

SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MATO GROSSO

BORGES, Kamila Nunes¹
BORGES, Karina Nunes¹
SILVA, Laís Soares Borda da¹
SOUZA, Daniely Cristina Santos¹
GOMES, Luiz Guilherme Araújo²

RESUMO

O presente estudo foi realizado no hospital psiquiátrico de Mato Grosso junto à equipe multidisciplinar que compõe o quadro de funcionários da instituição. Pretendeu-se discutir o uso da psicanálise no âmbito do hospital psiquiátrico. Para isso utilizou-se da metodologia qualitativa e como meio de instrumentalização a observação participante e entrevista semiestruturada com os participantes da pesquisa. Os aspectos que foram possíveis de serem levantados acerca do uso da psicanálise no hospital psiquiátrico de Mato Grosso dizem respeito ao preponderante acolhimento e escuta dos profissionais da instituição para com os pacientes. A respeito da transferência, nota-se que o “acolhimento” e o “vínculo” citados pela equipe multidisciplinar aparecem quando os pacientes, em muitos dos casos, retornam voluntariamente à instituição. Possibilitou-se, ainda, o entendimento sobre a integração da equipe para a realização dos trabalhos junto aos pacientes, visto que nas entrevistas o manejo profissional foi exaltado pela maioria dos profissionais. Sobre a luta antimanicomial, os profissionais se manifestam em relação a este movimento com perspectiva de melhora dos tratamentos e da infraestrutura da instituição. Um dos pontos negativos que foram possíveis de serem observados a partir da fala dos profissionais denuncia a falta de estrutura na Rede de Saúde mental, salientando a deficiência na lógica de funcionamento de muitos CAPS, por exemplo, a falta de CAPS III. Verificou-se, ainda, que a falta de estrutura física para o tratamento não atinge somente o hospital psiquiátrico, mas toda a Rede de Saúde Mental. Conclui-se que os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do hospital psiquiátrico entendem a psicanálise como sendo a que contribui nos estudos dos casos; com acolhimento dos pacientes, da família, e que ajuda a equipe multidisciplinar a refletir sobre os casos. Os profissionais de maneira conjunta pensam na condução dos tratamentos e nas possíveis decisões, quanto a medidas interventivas e manutenção ou não da internação. Analisando assim, possíveis melhoras que vise a alta do paciente.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psicologia; Psicanálise; Hospital Psiquiátrico

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo discutir o uso da psicanálise no contexto do hospital psiquiátrico de Cuiabá - Mato Grosso, em sua articulação com a política de saúde mental. As reflexões que viabilizaram o presente trabalho aconteceram por meio de análises em grupo, a fim de discutir o uso da psicanálise no contexto do hospital psiquiátrico. Com o intuito de compreender o processo de constituição do hospital psiquiátrico de Cuiabá,

¹ Discentes do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

² Doutorando em Saúde Coletiva pela UFMT. Mestre em Saúde Coletiva pela UFMT e coordenador do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

realizaram-se pesquisas e levantamentos bibliográficos. Propõe-se discutir como a psicanálise é utilizada no hospital psiquiátrico de Cuiabá, mediante observação participante e entrevista semiestruturada. Após o levantamento dos dados, objetivou-se analisar como a psicanálise pode contribuir enquanto tratamento nos espaços de saúde mental.

A Lei de Paulo Delgado de número 10.216³ do ano de 2001 promulga acerca dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redirecionam os cuidados e a forma de atendimento em saúde mental, situando o Estado como responsável por suprirem as necessidades correlatas ao Sistema Único de Saúde para o atendimento de pessoas em surto. Esta Lei estabelece que seja de responsabilidade do Estado criar políticas de saúde mental, assistência e promoção de ações no âmbito da saúde às pessoas com transtorno mental. Prioriza-se que tais ações envolvam a participação social e o acompanhamento da família. A internação das pessoas com transtorno mental só deve ser necessária se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo priorizado o tratamento dessas pessoas para que haja a reinserção no meio social.

Alinhados aos objetivos deste trabalho, pode-se pensar na psicanálise ocupando espaço na emergência da Reforma Psiquiátrica, assim como discorre Bezerra (2013), quando acentua sobre o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ponderando sobre a ampliação do lugar da clínica em espaços de saúde pública, tornando possível atuação dos profissionais para além do alívio de sintomas. Bezerra (2013), ao citar Figueiredo (2001), assinala que o trabalho da psicanálise, em seu percurso, sempre esteve presente no serviço público, contudo, em uma relação de proximidade e distância.

Desta maneira, o movimento psicanalítico nos serviços públicos, conforme pondera Bezerra (2013), ao citar Figueiredo (2001), assume o lugar de assinalar que o espaço da clínica psicanalítica deveria abster-se do excesso de interpretações e o analista deveria impor-se no lugar de “[...] posição inicial de “testemunha” que garante o trabalho do Sujeito” (BEZERRA, 2013, p. 56). Com este novo prisma, a psicanálise passa a assumir lugar diferente ante o trabalho nas instituições públicas.

Ademais, de acordo com poli (2005) os estudos lacanianos propõem que o movimento do psicanalista deve ser diferente do movimento da clínica psiquiátrica que tenta apreender a loucura como uma desordem orgânica. Asseverando que as expressões que se tem na loucura são correlatas a problemas de significação, que são da ordem da linguagem. O trabalho do analista culminaria, justamente, em revelar o conteúdo de verdade que essas

expressões carregam. Por fim, Lacan pondera que a função do analista é a de desvelar a verdade que há na fala do psicótico por meio da superação de um discurso que parece enganoso (POLI, 2005).

Em relação à produção teórica sobre a psicanálise, discorreu-se, minimamente, sobre o percurso da teoria analítica, salientando de forma breve contribuições de autores como Jacques Lacan, essencial para se pensar a clínica das psicoses. Alinhavados ao objetivo de compreender o uso da psicanálise em espaços institucionais de saúde, pensou-se em contribuições que versavam sobre a psicanálise imersa nestes referidos espaços para subsidiar um aporte teórico que dê suporte a análise dos dados.

BREVE HISTÓRIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL

Com intuito de reunir, minimamente, algumas informações sobre a história de constituição do Hospital psiquiátrico, torna-se relevante a contribuição da autora Pinho (2006), que discorre sobre a história da loucura na cidade de Cuiabá, Mato Grosso. A Santa Casa de Misericórdia era responsável pelo recolhimento das pessoas reconhecidas como “dementes” até 1928, visto que o enclausuramento, em meados dessa data, não era realizado em Cuiabá. No entanto, já se tinha notícias do manicômio no Brasil no estado do Rio de Janeiro, tendo seu nascimento em 1852, no fim do século XIX (PINHO, 2006).

Na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, em 1928, tem-se notícia através do trabalho realizado por Pinho (2006) da presença de um pavilhão destinado aos alienados. Fato que pode ser visto como uma organização social que por se incomodar com o diferente não normatizado, os estigmatizavam, os excluía e os institucionalizavam em espaços em que a loucura passa a ser caracterizada como doença mental.

Oliveira (2003) ressalta que no século XIX, o Estado de Mato Grosso estabelecia seu comércio por meio da mineração aurífera, que entrou em declínio na mesma época. No entanto, estabeleceram-se novas rotas para a província de Mato Grosso, iniciando também o comércio internacional. Diante da ascensão da modernidade, houve uma movimentação da administração pública para tentar controlar as condições dos espaços sociais, que se encontravam insalubres e com surtos epidêmicos, como o de varíola, que se espalhou por Cuiabá no ano de 1970.

Oliveira (2003) também discorre sobre o descaso com a população pobre e dos considerados ‘loucos’, visto que deviam submeter-se ao capital e entrar com o trabalho, sendo assim,

[...] pode-se inferir que, em relação ao tratamento dispensado aos loucos, a sociedade mato-grossense adotava os mesmos procedimentos que outras comunidades que ainda não haviam incorporado o louco/ alienado como objeto da medicina- deixava-os a perambular pelas ruas, caso fossem inofensivos, ou eram recolhidos em casa pela família, caso a possuíssem, ou, eram presos quando ameaçavam a ordem pública (OLIVEIRA, 1998 apud OLIVEIRA, 2003, p. 80).

É possível observar, de acordo com Oliveira (2003) que, desde o século XIX e o XX, aos loucos são destinados aos lugares que refletem a exclusão social, tendo em vista uma ideia de que somente assim se permite a ordem pública vigente, que permeava a sociedade mato-grossense. Na década de 1930 tem-se a criação do Ministério da Educação e da Saúde, marco que mobilizou campanhas sanitárias em prol da saúde. Posteriormente, a enfermaria de alienados, localizada no interior da Santa Casa, mostrou-se insuficiente mediante a demanda local. Outro local passou a ser utilizado para reclusão e abrigo de loucos numa chácara, denominada ‘Chácara dos loucos’, que se localizava no Coxipó da Ponte, situada há alguns quilômetros da capital de Mato Grosso.

De acordo com Oliveira (2003), em 1953, diante de reformas na saúde, já se encontravam serviços de assistências aos considerados loucos e aos psicopatas. Foi em 1955 que o governo do Estado de Mato Grosso, por meio de um convênio que criou o primeiro hospital psiquiátrico na cidade de Cuiabá, no mesmo local que anteriormente existia a “Chácara dos Loucos”. Diante disso, passou a ser o Hospital Psiquiátrico, inaugurado no ano de 1957. O hospital foi destinado à medicalização e especialização para o cuidado dos doentes mentais, ultrapassando o número de pessoas internadas, ficando superlotado por chegar ao dobro do limite suportável de 250 leitos.

A ponte que se propõe entre a história que envolve a constituição do CIAPS Aauto Botelho à política em saúde mental, advém, justamente, sobre o que tece a proposta da reforma psiquiátrica, que nasceu em defesa do direito historicamente negligenciado dos que sofrem de transtornos mentais, visando transformar a analogia da sociedade em relação ao estigma que a loucura carrega no imaginário social. Amarante (1995) discorre que existem três correntes que abordam o movimento da Reforma Psiquiátrica em diferentes perspectivas,

sendo Psiquiatria Comunitária, Antipsiquiatria e a Psiquiatria democrática. A psiquiatria democrática é o prisma que orienta as construções deste trabalho.

A psiquiatria democrática italiana possui leituras mediante a visão sócio-histórica deste contexto. Busca-se um corte das visões histórico-fatalista que buscam asseverar determinismos dos aspectos relacionais do passado para o presente no que tange a psiquiatria. Desta forma, têm-se como intuito considerar os aspectos sociais, políticos e econômicos e lançar um novo olhar em que seja possível definir as “causas/causadores, vítimas/algozes” no que tange à loucura (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995) salienta que a trajetória italiana no movimento da Reforma Psiquiátrica propicia vários cortes. Um desses cortes é com a psiquiatria tradicional, que servia como dispositivo da alienação. Neste sentido, asseverou sobre a nova psiquiatria, salientando que serve como dispositivo da saúde mental. Desta forma, pontua que a partir desses cortes, o que se colocava em jogo era um novo projeto de desinstitucionalização, a fim de desconstruir todas as práticas, saberes, discursos que caracterizavam a loucura e a reduziam como doença.

BREVE PERCURSO PELA PSICANÁLISE

A respeito da constituição do Sujeito, tanto na neurose como na psicose, faz-se necessário escutar por um prisma que realoca “uma fala para-além do Sujeito” (LACAN, 1998, p. 575). Lacan discorre sobre a primazia do inconsciente pensado por Freud logo no início da constituição da psicanálise. A cadeia de significantes que constitui os conteúdos inconscientes é instaurada por uma simbolização primordial que se evidencia no Jogo do “Fort! Da!” citado por Freud, em que coloca em cena o mecanismo da repetição.

Lacan (1998) pontua que é no registro de simbolização de significantes que a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro e o fracasso da introjeção da metáfora paterna que confere ao Sujeito a condição essencial da psicose, sendo este o desfecho que concede à psicose lugar outro em relação à neurose. A discussão sobre a forclusão do Nome-do-Pai e da metáfora paterna na psicose situa-se na maneira em que opera a relevância que a função materna concede à palavra do pai, mais especificamente, a autoridade que este carrega como quem promove a Lei. A relação que a função paterna possui com a Lei também deve ser considerada, visto que quando prevalecem posições de insuficiência, demérito, fraude e não

há quem inscreva a função do Nome-do-Pai, esta é excluída de sua posição no significante (LACAN, 1998).

Houve um grande progresso nos estudos da psicose com o surgimento da Psicanálise, que começou a estudar este campo para “restituir o sentido na cadeia dos fenômenos”, o que equacionou um salto nos estudos da psiquiatria. Posteriormente, Lacan (1955-1956) pontua sobre as diferenças entre real, simbólico e imaginário, “Na ordem imaginária, ou no real, nós temos sempre mais e menos, um limiar, uma margem, uma continuidade. Na ordem simbólica, todo elemento vale como oposto a outro” (LACAN, 1955-1956, p. 17).

Mediante esta definição, o autor exemplifica que para o psicótico, o mundo dele, as coisas tornam-se signo, na qual diz sobre um mundo estranho, este que contém pessoas o observando, falando dele e o vigiando. Para o psicótico, estão atrás dele, “[...] no campo objetos reais inanimados, não humanos” (LACAN, 1955-1956, p. 18). Ao psicótico, algo como um carro vermelho passando é sinal de que estava naquele momento atrás dele e não só pelo fato de existir um carro passando no local. Assim, Lacan pontua que a eles “[...] nada é por caso, dirá ele, que esse passou naquele exato momento” (LACAN, 1955-1956, p. 18).

Neste caso, o autor evidencia que o carro vermelho, estaria no imaginário e o simbólico seria a compreensão desse carro vermelho, mediante a uma ordem simbólica. Assim, para Lacan “[...] a questão não é tanto a de saber o porquê o inconsciente que está aí, articulado a flor da terra, permanece excluído para o Sujeito, não-assumido – mais por que ele aparece no real” (LACAN, 1955-1956, p. 20). Desta maneira, se houve uma recusa por parte do psicótico de acesso ao mundo simbólico, diante de algo que este experimentou ligado a ameaça de castração, “Tudo que é recusado na ordem simbólica, reaparece no real” (LACAN, 1955-1956, p. 21), já que se tem a compreensão da psicose pela implicação do real (LACAN, 1955-1956).

A respeito da linguagem, Lacan pontua a partir da “relação da significação com a significação” (LACAN, 1955-1956, p. 44), que se pode compreender um delírio ou não, tendo em vista como o Sujeito lida com as questões em seu discurso de ordenamento. É preciso, na psicose, compreender o Sujeito por meio da sua linguagem e adentrar nela, mediante ao diálogo e, assim, falar à linguagem que este Sujeito apresenta, na linguagem dele.

METODOLOGIA

O trabalho realizado foi com base nas observações junto às reuniões da equipe multidisciplinar do hospital psiquiátrico de Cuiabá, bem como com realizações de entrevistas semiestruturadas. No que se refere às observações da reunião de equipe multidisciplinar e entrevistas, o projeto de pesquisa foi apresentado à gestão do hospital psiquiátrico e recebeu autorização da equipe gestora e da equipe multidisciplinar para sua realização. O procedimento de pesquisa foi concretizado mediante autorização via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos participantes.

O método escolhido para direcionar o desenvolvimento da pesquisa baseou-se no método qualitativo por propiciar o estudo das vivências, historicidade, das relações, percepções, opiniões de forma a abordar os processos nos quais estão implicados os seres humanos. Uma das técnicas utilizadas foi a observação participante e como instrumento dessa técnica utilizou-se do diário de campo. Foi realizado também entrevista semiestruturada, com roteiro de perguntas elaboradas previamente que puderam ser respondidas livremente pelos Sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2006).

Tornou-se possível a observação participante de oito reuniões da equipe multidisciplinar do hospital psiquiátrico CIAPS, sendo três na internação feminina e o acompanhamento de cinco reuniões na internação masculina, no que tange ao período de 21 de agosto de 2018 a 27 de setembro de 2018. A realização das entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do hospital psiquiátrico de Cuiabá aconteceu com quatorze profissionais da instituição. Todos os participantes das entrevistas assentiram por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os requisitos que compuseram a entrevista. As entrevistas ocorreram no período de 04 de outubro de 2018 a 26 de outubro de 2018.

Como técnica de análise dos dados da pesquisa, utilizou-se da análise do discurso com base em Michel Pêcheux, seu precursor. Sobre essa abordagem de análise, compreende-se que existem três campos constituintes, sendo eles: materialismo histórico, linguística e a teoria do discurso, estando toda essa conjuntura atravessada pela teoria da subjetividade, em que tem-se a psicanálise como pano de fundo, desempenhando o papel de analisar o caráter recalcado que perpassa a constituição dos significados (MINAYO, 2006).

O DISCURSO ANALÍTICO EM MOVIMENTO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MATO GROSSO

Um dos pacientes do hospital psiquiátrico de Cuiabá denunciou um lugar que não lhe é dado, quando pondera sobre o fato de não ter voz frente a uma reunião que a portas fechadas decidia sobre sua vida. Isto é identificado mediante a fala: “Eu acho um absurdo a gente não ter voz, o que vocês fazem lá na sala de reunião? Ficam lá trancados e falando sobre nós? O paciente de saúde mental precisa ter voz!”.

Percebe-se que há um movimento em que os pacientes buscam serem escutados, sendo por meio da internação ou não, considerando o fato de que mesmo aqueles que estão de alta e fora dos muros que aprisionam, procuram o serviço na esperança de serem acolhidos, já que neste espaço estabeleceu-se relações de transferência com os profissionais, em que é possível de ser evidenciado pelas verbalizações dos profissionais que alegam que cada paciente tem seu profissional de referência.

Durante o período de observações e entrevistas realizadas no hospital psiquiátrico de Cuiabá, pode-se perceber que no discurso dos profissionais, no que tange a contribuição da psicanálise para com o tratamento dos pacientes da instituição, a escuta do paciente foi citada por diversas vezes como essencial ao tratamento. Tornou-se possível escutar dos profissionais que os pacientes demandam serem escutados, atendidos, sob a égide de serem escutados em sua singularidade. O acolhimento e o vínculo também foram nomenclaturas que apareceram com certa frequência nas entrevistas realizadas. Diante disso, pode-se considerar que na trama institucional, principalmente, na abordagem da equipe com os pacientes, prioriza-se que o acolhimento dos pacientes é uma premissa que fornece subsídios ao trabalho no cotidiano hospitalar.

Para explicitar de forma pontual o que foi acima descrito, tornar-se-á relevante trazer à luz as falas de alguns profissionais: “Todo técnico em saúde mental, se quiser, se tiver aberto para isso, faz uma boa escuta[...]” (Sujeito 13). “[...] a escuta ela é parecida porque eu não posso paciente chegar lá e ele quer falar alguma dor dele quer falar de uma coisa que tá afligindo eu não posso simplesmente falar para ele vai lá e fala com a psicóloga, não, e vou ouvir e trazer para os colegas [...]” (Sujeito 10). Possibilitou-se a compreensão de que a escuta no hospital psiquiátrico não ocorre somente na relação entre psicólogo e paciente. A escuta está implicada no manejo dos profissionais que atuam no hospital e, em algumas

circunstâncias, independe do espaço físico, visto que pode ser atravessada por barulhos, pode ocorrer no corredor da instituição, embaixo de uma árvore.

Mesmo entendendo a importância da escuta pelos profissionais, tal espaço de fala ainda não é contemplado ou vivenciado pelos usuários.

Com o propósito de explicitar acerca da escuta faz-se possível trazer à discussão as contribuições de Minerbo (2013) quando discorre sobre a escuta analítica, salientando que os movimentos secundários dos discursos dos Sujeitos são postos em cena por mobilizar associações livres, denunciando, desta maneira, a lógica do inconsciente. Os conteúdos marginais, secundários e dissonantes que emergem dos discursos são representações do inconsciente. Esses elementos podem aparecer de diversas formas, seja por um estilo não-verbal de se expressar, a estrutura da fala e, também, no clima emocional que é criado no momento de escuta.

Acerca dos delírios e do adoecimento dos pacientes do hospital psiquiátrico de Cuiabá, o que é levado em consideração, numa ponderação sustentada pela psicanálise, é a realidade psíquica do Sujeito. É com a realidade psíquica que conseguimos trabalhar a relação que o Sujeito estabelece com seus objetos, bem como com seu próprio modo de produção de vida. Neste sentido, o trabalho analítico não se prende a análise de fatos reais ou irrealis, visto que considera a verdade apresentada pela realidade psíquica dos Sujeitos. A fala de um dos profissionais entrevistados suscitou essa reflexão: “Psicose precisa tanto de mediação quanto trabalhar aquela questão do delírio deles que são muito fixos, justamente para tentar botar um ponto de interrogação para ver se aquele delírio dele é real ou não” (Sujeito 10).

Pode-se compreender também, através da fala de uma das profissionais da instituição, a importância das relações familiares como estruturantes à forma como o sofrimento se apresenta, para além das questões orgânicas, visto que deve-se considerar a singularidade de cada pessoa, bem como sua subjetividade, o modo como cada delírio se manifesta, todo enlace psíquico deve ser levado em conta de maneira a respeitar a diferença existente entre cada paciente. Essa elaboração pode ser transposta através da pontuação da profissional entrevistada: “O problema das pessoas que tenho observado não é só patologia. Elas têm problemas psicossociais, de família, sua própria história, do local onde moram, às vezes ficam migrando muito, tudo isso é problema. O contexto delas, né?!” (Sujeito 01).

Através dos delineamentos acima descritos, Lacan (1955-1956) faz observações sobre os fenômenos do Sujeito psicótico e salienta que estes possuem suas próprias verdades. Essas verdades não podem ser mensuradas ou comparadas com outro discurso, a não ser por

ele mesmo. A escuta do secretário do alienado possui o mesmo rigor profissional comparado a outros casos. O posicionamento do secretário situa-se em marcar suas falas, deste modo, o alienado faz seguir seu material através das alucinações que se pode chamar de reprodução imaginária.

Uma boa escuta do Sujeito alienado acontece pelos seus delírios, o que sempre exige escutar com respeito essas produções, visto que os delírios das psicoses crônicas revelam-se mediante uma relação, “[...] conjunto do sistema da linguagem em suas diferentes ordens. Só o doente pode testemunhar isso, e ele a testemunha com a maior energia” (LACAN, 1955-1956, p. 237), os delírios, que muitas vezes expressam a linguagem do alienado, pode demonstrar a angústia e sofrimento de forma intensa.

Hermann (2008) salienta sobre o contexto social que atravessa a constituição de todo ser humano, considerando que o Sujeito psicótico tem seu modo singular de se relacionar com o tempo e o espaço, e que os pontos de contatos que ele mesmo constrói são de suma importância no que diz respeito às inscrições de seu singular nas cidades, em seu contexto. Em suma, aborda que essa aproximação que ocorre pela cidade é conceituada de “laço social” e que este modo de intervenção com os psicóticos instaura importantes efeitos em suas subjetividades.

Entende-se que um dos saberes construídos dentro da instituição, vai no viés de que nada se sabe sobre o Sujeito, considerando que deve-se entrar em contato de forma singular com cada história, ou seja, um saber construído no *a posteriori*. Sabe-se que existem na perspectiva da psicanálise, estruturas de personalidade distintas. No caso da citação logo abaixo, observa-se que a ideação suicida, por exemplo, não é um ato que diz da psicose “A gente já teve internações de paciente aqui com ideia de suicídio, ameaça e tentativa, então nem tá muito pra psicótico” (Sujeito 01).

No trabalho de Freud (1924) [1996] sobre a “Perda da realidade na Neurose e na Psicose”, salienta que na neurose o Sujeito não se constitui de maneira a repudiar a realidade, já na psicose o Sujeito constitui-se de modo que a repudia e tenta substituí-la. Freud assevera que o Sujeito repudiar a realidade pode ser considerado normal, mas isso não significa ignorá-la. Visto que o movimento é de esforço para tentar alterá-la, este processo considerado normal não se atém a efetuar mudanças internas, tal qual na psicose. Desta maneira, as notícias sobre a estrutura de personalidade de um Sujeito ocorrem mediante escuta dos conteúdos psíquicos no que refere-se à lógica de funcionamento de cada Sujeito, fazendo parte dessa lógica estrutural os comportamentos.

Percebe-se que há um movimento em que os pacientes buscam serem escutados, sendo por meio da internação ou não, considerando o fato de que mesmo aqueles que estão de alta e fora dos muros que aprisionam, procuram o serviço na esperança de serem acolhidos, já que neste espaço estabeleceu-se relações de transferência com os profissionais, em que é possível de ser evidenciado pelas verbalizações dos profissionais que alegam que cada paciente tem seu profissional de referência.

Essa acolhida é percebida quando um dos profissionais disse: “A gente sabe que quando alguém pede para vir para cá é porque com toda a precariedade de estrutura ainda é melhor do que a família. [...] A família às vezes é hostil, não é tão acolhedora” (Sujeito 14). Desta maneira, torna-se necessário pontuar sobre o que Luciano Elia (2004) discorre acerca do Sujeito, para isto cita Jacques Lacan pelo viés da Psicanálise, compreendendo que o Sujeito é concebido no campo da linguagem, desta forma, o Sujeito é visto como sendo do inconsciente e que só se dá no *a posteriori*, quando em um primeiro momento tem-se o encontro com o Outro materno, mas “[...] só depois é que esse encontro poderá ganhar para o Sujeito alguma significação que permita que ele faça reconhecimento de algum nível de sua constituição” (2004, p. 42).

No que tange os aspectos da função transferencial, segundo Quinet (1991), traz notícias do começo da análise, considerando que a base é a personificação do Sujeito Suposto Saber. Assim, Quinet (1991) pontua que “[...] o surgimento do Sujeito sob transferência é o que dá o sinal de entrada na análise, e esse Sujeito é vinculado ao saber” (QUINET, 1991, p. 25).

Uma das discussões que podem ser levantadas com os dados da pesquisa diz respeito à transferência. Alguns profissionais citam a palavra “vínculo” e “acolhimento” para falarem, principalmente, do retorno voluntário dos pacientes ao hospital, asseverando que nos espaços os pacientes são tratados, acolhidos e escutados quando em situação de surto. Pode-se perceber o que foi citado através da fala de um dos profissionais da instituição:

[...] Paciente nenhum gostaria de ficar aqui dentro, mas ele sabe que aqui ele vai ter condições de ficar estável novamente, porque a equipe vai acolher, porque a equipe vai acolher, porque aqui ele vai ter a consulta médica, que infelizmente eles esbarram nisso lá na rede. Aqui dentro da internação, principalmente na feminina, as mulheres são mais afetivas, elas demandam mais atenção, querem ser ouvidas, elas querem abraço (Sujeito 2).

Possibilitou-se mediante as observações e entrevistas realizadas, perceber que parte da equipe enxerga a psicanálise como um saber que enriquece o estudo de caso de cada paciente. No entanto, outro dado a ser analisado é que alguns imaginários sobre a psicanálise estão presentes nas falas dos profissionais, um deles é que as intervenções realizadas mediante esta abordagem são tidas como de longo prazo, o que poderia inviabilizar sua eficácia junto aos pacientes, visto que o tempo das internações, com a política de saúde mental, é reduzido ao máximo, fato que se difere do contexto institucional psiquiátrico há alguns anos. Isto fica evidente na fala: “A psicanálise no hospital é como um tratamento, até porque eu acho pelo menos o que eu entendo de psicanálise é uma intervenção de longo prazo, e a gente luta para que o paciente não fique muito tempo internado” (Sujeito 01). Porém, a presença de pacientes que estão em tratamento por muito tempo pode relativizar tal afirmação, pois os mesmos pacientes retornam com certa frequência, tendo em vista a realidade da atual rede de Saúde Mental existente e do contexto do próprio sofrimento.

Para os participantes da pesquisa, a contribuição da psicanálise nos espaços de saúde mental se presentifica quando as intervenções são vistas enquanto um saber que busca ouvir o Sujeito no lugar em que se encontra. Evidenciando, assim, que o saber da psicanálise, personificado mediante escuta do paciente, independe dos lugares, dependendo, somente, de um profissional que se disponibilize ao exercício da escuta. Faz-se possível perceber através da fala:

Acredito que a psicanálise facilita muito nesse sentido. No sentido de observar e fazer a escuta nesses ambientes diferenciados. [...] E eu acho que a psicanálise ajuda muito nesse sentido, de ouvir o paciente, independente do lugar onde ele esteja (Sujeito 02).

Na psicanálise, com intuito de apresentar ao leitor um olhar técnico sobre essa abordagem, postula-se que a escuta acontece mediante técnica da atenção flutuante, apontada por Quinet (1991), como sendo o preceito abarcado pelo analista, que não está posto como regra, mas que deve ter precipuamente a noção e prática da ética em Psicanálise, visto que o analista escuta o outro em suas questões e mantém a atenção uniformemente suspensa de algo específico.

Diante das falas reverberadas pelos profissionais da instituição, umas das que mais fizeram-se presentes foi a respeito de qualquer um fazer psicanálise quando interroga a fala do paciente, ao escutá-lo. “Porque você tem que ter esse discernimento que aqui não é um consultório.

Eu acho que a principal contribuição eu acho que é com a escuta ” (Sujeito 2). Desta maneira, a psicanálise é vista como aquela que concede lugar de voz ao paciente. Numa entrevista foi possível escutar de um dos profissionais que a psicanálise convoca o paciente a falar mais sobre si, a expressar sobre suas ideias e pensamentos, mesmo os profissionais que relataram pertencer a outras formações, como: sistêmica, humanista, dentre outras, dizem que perceberam a necessidade de aprofundar-se em estudos da psicanálise, visto que relataram se identificar. “Então nesse um ano eu tive assim presenciando escutando muito luto, muita crise associada à perda de pai ou mãe, dos nossos pacientes masculinos. ” (Sujeito 13)

Falas divergente “Fazendo, atendendo. Não consigo estruturar uma resposta. A gente gosta da psicanálise, acha interessante e adequada. Não consigo responder específico. Não acho interessante a psicanálise aqui na internação, porque eu nunca vi a psicanálise acontece aqui de pegar o paciente sentar e fazer a psicanálise. Então acho que aqui é psicanálise não é necessária” (Sujeito 08). Percebesse que nosso intuito era de ver a contribuição da psicanálise no hospital e não a de buscar saber se faz realmente efeito ou não.

Outra questão levantada foi sobre a transferência, considerando que ela precisa se instalar, sendo peça importante no atendimento de saúde mental. As ponderações acima citadas podem ser identificadas através do trecho da entrevista:

Fazer psicanálise é poder falar de um lugar de analista, de um lugar difícil que você vai colocando ali às poucas palavras, ideias, pensamentos até que alguém te convoque a algo mais, aí pede; podemos ler um texto podemos porque se ele vem de lá de cima para baixo como se ele vai assim para poder entrar, ele não é, ele é recusado. Então ele tem que ser assim nesse contato nessa transferência e tem que se instalar, as pessoas têm que ter curiosidade por aquilo, mas assim, quando eu vim para o Hospital psiquiátrico eu não estudava psicanálise, eu tinha feito formação com outro viés familiar, sistêmica, distal, terapia de uma coisa humanista e eu não tinha (Sujeito 13).

Alguns profissionais evidenciaram o saber da psicanálise, enquanto formação, os auxiliaram e os respaldaram nos atendimentos realizados no âmbito do hospital psiquiátrico. Um ponto em comum entre parte dos profissionais é o fato de dizerem que o atendimento se dá no lugar que se fizer possível, no lugar em que estiverem. A psicanálise é tida nesse âmbito enquanto o que vem possibilitar um olhar para o paciente, para que se viabilize ouvi-lo em sua subjetividade:

A gente tem um saber que respalda a gente no fazer. Eu, como psicóloga, na minha formação psicanalista, e todo (inaudível) no meu trabalho tem referência pautada na psicanálise. A gente faz, independente das condições. A gente atende onde dá, a gente acolhe onde pode, em qualquer lugar. Às vezes o analista dentro de uma instituição, quando a gente pensa em psicanálise, pensa só em consultório, como é isso dentro das unidades de serviço? A gente tem uma leitura que possibilita as intervenções. O olhar, uma possibilidade de botar pra falar, de ouvir esse paciente (Sujeito 14).

Os relatos dizem que a psicanálise faz diferença no tange os aspectos da condução de cada caso, quando se considera a leitura sobre os fatos e sobre as histórias que as famílias dos pacientes contam. Numa distinção de manejo em relação ao saber médico, por exemplo, a psicanálise é vista como aquela que contribui para que o profissional enxergue o Sujeito para além dos sintomas, enxergando o Sujeito delirante, como aquele que tem em meio ao seu delírio uma dinâmica emocional própria:

O psicólogo psicanalista tem um jeito diferente de classificar a psicose, não é só sintomas e comportamentos tidos como anormais pelos médicos. O psicanalista entendi que a ocorrência do delírio faz parte da dinâmica emocional do paciente psicótico, então não é um sintoma que tem que ser removido por via do remédio (Sujeito 7).

Tendo como base a psicanálise, Freud (1924) [1996], ressalta que algumas formas da estrutura da Psicose, no que diz especificamente da esquizofrenia, tende a desenvolver no paciente embotamento afetivo e perda do contato participativo com a realidade do mundo exterior. Assim, têm-se as formações delirantes, apresentadas como um “remendo colocado onde originalmente havia surgido uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior” (FREUD, 1924, p. 272). De tal modo que no quadro clínico da Psicose as manifestações de cunho patogênico são encobertas por uma busca que almeja a tentativa de cura ou de uma possível reconstrução.

Acerca da Psicanálise na formação, uma profissional disse que durante sua residência teve contato com a psicanálise: “Então, o mentor da minha residência era um psicanalista. E um psiquiatra clínico. E ele foi representante da ONU no Brasil e ele montou a residência do estágio na rede básica que falei para vocês” (Sujeito 01). A psicanálise também é vista como importante dentre os serviços oferecidos no hospital psiquiátrico. Já a escuta é percebida como sustentadora do trabalho dentro dessa instituição, isto é percebido quando um

profissional disse que: “eu acho que é fundamental para a qualidade do meu trabalho, pra sustentação, que eu trabalho aqui nesses anos todos” (Sujeito14).

Uma entrevistada relata que começou os estudos em psicanálise antes de entrar nos serviços de saúde mental, esse fato pode evidenciar-se através da fala:

Eu comecei a estudar psicanálise bem antes de vir pro hospital psiquiátrico, mas eu já estava nos serviços de saúde, já trabalhava na saúde. E comecei a estudar psicanálise no terceiro ano da faculdade. Apaixonada por psicanálise (Sujeito 14).

Ao considerar o estudo da Psicanálise na formação dos profissionais de saúde mental, é válido ressaltar que Freud (1919) [1996], considera três posições indispensáveis para que um psicanalista atue, sendo elas: o estudo da teoria por meio da matéria de psicanálise; a própria análise pessoal; e a supervisão de seus casos por psicanalistas reconhecidos. Tripé que sustenta eticamente a atuação de um psicanalista.

Em outra fala citada por um dos profissionais, explicita que:

O paciente acaba entendendo a eficácia de um espaço que apesar de ser restritivo com estrutura física inadequado, eles têm uma equipe que os apoia. E ao sair do hospital eles não encontram nada parecido com isso. Então isso é a principal razão que eles eventualmente apresentam essa demanda de internação. E as famílias acabam fazendo este mesmo movimento, não veem segurança na rede (Sujeito 7).

Pode-se perceber que o vínculo criado entre pacientes e profissionais da instituição garantem, em muitos casos, o retorno desses pacientes à instituição, haja visto que o hospital se inscreve como um lugar de referência. A partir das falas dos profissionais, torna-se possível entender que os pacientes criam vínculos afetivos com os mesmos, passando a solicitar serem escutados e, também, trocas afetivas como um abraço.

Desta maneira, tornar-se-á relevante trazer à luz uma breve discussão a respeito do conceito de transferência em psicanálise. Laplanche (2001) quando, acentua que a transferência compreendida no trabalho analítico é a “[...] repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada” (p. 514). Na origem do termo, como nos diz Laplanche (2001), transferência, para Freud, resignava o deslocamento do afeto de uma representação para outra representação que poderia se reatualizar na figura do médico ou no caso, na figura do analista.

Outra perspectiva do conceito de transferência é pelo prisma de Roudinesco (1998), quando assinala a transferência como um termo referido a uma parte do processo psicanalítico, em que os desejos inconscientes dos pacientes eram concernidos a objetos externos e passavam a se repetir na relação com o analista, na pessoa do analista.

Lacan (2014) salienta que a transferência pronuncia-se de maneira a estabelecer que a própria presença do analista institua uma dimensão de diálogo, antes mesmo que qualquer tipo de intervenção seja enunciada. A transferência seria assim, na situação da análise, a maneira com que o Sujeito constitui seus objetos.

A respeito do trabalho em saúde, Campos (2014) convida os envolvidos a pensar sobre uma nova prática voltada ao campo que abarque maneiras de subjetivação, mediante novas modelagens clínicas que sirvam de suporte para novas formas de atuação. Tendo em vista que a clínica não se reduz apenas às práticas médicas, mas também englobam as profissões que dão enfoque a práticas ligadas a diagnósticos, reabilitação ou prevenção. A partir da fala de um dos profissionais da instituição, pode-se perceber que o tratamento com fármacos enfrenta sérios desafios no hospital psiquiátrico de Cuiabá, visto que o Estado não tem realizado investimentos nessa questão: “[...] A gente sabe também que falta medicamento, pra nós é uma coisa muito grave, muito séria. Vira e mexe a gente está pedindo medicação para a família. Isso é mais comum do que se pensa. Mais do que a gente gostaria” (Sujeito 14).

Neste sentido, pode-se ponderar que o tratamento em saúde mental deve ser considerado em todos os seus aspectos, “[...] sempre biológico, social e subjetivo” (CAMPOS, 2014, p. 101). De acordo com Campos (2014), há diferenças entre as clínicas, sendo a ‘degradada’, uma clínica voltada ao tratamento de sintoma, em que não é passível de considerar os riscos. Já na clínica ‘tradicional’ tem-se o foco no biológico, na cura. Já a clínica ‘ampliada’, volta-se para aspectos históricos do Sujeito, para os seus valores que foram sendo por ele construídos.

ASPECTOS ESTRUTURANTES DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO ENTRECRUZAMENTO COM O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL.

No que concerne às observações e entrevistas realizadas junto à equipe multidisciplinar do hospital psiquiátrico, percebe-se que ambos os profissionais compartilham de um sentimento de qualidade nos serviços ofertados pelos companheiros de equipe, no que

tange a capacitação e ao papel que exercem em conjunto. Isto pode ser percebido através da fala:

Mas em relação à questão dos profissionais, tem muito profissional qualificado pra trabalhar aqui sim, pra trabalhar, pra atuar nesse tratamento. O trabalho da nossa equipe é muito bacana, aqui. Posso falar porque no momento estou aqui na feminina. Realmente aqui nós conseguimos fazer esse trabalho bem articulado em todas as especialidades. Eu acho que é bacana dentro de uma equipe todo mundo saber o papel do outro (Sujeito 2).

É válido pontuar que a equipe percebe-se como atuando em conjunto, principalmente quando relatam atuar de forma integrada, em que um profissional necessita do trabalho e da ajuda do outro. Tal como fica expresso nesta fala: “A gente não tem um trabalho individualizado aqui, tudo o que a gente faz é um trabalho de equipe” (Sujeito 3).

Desta maneira, pode-se ponderar que a equipe considera-se preparada para atender aos pacientes em surto e para trabalhar de forma que mantenha contato com a família e com os CAPS, visando fortalecer os contatos para que evite uma futura reinternação de ambos os pacientes, isto é verificado na fala:

Acho que é uma equipe bem preparada em relação a isso, ao paciente em surto, eles já antes de entrar no hospital psiquiátrico em surto. Eu acho que a equipe tenta trabalhar isso bastante com os familiares de uma maneira geral entendeu para tentar evitar, e fortalecer os tratamentos nos Caps, entendeu para que não precise reinternar os pacientes (Sujeito 4).

Para isso, a equipe disse que “o que salva é a equipe” (Sujeito 5), e que diante de alguns atritos, a equipe busca entrar em diálogo, para que possíveis decisões sejam tomadas. De tal modo que é relatado nesta fala:

[...] A maioria dos profissionais, nós trabalhamos há muito tempo juntos né, então isso facilita bastante algumas coisas, mesmo assim há divergências, só que a gente procura resolver isso no diálogo, até chegar numa decisão (Sujeito 5).

A equipe se considera bem articulada e capacitada para as diversas práticas que cabem a cada profissional e a equipe como um todo no que tange a sua atuação frente aos familiares, a rede e os pacientes, mas não deixam de visualizar que existem falhas, pois não acreditam em um trabalho que teria total aprovação. Isto é percebido na fala:

[...] acho que em todas as equipes existem falhas sim, porque tratar de grupo e tratar individual ao mesmo tempo não tem como, você ser 100% tempo todo (Sujeito 10).

Pode-se salientar, pela fala de umas das profissionais do hospital psiquiátrico, que existem alguns estigmas em relação à loucura, em que a melhor estruturação da rede de saúde mental, estrutura física do hospital psiquiátrico, ascensão de profissionais na área da saúde mental dependem da busca por direitos transpostas no engajamento das famílias e da sociedade. Isto é verificado na fala:

A gente não tem recursos, você vê, um profissional faz mil e uma coisas. Então deveria ter mais profissionais, concursos públicos, porque tem preconceito, eu sempre faço uma comparação assim: quando a família luta, busca os direitos, aí eles conseguem (Sujeito 1).

Possibilitou-se, mediante o acompanhamento das reuniões de equipe multidisciplinar no hospital psiquiátrico e realização das entrevistas junto aos profissionais da instituição, salientar que a estrutura física encontra-se precária, com déficits em partes estruturais, como falta de ventiladores para os pacientes e sendo necessário, em grande parte dos casos, solicitar à família a compra dos fármacos para os internos:

[...] a infraestrutura ainda é precária como vocês podem ver, como nós podemos perceber, e que causa um impacto no paciente psiquiátrico, acho que ainda falta bastante recurso, falta investimento, e às vezes chega a faltar até medicamento, entendeu, então assim é importante ter esse amparo legal, eu acho que ainda falta um bom investimento. (Sujeito 4).

Se for pegar a estrutura como um tudo muito precário, os pacientes não têm, sabe os ventiladores estão todos estragados, sabe, às vezes falta colchão, então são todas essas coisas que influencia também, eu penso (Sujeito 5).

Sobre o amparo do Estado para a realização do trabalho dos profissionais, em grande parte das entrevistas realizadas com os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do hospital psiquiátrico, a equipe relatou não haver apoio para a realização dos trabalhos na instituição. Sobre o amparo do Estado, percebemos na fala:

Olha é isso que eu já falei a questão da estrutura, está feia, isso tem que tem que mudar, tão dizendo que está em curso uma reforma da

estrutura, mas muita coisa tem que ser feita, não só de chão, de parede, torneira como também de vestuário, agora mesmo estava olhando o vestuário dos pacientes tá tudo rasgado, praticamente, tem pouca roupa de banho, cama, falta água os pacientes estão tomando banho de canequinha, então já levamos isso ao conhecimento da diretoria (Sujeito 12).

As oficinas terapêuticas estariam funcionando sem qualquer auxílio material por parte do Estado e se sustentam com a venda dos produtos confeccionados pelos pacientes e comercializados em bazares e ações promovidas pela instituição à população. Isto é reverberado na fala:

O estado infelizmente não nos dá o aparato que a gente necessita eu posso falar por mim da minha área e pelos colegas por conta da estrutura que a gente tem [...] nós não temos hoje eu posso falar para você que a logística não nos favorece, material arte terapia ela precisa de material prático para trabalhar não temos, todos os materiais que nós temos a maioria ou é doação ou é adquirida através de bazares que a gente faz no fim do ano com os trabalhos que os pacientes fazem de artes aplicadas essas coisas que todo mundo põe a mão, começa abordar outro termina um corta madeira outro lixa um escreve outra peças a gente põe para vender e com essa renda que a gente procura comprar material de volta, então se você me perguntar hoje se o estado nos ampara? Infelizmente não. (Sujeito 10).

Sobre a estrutura física, Basaglia (2001) no livro “A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico” ressalta que a instituição é caracterizada por aqueles que tem poder e os que não tem poder. Diz que estrutura de um hospital psiquiátrico reserva violência e rejeição, ou seja, os pacientes acabam internalizando certa inferioridade. É uma relação de opressão e violência que leva a exclusão.

De maneira bastante manifesta os discursos que foram possíveis de serem analisados no hospital psiquiátrico denunciam com certa veemência a falta de estrutura na Rede de Saúde Mental. Salientando a deficiência na lógica de funcionamento de muitos CAPS, a falta de CAPS III, por exemplo. Podemos verificar isto na fala:

Então, isso é falha da rede. Não dá para culpar as pessoas. Porque deveria ter muito mais CAPS, ambulatórios, centros de convivência, CAPS III, muitas coisas para ficar assim, fazendo um trabalho porque existe muito problema (Sujeito 1).

Verificou-se ainda, que a falta de estrutura física para atendimento não atinge somente o hospital psiquiátrico, mas toda a rede de saúde mental. Nos CAPS, por exemplo, precisam realizar o acompanhamento de algumas famílias e não dispõem de recursos para que essas visitas se viabilizem. Esses recursos citados são básicos, como, por exemplo, um carro a disposição da equipe multidisciplinar para as visitas às famílias e materiais para as oficinas terapêuticas, que poderiam auxiliar na vinculação dos pacientes com os CAPS:

[...] a maioria deles é exclusivamente por saindo do hospital constatarem essas falhas na rede de assistência. Os Caps que nós temos são poucos, alguns tem dificuldades de manejo clínico, de compreensão de um projeto terapêutico para o Caps, por serem poucos eles acabam tendo uma base territorial muito grande. Uma demanda muito além da equipe, acaba acontecendo desassistência (Sujeito 7).

Algumas questões foram possíveis de serem escutadas nas entrevistas com os profissionais que apontaram sobre a necessidade política, engajamento da sociedade e dos gestores públicos, no que se refere ao funcionamento adequado da rede de saúde mental. Sobre os espaços de auxílio que a rede de saúde mental dispõe:

Não temos outros serviços no âmbito no nível do município que sejam acolhedores e inclusivos do Sujeito com transtornos mentais. Não há um programa de saúde mental na atenção primária. Só as Unidades básicas e muito regular o acesso. Como referência em urgência, Cuiabá tem só a Upa morada do ouro como referência. O SAMU não é um completo parceiro para a atenção as urgências (Sujeito 7).

Ao reverberar sobre a Rede de saúde Mental, tem-se a Lei Paulo Delgado: número 10.216 intitulado no ano de 2001 que vislumbra aspectos acerca dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, assim redirecionam os cuidados e formas de atendimento em Saúde Mental. Contudo, o Estado desta forma é responsável por suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde para o atendimento das pessoas em surto. (BRASIL, 2001)

A Lei Paulo Delgado: número 10.216 (2001) estabelece que seja de responsabilidade do Estado a criação de políticas de saúde mental, tanto quanto assistência e promoção de ações no âmbito da saúde. Concomitante a isso as pessoas com transtorno mental devem ser priorizadas em ações que envolvam participação social como também não deve ser descartado o acompanhamento das famílias dos pacientes. Sobre a internação das pessoas com transtorno mental ressalta que só ocorrerá se os recursos extra-hospitalares forem vistos como

insuficientes, desta forma será priorizado o tratamento destes Sujeitos tendo como foco a reinserção na sociedade.

Observa-se que o movimento antimanicomial, citado pelos Sujeitos da pesquisa, precisa ganhar notoriedade em relação às lutas sociais em favor das minorias, isso é entendido através do trecho de uma das entrevistas:

Diminuir o preconceito existe um movimento bastante grande né. Dando oportunidade, apesar de que eu acho que ocorrem as mobilizações no dia da saúde mental no dia de não sei o que. Assim, deveria ser bem mais. Mas aí seria um movimento não só dos profissionais, mais da sociedade (Sujeito 1).

A equipe multidisciplinar ressaltou também sobre a falha dos Hospitais-dia, que também não tem leitos para atender a paciente em surto, bem como o despreparo dos hospitais para atender essas demandas. Observa-se também pela fala do Sujeito 1 a importância do investimento na rede para atender as demandas que chegam para o acolhimento. Isto é evidenciado em: “É isso que penso do hospital geral, porque, eles fechariam o hospital psiquiátrico e às vezes uns casos tão graves, nem uma enfermaria daria conta assim, e um paciente grave a gente consegue manter” (Sujeito 1).

Sobre esta luta antimanicomial, uma das falas dos entrevistados traz à luz que:

Aí eu falo assim, tem hospital do coração, tem hospital da criança, tem hospital de não sei o que, por que não pode ter um hospital para a patologia tipo assim mente, cérebro, uma coisa assim relacionada com todos os recursos possíveis que a gente pode ter de investigação de atendimentos, de abordagens, porque um paciente grave veio parar aqui e temos que fazer de tudo o melhor, medicamentoso, psicológico, psicossocial, sei lá que mais possibilidades né (Sujeito 1).

Sobre a luta antimanicomial nota-se a importância do hospital psiquiátrico se manifestar em relação ao movimento, não só entre paredes, mas para além dos muros. Ressaltam como encontra-se a perspectiva de trabalho em sua lógica de movimento antimanicomial, como é citado através da fala:

O Estado teria que obrigatoriamente promover um plano de desinstitucionalização para poder fechar o hospital (sic). Não adianta para compreensão da população fechar o hospital e não houver locais substitutivos, porque lógico que a população só vai enxergar que está se fechando serviços de saúde (Sujeito 7).

Observa-se a veemente fala sobre os direitos humanos e o Estado vem de uma forma sutil desacatar esse direito em um espaço onde se encontram pessoas vulneráveis psiquicamente. Assim, é explicitado na fala:

É sempre mais fácil do ponto de vista do poder público abrir leitos e sustentar esse tipo de modalidade, e se ausentar da responsabilidade de fazer política de saúde mental, de fato é o silenciamento do Sujeito, manter práticas que restringem os direitos humanos. A longo prazo espaços assim tendem a cronificar e piorar a qualidade de vida, do que recuperar e manter a autonomia. [...]É preciso enxergar a articulação com a rede. É sempre mais fácil do ponto de vista do poder público abrir leitos e sustentar esse tipo de modalidade, é se ausentar da responsabilidade de fazer política de saúde mental, de fato é o silenciamento do Sujeito, manter práticas que restringem os direitos humanos. A longo prazo espaços assim tendem a cronificar e piorar a qualidade de vida, do que recuperar e manter a autonomia (Sujeito 07).

Sobre o Movimento antimanicomial atrelado ao objetivo deste trabalho à autora Bezerra (2013) no trabalho “O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: política e psicanálise oito anos após a Lei 10.216” ressalta que o uso da psicanálise na luta antimanicomial é interessante devido aos hospitais psiquiátricos se caracterizarem como uma instituição pública de saúde mental. Contudo, é notória a lógica de que a psicanálise está ocupando um espaço na emergência da Reforma Psiquiátrica, ou seja, na luta antimanicomial.

Desta forma, Bezerra (2013), discorre sobre esta luta, acentuando que com a inserção desta Reforma Psiquiátrica Brasileira ampliou-se o lugar que a clínica em psicanálise ocupa dentro destes espaços de saúde pública, tornando possível uma atuação além do almejado alívio de sintomas, propriamente dito.

Ainda sobre o trabalho da psicanálise em instituições de saúde mental, Abreu (2008) apresenta algumas ideias no que se refere ao trabalho do psicanalista nessas instituições. Sendo assim, discorre que o psicanalista precisa ser comprometido com o sofrimento que circula no campo social, visto que ele é o profissional pronto a escutar e acolher. Neste sentido, cita a clínica da loucura que por séculos foi relegada e os loucos tiveram sua subjetividade transgredida e violada. A contribuição da psicanálise na clínica das psicoses e diante de atuações nos dispositivos sociais caracteriza-se, justamente, por carregar um discurso que difere da norma, das regras socialmente construídas e, logo, da moral. A psicanálise vem para considerar o Sujeito em sua singularidade, em sua invenção, que por vezes leva em consideração o incompreensível, o imponderável.

Duas funções na instituição podem ser consideradas, a primeira a de acolher e a segunda de tratar. No que diz respeito ao acolhimento, pode-se ponderar que a instituição atende a uma demanda que é social. Neste sentido, chega até aos dispositivos de saúde mental situações que vão além das dadas pelo consultório, situações que podem levar o Sujeito que sofre num estado de absoluta exclusão social. Sobre suportar essa angústia a psicanálise bem sabe, visto que acolhe o lugar do impossível de suportar. A respeito do tratamento a psicanálise opera sobre um olhar outro com o Sujeito,

[...] a instituição permite “uma terceira via” (ZENONI, 2000, p. 15), um lugar onde a clínica se faz operar e onde o Sujeito se faz acolher, que permite uma passagem de uma clínica a dois, a uma clínica dita coletiva: uma clínica feita por muitos [...] (ZENONI, 2000 apud ABREU, 2008).

A respeito dessa clínica feita por muitos, assim como foi possível escutar dos profissionais do hospital psiquiátrico de Cuiabá sobre a psicanálise contribuir com o modo de operacionalização de seus trabalhos, seja com a escuta ou com o acolhimento. Jacques-Alain Miller possibilitou nomear o trabalho da psicanálise num contexto institucional de “prática entre vários” por não fundar-se na presença de Um, no discurso de um mestre, mas sim, pela falta desse mestre. É mediante a falta no grande Outro que faz-se possível que cada um repense sua prática e intervenha na direção de uma atuação feita entre vários (ABREU, 2008).

Ao se ponderar e refletir acerca da Política da Psicanálise e da Saúde Mental, Sonia Alberti (2008) reverbera que não se pode pensar em uma Psicanálise sem que se considere a Política, pois segundo Alberti “[...] Não há psicanálise sem política e há a política da Psicanálise” (ALBERTI, 2008, p. 07) tendo em vista que é necessário se pensar sobre os possíveis debates referentes as relações entre saúde mental e a psicanálise,

[...] pois, antes de mais nada, o que entendemos atualmente sob este binômio é fundamentalmente referido às políticas públicas de saúde e, mais especificamente, de saúde mental, justamente (ALBERTI, 2008, p.07).

Com isso, Alberti (2008) discorre que se pensa na saúde mental devido as mudanças que ocorreram nos últimos vinte anos, quando se tem o projeto de lei proposto por Paulo Delgado em 1999, este que ao ser sancionado em abril de 2001, juntamente com as decisões da III conferência Nacional de saúde mental “[...] criaram os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), a saúde mental é hoje, sem dúvida, um fato político” (ALBERTI, 2008, p. 07).

De tal modo que, Alberti (2008) explicita que a política da psicanálise só é sustentada quando há a dita ‘ética do bem dizer’ em relação ao Sujeito, este Sujeito do inconsciente, que se relaciona com o desejo e com o gozo. Gozo este que só é concebido a partir da psicanálise, tendo em vista que está se dá por meio de cada experiência analítica, visto que cada final de uma análise, é também uma experiência particular e que contribui para o saber em psicanálise.

Deste modo para Passarelli (2012) discorre sobre a importância da psicanálise aplicada, tem como referencial Lacan por meio de seus escritos, exemplifica sobre a psicanálise em espaço institucional, visto com um manejo diferenciado e singular (PASSARELLI, 2012).

Deste modo segundo Passarelli (2012)

[...] Lacan confere um estatuto muito particular à psicanálise em extensão na medida em que a articula à psicanálise em intensão E, nesse sentido, podemos afirmar que sua conceitualização difere da de Freud. Lacan, também, está às voltas com a questão da transmissão da psicanálise, porém está a par das dificuldades que ela coloca na sua relação com a Instituição Psicanalítica. E, nesse sentido, o autor propõe algo novo com a Escola Francesa de Psicanálise. O que nos leva a afirmar que Lacan avançou na questão que envolve a Psicanálise em sua interface com outros campos de uma maneira muito singular, e ofereceu um arcabouço teórico consistente para essa reflexão (PASSARELLI 2012, p -71).

Desta maneira para, Roudinesco *apud* Passarelli (2012) tem se tornando um desafio em denominar a psicanálise aplicada. A psicanálise só pode ser aplicada segundo “[...] Lacan 1998, em sentido próprio, como tratamento e, portanto, a um sujeito que fala e ouve” (ROUDINESCO, 1988 *apud* PASSARELLI 2012, p 55).

Assim Roudinesco(1988) ressalta que:

[...]os psicanalistas devem organizar-se em torno de uma “causa comum”. O vínculo que os une baseia-se numa ética que despreza as relações imaginárias entre os membros do grupo. A sociedade tem por objetivo defender uma teoria, a do inconsciente, e não é feita para apoiar os terapeutas em suas reivindicações profissionais. Eles se reconhecem entre si por trabalharem por uma “causa”, mas a sociedade não tem por função fazer valer um reconhecimento horizontal entre os indivíduos de um clã, com fins de garantir o exercício de seu ego: tal é o projeto de uma política da psicanálise centralizada numa teoria do inconsciente. Essa posição não é falsa em si, mas produziu os efeitos desastrosos de que se tem conhecimento. Além disso, Freud aceita o lugar de pai fundador, mas recusa o de chefe político. Daí sua posição de mestre sem mando, que o conduz a deixar a seus discípulos a tarefa de gerir os assuntos do império (ROUDINESCO 1988, p. 243).

Por fim, Roudinesco (1988) ressalta a importância do contexto histórico da sociedade psicanalítica, que tem buscado favorecer a democracia por meio da escuta dos sujeitos e de

seu inconsciente, buscando retirar o desenterramento da posição subjetiva dos discursos biomédicos sobre os Sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se válido ponderar que o Sujeito na Psicanálise é visto como Sujeito do inconsciente, portanto é compreendido no *a posteriori*. Considera-se num primeiro momento a relação do Sujeito com o Outro materno e, posteriormente, sua significação com o reconhecimento, no nível de sua constituição. Tendo em vista o acolhimento que os pacientes recebem no hospital psiquiátrico de Cuiabá - Mato Grosso, pode-se pensar na escuta sendo operacionalizada mediante ao acolhimento desse Sujeito do inconsciente.

Sabe-se que a Psicanálise na graduação começou desde 1916, quando Freud deu-se conta da importância dos estudos psicanalíticos nas universidades. Freud notou que contribuiria com o entendimento dos Sujeitos, tendo como premissa básica de atuação três aspectos: análise pessoal, estudo da teoria e supervisão dos casos. Sendo assim, foi possível compreender no hospital psiquiátrico de Cuiabá - Mato Grosso sobre uma minoria dos profissionais terem tido contato com a Psicanálise na graduação ou em escolas de psicanálise. No entanto, para alguns profissionais, o conhecimento sobre a psicanálise adquirido no contato com outros profissionais os sustentam frente as suas práticas no âmbito da saúde mental.

Percebe-se que os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do hospital psiquiátrico entendem a Psicanálise como sendo a que contribui nos estudos dos casos; com o acolhimento dos pacientes e da família e que ajuda a equipe multidisciplinar a refletir sobre os casos. Para que só então, de maneira conjunta, os profissionais das áreas de saberes possam pensar na condução do tratamento e nas possíveis decisões quanto a medidas interventivas e manutenção ou não da internação, analisando, assim, possíveis melhoras que visem à alta do paciente.

A respeito da transferência, nota-se que o “acolhimento” e o “vínculo” citados pela equipe multidisciplinar aparecem quando os pacientes, em muitos dos casos, retornam voluntariamente à instituição. Deste modo, o acolhimento e o vínculo dos pacientes, geralmente, instaura-se com um profissional de referência que acolhe as demandas e os escuta em meio a uma cadeia de significantes de sofrimento. Um dos aspectos citados pelos profissionais também diz respeito ao retorno dos pacientes ao hospital de maneira voluntária por falha dos equipamentos da rede de saúde mental extra-hospitalares.

Torna-se relevante ressaltar que, de acordo com os profissionais da instituição, existe no hospital psiquiátrico um programa de ação permanente do governo que promove uma vez por mês a visita de algum colega/profissional de fora com o intuito de formar a equipe em recursos humanos, aprimorando desta forma o conhecimento dos profissionais da equipe voltado para a saúde mental.

É possível identificar por meio das falas proferidas pelos mesmos que eles têm conhecimento da Lei Paulo Delgado de número 10.216 e que sabem da urgência em que o Estado está em relação à funcionalização das políticas de saúde mental, tanto quanto visam e enaltecem a grande contribuição que a Psicanálise almeja em relação à Luta antimanicomial.

Em suma, observa-se que há grande crítica a forma de tratamento existente no local e preocupação por parte da equipe multiprofissional do hospital psiquiátrico. Em contrapartida, existe neles muita força de vontade para realização do seu trabalho, mesmo imersos nas dificuldades em relação ao adequado funcionamento das redes de atenção, ao apoio advindo do governo do Estado e também às dificuldades encontradas na estrutura física da instituição.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Douglas Nunes. **A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental**. Estudos e pesquisa em Psicologia. UERJ, 2008.
- ALBERTI, Sonia. **A política da psicanálise e a da saúde mental**. Estudos e Pesquisas em Psicologia. UERJ. Rio de Janeiro, 2008. p. 07-11.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. 326p
- BEZERRA, Daniela Santos. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: política e psicanálise oito anos após a Lei 10.216**. Curitiba, PR: CRV, 2013. 162p.
- CAMPOS, Rosana Onocko. **Psicanálise & Saúde Coletiva Interfaces**. 2ª Ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.
- ELIA, Luciano. **O Conceito de Sujeito**. Editora Zahar, Rio de Janeiro, 2004.
- FREUD, Sigmund. **A dinâmica da transferência (1912)**. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição sob a direção geral de Jayme Salomão- Rio de janeiro: imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. [1919]. **Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades**. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição sob a direção geral de Jayme Salomão- Rio de janeiro: imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. **Neurose e Psicose**. Obras Incompletas de S. Freud. Volume XIX, ([1924] 1923). Edição sob a direção geral de Jayme Salomão- Rio de janeiro: imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. **O Eu e o ID, “autobiografia” e outros textos. (1923-1925). A perda da Realidade na Neurose e na Psicose (1924)**. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição sob a direção geral de Jayme Salomão- Rio de janeiro: imago, 1996.
- HERMANN, M.C. **Acompanhamento terapêutico e a psicose :um articulador do real, simbólico e imaginário**. São Paulo, 2008.
- LACAN, Jacques. 1901-1981. **Escritos/Jacques Lacan. Intervenção sobre a transferência**; - São Paulo: Perspectiva, 2014. – (Debates; 132/ dirigida por J. Guinsburg).
- LACAN, Jacques, **Escritos**: Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- LACAN, Jacques. Livro 3- As Psicoses. 2ª Ed. Versão Brasileira de Aluisiu Menezes. Editora: Jorge Zahar. Rio de Janeiro. 1955-1956.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da psicanálise**. – 4ª ed.- São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. Ed. Revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. – 2. Ed. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

OLIVEIRA, Alice Guimarães de Bottaro. **A Reforma Psiquiátrica em Cuiabá/MT: Análise do Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Mental**. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2003.

PINHO, Raquel Tegen de. **Cidade e Louruca: Entre o Censo de 1980 e a Inauguração do Pavilhão de Alienados em Cuiabá**. Universidade Federal do Mato Grosso- Cuiabá. 2006.

POLI, Maria Cristina. “Alienação” na psicanálise: a pré-história de um conceito. **Psyche (São Paulo)**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 133-152, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2018.

QUINET, Antonio. **As 4 +1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de psicanálise**. – Rio de Janeiro: Zahar, 1998.