



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental e Coletiva



De vagão em vagão: narrativas de pacientes que divagam da internação psiquiátrica para a rede de saúde mental

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Profa Dra Rosana Teresa Onocko-Campos

Gabrielli Pohlmann Rocha

Campinas
2021

Resumo

O presente trabalho é uma narrativa sobre uma experiência em uma internação de psiquiatria com o pensar psicanalítico a partir do conto de José Guimarães Rosa “Sorocô, sua mãe, sua filha”. Trata-se de uma narrativa descritiva com três casos clínicos para pensar a continuidade no pós-alta da internação psiquiátrica, discorrendo o adoecimento psíquico sob a luz da subjetividade, refletindo a psicopatologia como fenômeno de um sujeito singular. Discute-se a articulação entre três eixos norteadores de continuidade do cuidado: 1- o caso, 2- a rede de apoio e 3- a rede de serviços. Por fim, trago uma proposta de pensar a direção clínica do tratamento para além da lógica crise-internação, mas valorizando o vínculo que é possível estabelecer na intensidade de uma internação de psiquiatria em um hospital geral. E mostro como é possível, a partir de uma internação, organizar uma rede para fora do hospital de forma clínica, criativa e cuidadosa.

Introdução

Um processo de formação tem o seu início marcado pela incompletude. Tem que se admitir o não-saber para buscar teoria, experiência, supervisão, uma instituição. Quem chega nessa busca, se encontra com gente que vem de outro lugar. Desse encontro, pouco se sabe o destino. Como o paciente quando encontra o terapeuta; o residente quando procura destino para as suas angústias ao endereçá-las ao supervisor; o preceptor que tem que narrar suas experiências e transmiti-las. Assim o residente, se deforma em busca de se formar sem saber onde vai chegar.

Talvez seja assim, também, que comece uma narrativa sobre uma experiência em uma internação de psiquiatria com o pensar psicanalítico. Pego emprestado o conto de João Guimarães Rosa, “Sorôco, sua mãe e sua filha”. É uma narrativa também marcada pela incompletude, um não-saber. Começa um pouco antes do embarque de duas mulheres em um trem com o destino para o hospital psiquiátrico de Barbacena. Sorôco ficou “oco sem beiras”, sem sua mãe e sem sua filha. Não conseguia mais cuidar das duas loucas. Pede então ajuda ao Governo que envia um vagão de trem para levá-las ao hospício.

“Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar nunca mais. De antes, Sorôco aguentara de repassar tantas desgraças, de morar com a duas, pelevava”

Quem recebe a filha e a mãe de Sorôco somos nós, que escolhemos trabalhar em um local ao qual chegam os que estão em crise e a quem os recursos extra-hospitalares não deram mais conta de cuidar. Uma internação de psiquiatria em um hospital geral não é um Hospital Psiquiátrico, mas também recebemos muitas filhas e mães de Sorôco. Me aventuro a teorizar aqui sobre como pensar a chegada dessas mulheres, e de tantas e tantos outros, e principalmente, a pensar como sair. Proponho trocar a ideia de cura por uma ideia de alta, e a ideia de “não voltar nunca mais”, para a construção de um retorno delas para Sorôco, se assim o quisessem.

Como no conto de Guimarães Rosa, não sabemos o nome da mãe e da filha de Sorôco, em uma internação também recebemos o paciente antes pela sua loucura do que pelo seu nome. Como refere Lacan, “o sujeito tido como louco é antes falado do que fala” (Lacan, 1953, p.144). Com efeito, quando escolhi ir trabalhar em uma internação de psiquiatria e subi no trem, a minha pergunta era: e o que farei lá?

A proposta desta narrativa é responder essa pergunta a partir de uma das possibilidades que se deu ao chegar: a continuidade do cuidado no pós-alta da internação. Não era uma possibilidade ter pacientes com “o não voltar nunca mais”, pelo contrário, estava ali pensando em como, dentre tantos, fazê-los voltar. Não faz sentido um paciente “se recuperar” de seu sintoma em uma internação se ele não puder manter esse estado após a alta. O trabalho realizado durante a internação deve, portanto, encontrar uma forma de continuidade e de sentido.

Se a crise é um momento no qual se abre uma janela do psiquismo e se torna uma oportunidade de tratamento, sair da crise não é necessariamente a cura. Ponderamos que alta não é cura, não é um “fim de tratamento”, mas sim uma “transição de cuidado” que passaria a ser cuidado em âmbito territorial (Frateschi, 2020, p. 251), como previsto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Para isso, vou descrever alguns trechos de casos acompanhados durante o ano de 2021 para refletir acerca da continuidade do cuidado na rede de saúde mental. Conseguimos imaginar o que aconteceria, se ao chegar em Barbacena, a mãe e a filha de Sorôco, fossem recepcionadas com uma proposta de cuidados pensando a sua alta?

Aqui, teremos como norteadores três eixos continuidade do cuidado: 1- o caso, 2- a rede de apoio e 3- a rede de serviços.

- 1- O Caso: A dimensão clínica para realizarmos a construção de um caso clínico, é pensada por nós pela proposta de Viganó (1999). O ponto de partida para

essa construção é para além de uma exploração psicopatológica e psiquiátrica da situação do paciente, sendo essa necessária, mas insuficiente para compreender o sujeito. Viganó propõe pensar o particular do sujeito na crise, construindo o caso a partir do saber que advém do paciente. Se os sintomas que surgem podem não ter significado em si mesmos, eles podem revelar muitas coisas sobre a experiência interior de quem está em sofrimento. Para isso, é preciso escutar o paciente para se aproximar da verdade do sujeito. Dessa forma, é preciso compreender como a crise se insere na história de vida do paciente. A construção do caso, com o paciente, constitui em si mesma uma atividade psicoterapêutica, pois dá voz ao fio narrativo interno e abre a possibilidade de elaboração de experiências. O profissional constrói uma hipótese de leitura da situação geral do paciente que servirá como base para o desenvolvimento de uma direção clínica do tratamento. Nesse sentido, construir o caso clínico é fazer espera ativa e atenta ao inédito (Oury, 1991). Como também menciona Viganó:

“é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier. E isso pode levar muito tempo. Se houve um trabalho de construção, se foi possível notar, por exemplo, que o paciente fez o mesmo gesto por meses e meses, que um dia ele dá um sorriso e não mais aquele gesto – é preciso registrar que houve uma mudança: aí, então, ele está dizendo que está construindo.” (Viganó, 1999, p.7).

- 2- A rede de apoio: Como seria incluir Sorôco em relação aos cuidados de sua mãe e sua filha? O discurso da rede de apoio para compreender a crise do paciente é fundamental. Como menciona Figueiredo (2005), o sujeito da palavra aqui se desloca para os familiares e opera da mesma forma: compreendendo esses também na posição de sujeito e a localização do paciente nessa rede, o que pode ajudar na construção do caso. Por isso, aqui não nomeamos como “família”, mas rede de apoio, que se configura com qualquer vínculo que tenha uma relação próxima com o paciente, que consiga narrar quem é aquele sujeito, os fatos vividos e o impacto que a crise tem tido nas relações. Colher informações novas, contraditórias ou opostas às contadas pelo paciente, ou entre as diferentes pessoas na rede de apoio, também é material para a construção do caso. Além disso, é para essas pessoas para quem o paciente irá voltar após a internação, e - muitas vezes - as relações e o contexto estão envolvidos no processo de adoecimento. Por isso, a inserção da rede de apoio na direção do tratamento é um dos pilares fundamentais para que ocorra um processo de corresponsabilização pelo tratamento e esse vínculo pode garantir a continuidade do cuidado. Também é necessário repensar com essa rede quais são os recursos do paciente, pois é preciso considerar o paciente como um todo, inserido em uma rede de apoio, como sujeito, e não como um "objeto doente". Por último, mas não menos importante, a rede de apoio envolvida nos cuidados do paciente também precisa de apoio e suporte psicológico, esclarecimento da importância da continuidade do tratamento, orientação em relação a medicação, a crise e ao que foi construído na internação. Explicar a proposta de continuidade de cuidado, os motivos das indicações para os serviços substitutivos e possibilitar um espaço para questionamentos que possam surgir em relação a construção do tratamento (Bezerra & Dimenstein, 2009).
- 3- A rede de serviços: Pensando que a internação de psiquiatria em um hospital geral é breve, é importante mapear, no início da internação, se o caso já era

acompanhado em outro serviço ou no ambulatório do próprio hospital. Caso haja outros locais de cuidado envolvidos, é necessário envolvê-los na discussão sobre o caso. Isso não é só pela intensidade do tempo em uma internação, mas para garantir a lógica da continuidade no cuidado do paciente. Pensando que a rede de saúde mental no Brasil, é constituída por mais de uma modalidade de serviço, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os serviços substitutivos na reforma psiquiátrica e os principais atores nessa tecitura da rede quando o assunto é paciente com transtornos mentais graves e/ou persistentes. No entanto, não podemos centralizar o cuidado nessa figura institucional, apesar de o cenário atual apresentar uma centralização do cuidado em saúde mental nesse dispositivo (Scheibel & Ferreira, 2011). É importante pensar que os CAPS fazem parte de uma rede, e que esta, precisa conversar em relação ao usuário do território no qual o CAPS está inserido, mas também precisam entrar em cena todos os atores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Desta forma, a “co-construção” do caso pode ser um caminho para resolver algumas resistências que às vezes se instalam do lado da equipe da RAPS. Ao final da internação, é importante organizar uma reunião de transmissão entre os profissionais da internação com os outros serviços envolvidos.

Se cada uma das versões das histórias contadas por cada um desses três eixos acima citados é material imprescindível para pensar a direção clínica de um tratamento, criar uma quarta, como propõe Aulagnier (1989) com o esboço de cada versão e hipóteses deduzidas, ocupará o lugar de ser uma versão hipotética sobre a vivência atual do sujeito, que será “a obra do objetivo do tratamento”.

Com efeito, cuidar da finalização de uma internação de psiquiatria não é apenas dar uma carta endereçada a um outro serviço de saúde para que o paciente compareça. É uma construção estruturante quando se pensa um sujeito com um adoecimento psíquico importante em que se esgotaram alternativas de cuidado e que por isso precisou de uma internação de psiquiatria. Figueiredo & Schmidt (2009) descrevem o “mal-estar” de uma equipe de um CAPS ao decidir por uma internação de um usuário já acompanhado pelo serviço, mencionando a importância de utilizar desta internação como um último recurso para lidar com a crise, “internar, no limite, às vezes é necessário”. Então, como construir uma continuidade do cuidado desse usuário que vai, no limite, para outro serviço de saúde?

A fragmentação do cuidado é uma falha das políticas públicas brasileiras em relação aos serviços de saúde mental. Um manejo e um suporte têm que serem feitos para que as instituições entendam que o seu usuário não precisa estar dividido, e sim compartilhado, em locais de saúde (Onocko, 2012; Silva, 2016). Esse cenário de fragmentação induz ao fenômeno de *revolving door* - porta giratória, descrito na literatura

pelas repetidas e frequentes internações de pacientes psiquiátricos em pouco tempo após a alta (Zanardo, Moro, Ferreira & Rocha, 2018; Bezerra & Dimenstein, 2011).

Cabe frisar que faremos uma leitura da continuidade do cuidado pensando o adoecimento psíquico sob a luz da subjetividade, refletindo a psicopatologia como fenômeno de um sujeito singular (Pereira, 2021). Essa é uma posição ética que permite pensar a direção e os objetivos de tratamento de cada paciente para além da remissão dos sintomas. Faremos a seguir uma narrativa de alguns casos acompanhados para evidenciar esse raciocínio clínico.

Quem cuida de quem? Caso 1

M., 16 anos, segunda internação psiquiátrica no período de sete meses. Após a primeira internação, e uma hipótese diagnóstica de esquizofrenia, a rede de saúde mental do município não conseguiu atendê-lo, pois o adolescente não compareceu para o acolhimento e o serviço não realizou busca ativa. Na segunda internação, que teve início três meses após a alta, não havia nenhum familiar que o visitasse e sequer recebíamos ligações pedindo informações sobre o menino. O cerne da crise do adolescente não era apenas de não conseguir manter as medicações após internação, questão importante no tratamento de M. Mas M. sequer tinha alguém que quisesse/conseguisse cuidá-lo. Não à toa, em sua crise, M. ficava muito tempo se olhando no espelho e referindo que o espelho seria um portal, um acesso a outro mundo. Entendíamos que esse também era um pedido de M., um pedido que a crise aludia: construir um novo lugar para estar.

Foi um desafio construir a continuidade de cuidado para M., porque além da gravidade do seu diagnóstico, ele não tinha um local seguro para ir após a alta da internação de psiquiatria. Foi necessário, de fato, construir esse portal. Foram necessárias conversas com os genitores, busca por família extensa para pensar outras possibilidades de cuidado, acionar o serviço social do hospital para levar o caso para o Conselho Tutelar, reunião com o Ministério Público, Unidade Básica de Saúde de referência, Capsij do município de origem para organizar o cuidado do adolescente e da família. Também foi necessária a inserção em uma instituição de acolhimento para garantir os direitos do adolescente. Além de toda essa organização, foi importante cuidar de como isso incidia sobre M. em sua subjetividade, o vínculo permitiu ficarmos atentos a como M. respondia as propostas de transferi-lo para outro local de cuidado. Acompanhamos M. em seus movimentos e recursos subjetivos para enfrentar essa situação. Foram intensos

atendimentos para explicar-lhe todas as reuniões que aconteciam, inseri-lo na importância do seu tratamento, e inclui-lo na construção de cada processo. A genitora, impossibilitada de cuidar, foi inserida no processo de quem iria comunicar ao filho os motivos pelo qual não poderia recebê-lo em sua casa, fazendo parte da responsabilização da família nessa articulação.

Realizamos reuniões com a casa lar para onde M. foi encaminhado, pensamos juntos o projeto terapêutico do acolhimento institucional e como se daria a reaproximação com a família, sempre garantindo que M. seguisse com um espaço seguro para cuidar de si. Discutimos com a equipe do Capsij sobre os manejos e crises do adolescente, pensando um Projeto Terapêutico Singular juntos. Também foram feitas orientações às mães sociais sobre a crise de M., como cuidá-lo, de que forma o cuidar na desorganização para além da medicação. Seguimos vendo o caso, no início, a cada 15 dias e depois a cada 1 mês no ambulatório de psiquiatria do hospital. Além disso, nas crises, o responsável na instituição de acolhimento nos contatava para solicitar auxílio no manejo da crise, pois nesses momentos o vínculo criado durante a internação sustentava a agressividade, compreendia a angústia e conseguia dar contorno para aquele adoecimento.

Este caso evidencia a importância da articulação da rede de apoio e da rede de serviços. Os profissionais da internação de psiquiatria ficaram como referenciais centrais na organização da continuidade do cuidado. Principalmente pelo vínculo intenso que se constrói durante o período de uma internação, o qual também abre portas para a construção de uma potente tessitura de cuidado.

No entanto, o desafio de um caso compartilhado com tantos serviços da rede de saúde mental é de como corresponsabilizar os serviços para que tomem frente dos cuidados de M. após a internação. A transição do cuidado e do vínculo no caso de M. tem sido um desafio, pois, como escrito por Zanardo (2017) a internação psiquiátrica muitas vezes funciona como “porta de entrada” para o cuidado em saúde mental. Para quebrar a lógica hospitalocêntrica, é necessário destituir a lógica da “saúde mental ortopédica e da clínica alienada” (Furtado & Onocko, 2005) e fortalecer os demais serviços da rede para cuidarem do sujeito em crise.

Pensando que a esquizofrenia traz uma ruptura com a realidade e que M. sofre nas crises um desejo de passar por um portal, ser uma sereia da Disney, morar em um castelo, o que pode ser entendido como uma tentativa de construção de uma nova realidade. Freud (1991, p.78) escreveu que “a formação delirante, que presumimos ser o produto

patológico é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”.

A direção do tratamento nesse caso também foi a de como conseguir que essa fragmentação de M. não ressoasse nos serviços da rede, ou seja, que essa rede também não se fragmentasse, mas que conseguisse exercer esse papel mágico, lúdico e simbólico, como dito por M. em suas crises. Bodei (2003, p.11) diz que “quando a vida se torna invivível, deve-se inventar uma nova vida”.

Para evitar futuras internações e reduzir os impactos do diagnóstico psiquiátrico para M., a direção clínica do caso visa primeiro garantir a sua adesão ao tratamento, e trabalhar com a rede no âmbito territorial os cuidados com M. para além da medicação, retomando o sujeito para além de um objeto adoecido. Estudos (Chaves, 2007; Rezende, Moll & Ventura, 2018) descrevem como é um desafio ir além nos cuidados desses casos, pois há uma intensa sobrecarga familiar e da rede de apoio de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia. Nesse caso, a direção clínica do tratamento foi que para conseguir cuidar de M., toda a rede de serviços também terá que cuidar da rede de apoio de M.

Por fim, após organizar todo o cuidado para a alta, fizemos a despedida da internação junto com M, organizando uma caixa de recordações. Ele escolheu objetos que estavam na casa dos genitores e que ele gostaria de levar para a casa lar, revelamos fotos a sua escolha com a família, amigos e profissionais e decoramos a caixa como uma brincadeira. A ideia era que a caixa representasse concretamente a sua história de vida, que até então estava se fragmentando aos poucos em suas crises. Essa caixa recheada de sentidos tinha um olhar clínico, que procurava que M. pudesse encontrar o portal da sua própria história sempre que precisasse buscar sentindo ao que estava vivendo. Winnicott (1971) escreve “o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar, para um estado em que o é” (p.59).

Por mais que M. não estivesse em um processo de psicoterapia, evidencia-se que o acompanhamento de um profissional com uma escuta qualificada e um pensar clínico torna um processo de internação, de construção clínica e direção da alta um processo terapêutico. Winnicott escreve em sua obra a importância da criatividade no processo terapêutico, e aqui, trazemos a importância da criatividade também na construção da direção clínica do tratamento. Desta forma, a internação de psiquiatria pode se tornar “um espaço e um tempo” (Winnicott, 1971) que podem dar garantia a um espaço potencial de experiências entre o universo interno e externo.

O que temos que buscar? Caso 2

Paciente J., resume a história da sua doença iniciada há mais de trinta anos, e com onze internações psiquiátricas, por “quadros depressivos”. Conheço-o na última, mas não pelo quadro depressivo, e sim de mania, caracterizando um novo diagnóstico, de transtorno afetivo bipolar. Sua única rede de apoio era sua ex-cônjuge, a qual foi proibida pela sua família de visitá-lo. Mesmo assim, ela o visitava escondida e estava disposta a ajudar na transição da alta para uma nova casa, uma nova região, “uma nova vida”, como dizia. Após uma longa internação, J. estava com medo de sair, referia ter dúvidas de como seria a vida após a internação, se questionava sobre quem iria cuidar dele. Para o CAPS, serviço que seguiria os cuidados do usuário, era estranho se deparar com um paciente com tantas internações psiquiátricas e que nunca havia passado pelo serviço. A equipe questionava se era mesmo “um paciente de CAPS”, ainda após a discussão do caso. Como a rede familiar era inexistente, e o que se tinha era provisório (a ex-cônjuge estava disponível para ajudar nessa articulação apenas pós alta, pois não queria mais ter vínculos), ressaltamos a importância do serviço de saúde para garantir o acompanhamento. Ele iria morar sozinho, o que fazia mais de 30 anos que não acontecia, referia não saber cozinhar e tinha medo da solidão. Acompanhamos o paciente com sua ex-cônjuge na alta e na ida ao Caps para o primeiro acolhimento, com a diretriz clínica da construção de vínculo como garantia de seguimento do tratamento em saúde. No território em que foi construído o seu projeto terapêutico pós-alta, J. foi morar perto do CAPS, com a proposta de fazer permanência dia, fazer todas as refeições no serviço, e voltar para a casa para dormir. Ao nos despedirmos na porta do CAPS e mostrar o caminho até a sua nova moradia, duas quadras dali, J. nos questiona: “agora vocês vão me abandonar?” Entendemos que o momento da despedida também faz parte do tratamento. Após quase 90 dias de cuidados intensos na internação, a direção clínica era a de que não ocorresse esse esfacelamento do caso na rede, mas de que haveria um ponto em que ele “deveria encarar a vida lá fora”, como tanto ele mesmo pedia durante a internação. J. segue acompanhado pelo ambulatório de psiquiatria e faz permanência dia todos os dias em um CAPS III.

Nesse caso, vemos o efeito de acompanhar o paciente presencialmente na transição do cuidado entre os serviços de saúde. Esse acompanhamento pode ocorrer de diversas formas, aqui, narramos uma das possibilidades, a qual fazia sentido para esse caso em questão. J. apresentava episódios intensos de mania, nomeados por ele como

episódios de afeto, contato, carinho. Porém, esse episódio trouxe prejuízos financeiros e pessoais, o que era traduzido por J. como um problema, porque “sofria por amar demais”. O diagnóstico de TAB, nesse caso, não era dito pelo paciente como um meio de se reconhecer e tecer sua vida a partir disso. Ele se reconhecia como alguém que sofria pela intensidade do amor. Para os serviços, o diagnóstico pode ser importante para organizar e estruturar o cuidado, mas é importante reconhecer como o paciente interpreta a complexidade de suas vivências e como as denomina (Frateschi, 2011).

Salientamos nesse caso a diferença de um *follow up* do encaminhamento e de um encaminhamento implicado, ressaltando que existem diferentes formas de técnicas podem garantir a continuidade de cuidado, desde que façam sentido aos objetivos éticos da direção de cada tratamento. Neste caso, o encaminhamento implicado foi necessário, vista a insegurança que o CAPS tinha para receber o caso e que J. não conseguia criar essa rede sozinho. Assim, o profissional responsável pelo encaminhamento se incluir no processo, responsabilizando-se por endereçar a demanda foi necessário. Essa atitude implicada é diferente de falar pelo paciente, mas é importante para não abandonar o paciente em si mesmo. Garantir que o paciente chegue ao serviço e acompanhá-lo no primeiro acolhimento também pode ser um facilitador do processo de vinculação, pensando uma dinâmica diferente do abandono, mas da transferência de um cuidado.

A pergunta que esse caso suscitava era: O que temos que buscar? E com a construção do caso, a direção para a pergunta nos pareceu ser que o paciente, mesmo sem rede de apoio, possa existir e não apenas se institucionalizar. Se pensarmos que “o diagnóstico incida não exclusivamente sobre o sintoma, mas sobre a implicação do sujeito no sintoma” (Figueiredo, pag. 14), a intervenção para cuidar de J. foram as formas de existir em um laço social amando demais. O amor em excesso é uma forma de expressão própria desse sujeito, como ele entende seu episódio de mania, o que não precisa levá-lo a interrupção da vida em sociedade, se houver um serviço que compreenda as situações que levam J. a correr riscos pelo amor.

A direção clínica do tratamento foi a de criar intervenções clínicas que fossem além da lógica crise-internação, tão instaurada na vida de J. Para ir além, somente com o vínculo e um tratamento constante para compreender a solidão que causa não ter uma longitudinalidade do cuidado. Após um mês de sua alta, encontro J. ambulatório do hospital, pergunto como vai a vida e ele diz “vim até aqui sozinho, mas eu sei voltar, não precisa se preocupar”.

Em quem confiar? Caso 3

19 anos, 33 tentativas de suicídio, primeira internação de psiquiatria com duração de quase quatro meses. Internação considerada longa. Histórico de acompanhamento nos serviços da rede de saúde mental da cidade. Chegou ao CAPSij ainda adolescente, mas sem vinculação e continuidade de atendimentos. Durante a pandemia acessou o serviço em crise, mas já havia feito 18 anos, sendo transferida para o CAPS III do território. Em discussão de caso, equipe do CAPS III refere não ter conseguido se vincular ao caso. Mencionavam que A. não comparecia aos atendimentos, tendo alta administrativa por não comparecimento. Rede de serviços inexistente, rede de apoio fragilizada, abandono dos pais, histórico de abusos sexuais intrafamiliar e muito desejo por morrer. Suas crises ocorriam quando as tensões dentro de casa se intensificavam e se aproximava a possibilidade de repetir cenas traumáticas já vivenciadas. Para ela, alguns eventos eram sinais de que as crises de outros familiares iriam ocorrer, o que a afetava de forma violenta. Presenciar a crise dos outros é vivido como uma situação que a confronta com a injustiça, hostilidade e o ódio contra ela. Sendo assim, preferia optar por se matar do que ser colocada no conflito enlouquecedor da rede de apoio. Nesses momentos, não havia uma possibilidade de ir para outro lugar, uma outra casa, se sentir segura em outra relação, falar do medo da cena do traumático. A proposta de após a alta da internação fazer uma transição de cuidado para o território, para o CAPS III, não era uma possibilidade de cuidado para A., pois referia não gostar do serviço e não se sentir cuidada. Foi iniciado atendimento psicoterápico para A. durante internação. A. se vinculou a residente de psiquiatria e a psicóloga e solicitou que essa fosse sua continuidade de tratamento. Percebia a instituição hospitalar como um lugar de cuidado, sendo esse um benefício da internação: a possibilidade de vinculação, um tempo longo e intenso para construir uma abertura em uma paciente com tanta dificuldade de confiar. O caso foi discutido com as profissionais de referência do CAPS III e foi realizada a articulação dela retornar para o serviço, pois precisaria de isenção no transporte público, documento gerado apenas no CAPS. Foi construído com A. a importância de ir até o CAPS para fazer o documento, o qual asseguraria sua locomoção e conseqüentemente a continuidade do tratamento. Junto com a referência de A. no CAPS III, foi possível construir uma proposta de transferência de cuidado no tempo do sujeito, mais lenta e cuidadosa com o serviço, pela dificuldade de vinculação.

O que temos então? Uma paciente com diversas idas aos prontos socorros da cidade após tentativas de suicídio, mas sem acompanhamento longitudinal em nenhum serviço. O primeiro serviço a se vincular com a paciente foi a internação de psiquiatria. Nesse caso a internação de psiquiatria não foi a “porta de entrada” para o caso, visto que A. já tinha passagem pelos serviços da rede. Mas foi na internação que se conseguiu abrir a porta, acessar A. e iniciar um processo terapêutico.

Não se tratou de um caso em que os sintomas de A. se encaixavam em um diagnóstico psiquiátrico. A direção clínica foi de acompanhar a paciente e não precisou de uma nosologia para carimbar uma gravidade do caso. A construção clínica do que a paciente conta de si já autoriza a buscar um serviço de alta complexidade para vinculá-la, pois, uma paciente que precisa morrer, tem que ter garantia de que exista algum lugar para viver. Este lugar não precisa ser físico, a instituição. Pode ser o vínculo que se estabelece com um profissional dentro dela. Essa pode ser a garantia de um lugar seguro: “eu sei que naquele serviço tem alguém que me conhece e pode me ajudar”, como diz A. nas crises, acessando os profissionais da internação por via remota.

Se de início, foi com os profissionais da internação que se constituiu o vínculo, isso demonstra que a paciente tem recursos e desejo dessa aproximação. No entanto, ela foi tecida por vias da subjetividade, e não das burocracias dos serviços de saúde. Por exemplo, é necessário um paciente chegar no acolhimento para ser inserida no serviço como um CAPS III? Se isso não ocorre, quais estratégias podem ser pensadas para o início dessa vinculação?

Aqui, novamente, trago o dispositivo clínico da criatividade (Winnicott, 1991), que não significa não teorizar ou não ter o raciocínio clínico do lado. Mas, tendo ambos garantidos trata-se de poder explorar formas criativas de acesso para alguém em sofrimento psíquico para além dos trâmites institucionais. Se a rede de apoio vem falhando nesse caso, as instituições envolvidas não podem atuar da mesma forma. Desta maneira, a discussão desse caso salienta que o vínculo da internação e o acompanhamento da paciente no ambulatório do hospital foi uma forma pensada de segui-la em acompanhamento e ir vinculando-a ao CAPS III aos poucos, respeitando seu tempo.

Apenas o ambulatório do hospital não consegue dar conta da complexidade do caso. No entanto, se esse foi o vínculo inicial é necessário sustentar a transferência que nos é dirigida. Cada vez que A. retornava para atendimento, o silêncio do seu traumático era rompido, utilizava do espaço para narrar sua história, chorar e insistia em dizer que não tinha lugar, que não conseguia buscar outra casa, outra rede de apoio (assim como

não conseguia chegar ao CAPS), pois sentia-se em dívida com quem lhe ajudou no início. Talvez por isso não conseguisse sustentar duas instituições, hospital e CAPS, mais profissionais, pois já se sentia “endividada” com a psicóloga e com a residente de psiquiatria. Pergunto a A. se quer que eu a acompanhe até o CAPS, ela recuse e diz “eu consigo chegar sozinha, não sei quando, mas eu consigo”.

Construir uma rede de cuidados para alguém que desejava estar morta antes de atingir a sua maioridade é uma tessitura lenta, de alguém que sobrevive a própria morte todos os dias. Se todo o dia pode ser o último, todo atendimento também é pensado como o primeiro. É visível o efeito que ter um lugar para A. Falar de toda sua vontade de morrer a faz deixar mais viva. Após 8 meses da alta da internação de psiquiatria, não houve outras tentativas de suicídio, e nos momentos de crise aguda em que a vontade de esse ato ocorria, entrou em contato com a psicóloga. Esse caso exemplifica que o tempo de chegada do paciente em uma outra instituição após a alta da internação, muitas vezes, depende do tempo do sujeito. Costa, Modena, Campos & Gama (2017) lembram que *“quando falamos de relação, referimo-nos a algo construído no dia a dia, respeitando o tempo do sujeito. Não se trata de responder rapidamente à demanda, ocupando o lugar de quem tudo sabe, sedimentando uma relação de poder entre usuários e profissionais”* (p.1296)

No final de um atendimento A. pergunta se ficava ou não na casa onde estava morando, e respondo que eu não decidiria por ela. Após finalizar o atendimento, A. já saindo pela porta, me pergunta: “você gosta de bolo? Vou trazer um caseiro para você semana que vem”. Trago esse recorte para elucidar que além da transferência estabelecida, existe uma possibilidade de trabalho clínico em uma instituição pública que ao mesmo tempo que dá um lugar para o sujeito existir, faz com que a paciente comece a se implicar no próprio tratamento. O bolo caseiro pode ser uma forma de agradecimento por eu dar lugar para ela escolher o que fará de sua vida ou um pagamento da dívida da nossa relação. Ela nunca trouxe o bolo, mas nas próximas sessões começa a se questionar como vai começar a fazer escolhas, “escolhas tão difíceis porque nunca escolhi nada antes além de escolher morrer”. Novamente cito Costa, Modena, Campos & Gama (2017):

“O profissional deve, neste sentido, acompanhar o sujeito na elaboração de uma pergunta que o conduza à construção de um “saber” singular que envolva sua experiência com a linguagem e com o seu ponto de gozo. Trata-se, portanto, de legitimar o lugar de “saber” do sujeito, sustentando um espaço para que ele associe suas queixas à sua história de forma que o seu dito retorne para ele mesmo como resposta. O “saber”, neste caso, não

representa um conhecimento teórico, mas uma experiência singular de responsabilização que permite certo contorno do impossível” (p.1296)

Concordemos que, antes de decidir seguir seu tratamento em outro serviço, se vincular a outros profissionais, e apostar que no CAPS III haveria profissionais que a cuidassem A. precisaria se deparar com decisões anteriores. Com isso, a formulação de um cuidado de uma alta após longa internação psiquiátrica vai além do conhecimento das políticas públicas e serviços da rede para onde encaminhar, mas de uma “atividade de relevância ética e clínico política” (Onocko, 2009) de uma direção clínica do tratamento atenta a demanda do sujeito e respeitosa de seu tempo.

Conclusão

Se ao chegar em uma internação de psiquiatria a queixa sintomática do paciente e um olhar de psicopatologia descritiva do profissional médico se faz necessário para indicar a internação, pensar o caso, organizar uma proposta de internação, e organizar uma alta é crucial para o paciente sair. O fato de trabalhar com classificações psiquiátricas não significa reduzir o sujeito a isso, mas antes saber qual o local do diagnóstico dentro da direção clínica do tratamento. Desta forma, diagnosticar também é acolher, escutar e acompanhar.

Narrando o percurso dos três casos, percebem-se as possibilidades de conduzir casos graves junto com a rede de saúde mental dos municípios, valorizando o vínculo que é possível estabelecer na intensidade de uma internação de psiquiatria em um hospital geral. E como, a partir dessa internação, organizar uma rede para fora do hospital de forma clínica, criativa e cuidadosa. A internação pode ocupar um lugar diferente daquele estigmatizado que as vezes tem, pois pode produzir cuidado, tecer rede e conduzir o paciente na sua posição de sujeito para seguir o tratamento. Para isso, é necessário muito trabalho clínico, com os serviços e com a rede de apoio.

Nestes casos, e nos de tantos outros acompanhados que serviram de inspiração para escrever este trabalho, percebemos que a peregrinação de pacientes psiquiátricos em diferentes instituições de saúde mental ainda é uma realidade. A falta de continuidade, a fragmentação do cuidado e a irresponsabilidade pelo vínculo é algo ainda a ser melhorado.

No entanto, o psicólogo dentro da internação de psiquiatria pode estar atento a essas questões ao receber um paciente, vista a sua bagagem de conhecimento teórico-prático sobre a rede de saúde mental e clínica. Nesse sentido, este relato também demonstra que o trabalho multidisciplinar em uma internação de psiquiatria propicia um novo olhar para a história do paciente ali internado, já que não há a presença de um mero burocrata, ou de uma “assistente social” que gerenciaria meros encaminhamentos, mas de uma escuta atenta, embasada teoricamente para realizar leituras clínicas dos casos.

Para esse trabalho também foi imprescindível o papel do supervisor. Os casos aqui relatados foram supervisionados, no mínimo, com frequência semanal, o que garantiu os desdobramentos, as amarras e muitas discussões. Esse recurso operou como um elemento clínico e ético, norteando a clínica e balizando o saber da experiência frente as dificuldades e angústias de trabalhar acompanhando casos graves.

Sôroco, após se despedir de sua mãe e sua filha, voltou para casa:

“alteado, forte, mas sozinho para si - e era a cantiga, mesma, de desatino, que as duas tanto tinham cantado. Cantava continuando. Foi o de não sair mais da memória. Foi um caso sem comparação. A gente estava levando agora o Sorôco para a casa dele, de verdade. A gente, com ele, ia até aonde que ia aquela cantiga”

Por fim, ao longo dos dois anos de residência, finalizo essa narrativa assim como Sorôco: levando comigo as cantigas de desatino que foi possível escutar durante esse percurso formativo. Felizmente, é possível pegar o vagão e ir embora, pois por mais dispendioso que seja o trabalho na saúde mental e em uma internação de psiquiatria, Sorôco e muitos “casos sem comparação” me ensinaram que é possível ir embora cantando.

Referências

- Aulagnier, P. (1989). O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante. São Paulo: Escuta.
- Bezerra, C. G. & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-326.
- Bodei, R. (2003). As lógicas do delírio: razão, afeto, loucura. Bauru – SP. EDUSC.
- Chaves, A. C. (2007). Primeiro Episódio Psicótico: Uma janela de oportunidade para tratamento? *Revista de psiquiatria Clínica*, 34, 174-78.
- Costa Val, A., Modena, C. M., Campos, R. T. O., & Gama, C. A. P. D. (2017). Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 1287-1307.
- Frateschi, M. S. (2020). Vivência de adoecimento e cuidados em saúde mental: estudo compreensivo e longitudinal a partir da alta da internação psiquiátrica (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, USP).
- Freud, S. (1991). Caso Schreber. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 8, 109-122.
- Lacan, J. (1953). Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise. In: *Escritos*. São Paulo: Editora Perspectiva, pp. 101-187.
- Martins, A. G. (2017). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, 11(20), 226-242.
- Onocko Campos, R. T. (2002). O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. In *O Planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. Editora Hucitec
- Onocko Campos, R. T. (2009). Elas continuam loucas: de que serviria aos serviços públicos de saúde uma releitura dos textos de Freud sobre a histeria? *Boletim da Saúde*, v. 23, p. 149-161.
- Oury, j. (1991). Itinerários de formação. *Revue Pratique*, n. 1, 42-50
- Pereira, M. E. C. (2021). A psicopatologia sob a perspectiva do sujeito singular.
- Rosa, J. G. (1962). Sorôco, sua mãe, sua filha” In: *Primeiras Estórias*.
- Rezende, N. F. F., Moll, M. F., Ventura, C. A. A., & Pires, F. C. (2018). Sobrecarga em acompanhantes de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. *Revista Mineira de Enfermagem*, 22.
- Schmidt, M. B., & Figueiredo, A. C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12, 130-140.
- Silva, M. C. (2016). Articulação do cuidado na perspectiva dos trabalhadores de caps e de enfermagem de saúde mental no hospital geral. Dissertação de mestrado...

Scheibel, A., & Ferreira, L. H. (2011). Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 966-983

Vigano, C. A (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*, EBP-MG, nº 13, p.50-59.

Zanardo, G. L. D. P., Silveira, L. H. D. C., Rocha, C. M. F., & Rocha, K. B. (2017). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20, 460-474.

Zanardo, G. L. P., Moro, L. M., Ferreira, G. S., & Rocha, K. B. (2018). Factors Associated with Psychiatric Readmissions: A Systematic Review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28, e2814

Winnicott, D. W. (1971). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.