficinas, supervisões. Realizamos acompanhamento aos pacientes internados e seus familiares, além da supervisão semanal dos casos em acompanhamento e com estudo de bibliografia relacionada à problemática clínica apresentada pelos pacientes internados. A supervisão, de orientação psicanalítica, é conduzida por uma docente do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar.

A internação ocorre através de uma avaliação dos psiquiatras e residentes de Psiquiatria, sendo que, em sua maior parte, esses pacientes já eram acompanhados ambulatorialmente no Serviço. O tratamento médico tem como direção o controle sintomático, caracterizando, em parte, aquilo que vem sendo problematizado pelos atores da Reforma Psiquiátrica:

Neste cenário o pacto viabilizado é em torno da vigilância, da observação, da administração do medicamento e do acompanhamento da evolução sintomática, sustentado pela tradição médica de um saber sobre o corpo, e de seu poder de barrar, de fazer o mal-estar silenciar, ou torná-lo mais suportável. (Rocha, 1994, p. 86).

Os medicamentos neurolépticos fornecem suporte a essa demanda de bem-estar, em geral sustentada pelo familiar ou acompanhante do usuário, quando este começa a apresentar comportamentos considerados impróprios,

agressivos, que fogem das normas sociais. Lacan (1966/2001), aponta que quando o paciente se encontra com o médico ele não espera simplesmente a cura. Muitas vezes, este busca uma autenticação do seu lugar de doente. O autor pontua ainda que quando algo é demandado “isso não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto aquilo que se deseja” (Lacan, 1966/2001, p.10). Em que medida aquilo que o próprio paciente diz é levado em conta? Pensamos que esta é uma questão a ser permanentemente recolocada no trabalho clínico.

Diagnóstico Fenomenológico e Síndrômico – a Proliferação dos Transtornos Mentais

O contexto hospitalar visa o reestabelecimento da saúde, e nessa perspectiva os psicólogos são chamados a se inserir nesse espaço. Trataremos da inserção do psicólogo no hospital através da perspectiva psicanalítica, posto que esta prática está cada vez mais difundida em outros campos do saber para além dos consultórios privados. Machado e Chatelard (2013) introduzem:

O psicanalista pode ser solicitado pelo médico para eliminar um fenômeno psíquico, para tentar acalmar qualquer situação de angústia ou para convencer os pacientes a aceitarem algum procedimento ao qual ele se opõe ou resiste. Eliminar, acalmar, convencer... Esses são termos que frequentemente envolvem o pedido do médico ao analista. (Chatelard & Machado, 2013, p.139).

A partir da inserção do psicólogo de orientação psicanalítica em um hospital, principalmente em uma enfermaria psiquiátrica, ambiente destinado ao tratamento onde o discurso médico é dominante, a questão diagnóstica se faz presente na rotina do serviço. Este discurso exclui a subjetividade através de uma “decifração” de sinais e sintomas, e o conjunto destes, previamente dados e reunidos em manuais, levam à formulação de um diagnóstico. Utiliza-se principalmente dois sistemas internacionais de classificação: Classificação Internacional de Doenças (CID) que se encontra atualmente em sua 10ª

revisão – CID 10; e o Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição (DSM-V).

Percebe-se que a clínica psiquiátrica tem se baseado, principalmente, no estabelecimento de diagnósticos pautados em descrições de sinais e sintomas dos fenômenos clínicos, daí a existência dos manuais de classificação. Por outro lado, a diferença e a singularidade são justamente a via pela qual o discurso da psicanálise se sustenta, escutando o sintoma trazido pelo sujeito que será apreendido a partir de sua própria história, bem como reconhecendo a sua forma de se posicionar no mundo, sem pretender calá-lo ou enquadrá-lo em uma categoria nosográfica a priori.

A psiquiatria tem como herança a mensuração e a classificação para um diagnóstico baseado nos fenômenos observáveis, e a psicanálise é uma teoria que se sustenta a partir do conceito de inconsciente e que apresenta um diagnóstico que não poderá ser dado exclusivamente pelos sintomas e sim em referência à estrutura clínica do sujeito. (Loures & Fernandes, 2015, p.280)

A psiquiatria voltada à etiologia orgânica é o padrão predominante atualmente; contudo, essa perspectiva afasta-se do sujeito e de sua fala singular, priorizando a descrição dos fenômenos objetivamente. A resposta que essa fornece localiza-se na classificação dos sintomas e sua terapêutica se baseia na medicação dos desvios que se observam. O tratamento psiquiátrico se dá por intermédio dos psicofármacos e o medicamento se torna seu principal viés de intervenção terapêutica. A clínica psiquiátrica, dessa forma, parece assumir uma espécie de redução do sujeito aos sintomas, e o seu tratamento às substâncias que modifiquem o que é tido como disfuncional no organismo ou, ainda, em relação ao comportamento. Com isso, a história do sujeito e suas relações passam a não ter qualquer relevância para o que ocorre biologicamente. Como problematiza Ferreira (2005) a psiquiatria torna-se:

Um método de conhecer as doenças, de comunicar e de trocar conhecimento técnico entre os médicos, além de veículo de divulgação dos conhecimentos e da perícia médica frente aos tipos de enfermidade. Mas a clínica construída na proximidade com o enfermo foi seduzida

pela clínica das doenças, esquecendo-se, às vezes, do doente. (Ferreira, 2005, p.206)

Levanta-se a questão acerca da intervenção psiquiátrica na direção do tratamento, pois nessa perspectiva se tem como efeito a exclusão do sujeito, reduzindo a clínica à aplicação de condutas baseadas na observação de sintomas pelo médico e o diagnóstico preexistente nos manuais e sistemas de classificação de doenças e transtornos mentais, que não incluem o sujeito e sua história. Busca-se, assim, tratar tudo que foge a uma norma preestabelecida. Como apontam Figueiredo e Tenório (2002):

Atualmente, o triunfalismo da psiquiatria biológica ameaça reduzir a clínica psiquiátrica à mera aplicação apriorística de condutas: feita a equivalência entre os sintomas observados pelo médico e o diagnóstico determinado nos sistemas de classificação, está dada a conduta, prescindindo-se do sujeito e de suas circunstâncias (Figueiredo & Tenório, 2002, p. 31)

Diferenciar diagnóstico sintomático e diagnóstico nosológico torna-se importante. Entende-se por síndrome um conjunto de sinais e sintomas, não a doença em si mesma; o diagnóstico pautado na descrição de sinais e sintomas abre mão de uma dimensão cara à prática clínica tout court: a de etiologia. Contudo, para um mesmo conjunto de sinais e sintomas pode-se identificar diversos tipos de transtornos conforme a classificação de doenças pelos manuais diagnósticos, notadamente os norte-americanos. Como pontuam Figueiredo e Tenório (2002): “O diagnóstico sintomático, portanto, descreveria esse conjunto de sinais e sintomas, sem definir a doença de fundo”, isto é, sem determinar qual seria a sua etiologia. Já o diagnóstico nosológico se propõe a investigar qual é a doença de base, isto é, a causa dos sintomas, uma vez que se define nosologia como o estudo e classificação das doenças, no contexto de uma nosografia – sua descrição e classificação – no caso, psiquiátrica.

Com isso, se observa nas práticas hospitalares em psiquiatria que a terapêutica é voltada, quase que exclusivamente, ao tratamento sintomático. Esta clínica é orientada a sistematizar através do diagnóstico sintomático o que se deve tratar primeiro, isto é, quais sintomas merecem a atenção do médico. A medicação prescrita não visa curar a doença de base (uma vez que o

diagnóstico sindrômico não contempla a nosologia), mas sim eliminar ou reduzir os sintomas apresentados pelo paciente, através da descrição e categorização nosográfica presente nos manuais de psiquiatria, como o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V).

Diante dessa problemática, emerge a candente questão: em face da proliferação de sistemas classificatórios, há ainda um lugar para o sujeito na clínica psiquiátrica? Em meio a tantas descrições contidas nos manuais, a própria clínica é reduzida, uma vez que a fala do paciente não é levada em conta, não se encontra no roteiro da anamnese, tornando-se cada vez menos importante na formulação de um diagnóstico psiquiátrico, conforme pontuado anteriormente. Desta forma, o paciente se vê reduzido a um objeto de intervenção, não havendo possibilidade para que seja escutado como sujeito.

Porém, também podemos observar no próprio campo da psiquiatria tentativas de uma clínica psiquiátrica onde a dimensão subjetiva tem lugar no campo da doença mental, em que a questão do sujeito pode ter lugar. Nesse cenário, a psicanálise tem uma importante contribuição a dar, visando um tratamento possível da psicose. Afinal, se o diagnóstico para a psiquiatria é um apanhado de sintomas, isso indicaria que clínica psiquiátrica é do olhar, mais do que da escuta; já segundo Figueiredo e Tenório (2002), “fazer falar é o ofício do psicanalista” (p. 35). Assim, trazer o protagonismo à fala do paciente fazendo comparecer um sujeito é um caminho para se repensar as intervenções no campo da saúde mental.

No início de sua obra, Freud já se deparara com a insuficiência da descrição de sinais e sintomas de uma patologia, pois isto não permitia uma articulação entre o que se apresentava como fenômeno clínico e a ausência de etiologia orgânica - no caso, tratava-se da clínica da histeria e sua sintomatologia enigmática, visto que esta subvertia a anatomia. A fala e a escuta do sujeito são prioridade no tratamento de orientação psicanalítica, e, conseqüentemente, na construção de uma hipótese diagnóstica que ocorre na e sob transferência, de modo que “a construção da psicanálise se funda na articulação estreita entre experiência e saber, entre clínica e teoria” (Ferreira, 2005, p. 206).

De acordo com Freud (1913/2010), a única regra para o tratamento é a associação livre, onde o sujeito se coloca a falar tudo que lhe ocorre no momento, sem julgamentos ou restrições. Esse método se baseia no funcionamento inconsciente. Para que isto ocorra é necessária a transferência, mecanismo onde há um deslocamento do investimento libidinal à figura do analista. A demanda de análise, conforme observa Quinet (1991), está diretamente relacionada à elaboração do sintoma enquanto sintoma analítico, ou seja, o sintoma do qual o sujeito se queixa deve se transformar em sintoma analítico. Para isso, a queixa deve se tornar uma demanda endereçada ao analista, e o sintoma se constituir em questão para que o sujeito se implique em decifrá-lo. Ou seja, um trabalho a partir do inconsciente, sendo a transferência o campo que franqueia a possibilidade desse trabalho. Na clínica da psicose, há especificidades a considerar em relação a transferência e seu manejo, bem como a possibilidade de um tratamento analítico tout court. Não obstante, impõe-se o tratamento do real pelo simbólico, este que Lacan (1964/1988) considera a título de práxis.

Considerações Finais

Resta a questão de como considerar – e sustentar – a escuta psicanalítica em um campo que lhe é alheio, como o hospital geral e, no caso, a enfermaria de psiquiatria, onde predomina o pragmatismo dos diagnósticos sindrômicos em detrimento da escuta do sujeito em sua singularidade. Como, e em que condições, é possível distinguir aí o campo da transferência, o único que legitima um tratamento como sendo psicanalítico? Como restaurar, em ato e a cada vez, o fio de sua lâmina cortante? (Lacan, 1964/1988). Sem que isso implique na posição de considerar a psicanálise como um saber que viria a derrogar os demais (por exemplo, o saber médico/psiquiátrico), pois já não seria do discurso analítico que se trata.

A psicanálise disjunta, não se acrescenta, ao que está posto ou ainda instituído. De acordo com Lacan, “o discurso é um modo de funcionamento, a utilização da linguagem como liame” (1972-1973/1985, p. 43). Já o

discurso analítico é aquele que, ao interrogar os demais discursos, permite o quarto de volta que faz com que estes não se tornem hegemônicos – sem pretender, ele mesmo (o discurso analítico) uma hegemonia sobre os demais. Esse pequeno giro anti-horário – na contramão da temporalidade cronológica, especializada e sucessiva – tem por efeito produzir uma instabilidade sobre os demais laços discursivos nos quais transitamos. Apenas um quarto de volta – Lacan era reticente quanto a ideia de “revolução”, que, considerada no sentido astronômico, implica no retorno sobre o ponto de partida.

O discurso analítico implica uma nova modalidade de laço social, no qual o sujeito produz, sob transferência, o significante-mestre ao qual se encontra submetido. A ética está posta; logo, já não há lugar para a queixa, menos ainda para qualquer modalidade de restauração ou ainda de acesso a um bem – como o restabelecimento da saúde, por exemplo. De resto, sabemos que não há o verdadeiro sobre a verdade, visto que não há metalinguagem. A verdade fala - mas não sabe o que diz.

Referências

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (2003) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Angerami-Camon, V. A. (2002). Psicologia hospitalar, passado, presente e perspectivas. In V. A. Angerami-Camon (Org.) *O doente, a psicologia e o hospital* (pp.3-27). São Paulo: Cengage Learning.
- Azevedo, A. V. S., & Crepaldi, M. A. (2016, dezembro) A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 573-585. Recuperado em 07 de novembro, 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400573&lng=en&nrm=iso
- Bruscato, W. L. (2004). A psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In W. L. Bruscato, C. Benedetti, & S. R. A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp.17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (2002, agosto) Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise de experiência brasileira. *Psicologia para América Latina, 0*. Recuperado em 07 de novembro, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2002000100002&lng=pt&nrm=iso
- Chatelard, D. S. & Machado, M. (2013). A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora – Estudos em teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro, v.XVI, nº1, janeiro/junho, pp. 135-150.
- Dimenstein, M. D. B. (1998, junho) O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia 3*(1), 53-81. Recuperado em 20 de novembro, 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=iso
- Ferreira, A. P. (2001) A residência hospitalar como modalidade de especialização em psicologia clínica. *Psicologia: Ciência e Profissão, 21*(2), 2-9. Recuperado em 02 de novembro, 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200002&lng=en&nrm=iso
- Ferreira, A. P. (2005). *A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 8*(2), 204-220.
- Ferreira, M. (2007). Prefácio - A atenção dos psicólogos ao SUS e às políticas públicas. In M. J. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 19-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, W. (2012). Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 4*(9), 52-71.
- Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (2018, novembro). *O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise*. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v.5, n.1, p. 29-43, Mar.2002*. Recuperado em em 16 de novembro, 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142002000100029&lng=en&nrm=iso
- Freud, S. (2010). O início do tratamento. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza trad., V. 10, pp. 163-192). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913).
- Ismael, S. M. C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In S. M. C. Ismael (Org), *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (17-37). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lacan, J. (1985). *O seminário livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Seminário proferido em 1972-73).
- Lacan, J. (1988). *O seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Seminário proferido em 1964).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: revista psicanalítica brasileira internacional*, 32, 8-14. São Paulo: Eolia. (Obra original publicada em 1966).
- Leal, B. M., & Antoni, C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, 40, 87-101. Recuperado em 16 de novembro, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso
- Lei n. 4119 (1962, 27 de agosto). Dispõe sobre a formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 5766 (1971, 20 de dezembro). Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei n. 8.080 (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Lei n. 10216 (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lima, S. S., & Brasil, S. A. (2014, novembro). Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. *Physis*, 24(1), 67-88. Recuperado em 21 de novembro, 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=en&nrm=iso
- Loures, N. R. P. & Fernandes, P. B. (2015). A soberania da clínica: além do diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Estilos da clínica*, São Paulo, v.20, n°2, maio/agosto, pp.279-295.
- Ministério da Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

Pate, W. E., & Kohut, J. L. (2003). Results from a national survey of psychologists in medical school settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(3), 85-91.

Pires, A. C. T., & Braga, T. M. S. (2010). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17(1), 151-162. Recuperado em 21 de novembro, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013&lng=pt&nrm=iso

Quinet, A. (1991). *As 4+1 Condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Rocha, E. (1994). Ética e assistência. In Figueiredo, A. C. & Da Silva Filho, J.F. (Orgs.). *Ética e Saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks.

Spink, M. J., & Matta, G. C. (2007) A prática profissional Psi na Saúde Pública: Configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In CAMPOS, Florianita Coelho Braga (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.

Weg, M. V., & Suls, J. (2014). A history of clinical psychology in medical settings. In C. M. Hunter, C. L. Hunter, & R. Kessler (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings: Evidence-based assessment and intervention* (pp. 19-38). New York: Springer Science + Business Media.