

INSTITUTO RAUL SOARES: DO CONFINAMENTO AO MANEJO CLÍNICO**ALMANAQUE ON-LINE ENTREVISTA JULIANA MOTA¹ (INSTITUTO RAUL SOARES-FHEMIG)**

Almanaque (A): Agradecemos, em nome do Almanaque, a sua disponibilidade e gostaríamos que você nos falasse um pouco sobre a história do Instituto Raul Soares e de seu trabalho aqui.

Juliana Mota (J.M.): Atualmente ocupo a gerência tecno-assistencial do Instituto Raul Soares, o que equivale à direção clínica desse hospital – um hospital que tem quase cem anos.

O Raul Soares foi criado em 1922 para ser especificamente um lugar de formação na psiquiatria – por isso não se chama hospital, mas Instituto. O Raul tem uma tradição, uma importância fundamental nos anos 60 e 70. A partir de 1970, com os ventos que vieram da Itália – da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária do país –, começa a criação de um projeto sanitário, ou seja, a Reforma Psiquiátrica é fruto da Reforma Sanitária porque ela tem como eixo fundador a questão do pensamento do SUS, a lógica do SUS. É nesse cenário que um grupo de psiquiatras, fundamentais na história da psiquiatria no Brasil, como Francisco Paes Barreto², Antônio Beneti³, Antônio Simoni⁴ – falecido ano passado –, João Batista Magro⁵ e Célio Garcia⁶ – que não era psiquiatra, mas estava junto nesse trabalho –, começaram a discutir, a partir das denúncias de Hiram Firmino⁷, a situação dos hospitais psiquiátricos de Minas Gerais. Esse grupo faz um movimento capital no Estado de Minas Gerais para se pensar os rumos da formação dos jovens psiquiatras. Nesse momento também começa a discussão sobre o perfil do trabalhador de saúde mental, sendo a Saúde Mental criada nessa época. O hospital fundou a primeira residência de psiquiatria no Brasil – que completa 50 anos em 2018. Com todas as suas oscilações e problemas, ele se torna um lugar de formação clínica.

É também nesse momento que começam a surgir as instituições de psicanálise em Belo Horizonte – o Círculo Psicanalítico⁸, o Colégio⁹. Esse grupo de analistas e psiquiatras são também os preceptores de residências. Então, o Raul tem essa história na formação de psiquiatras, em que analistas ministram cursos desde a sua fundação. Depois tivemos uma segunda geração de psiquiatras, Ana Marta Lobosque¹⁰ e Miriam Abou-Yd¹¹ que, transferidas com o texto analítico e com o texto da reforma psiquiátrica, continuam a propor uma transformação no sentido da

formação desses trabalhadores de saúde mental. Nesse sentido, o discurso analítico é acolhido no Raul e passa a ter espaço em nossas discussões, assim como o discurso da clínica psiquiátrica e da reforma psiquiátrica.

Há seis anos, criamos a primeira residência multidisciplinar em saúde mental da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG). Essa segunda residência possui uma vaga para cada categoria: psicologia, terapia ocupacional, enfermagem e assistência social. Trata-se de uma residência do Instituto Raul Soares, da rede FHEMIG¹², mas chancelada, atualmente, pela Faculdade de Ciências Médicas, sendo o Instituto Raul Soares o executor.

A: Nesse percurso, como foi a deshospitalização no Instituto Raul Soares?

J.M.: Tínhamos, como todos os hospícios criados em 1920 – e que atravessaram os anos 30 e 40 –, moradores. Durante um tempo, ficamos com 17 moradores. Em 2015 conseguimos deshospitalizar dez pessoas. Alguns moravam aqui há dezessete, outros há treze, outros há cinco, seis anos. Fora as internações judiciais, em que tínhamos pacientes aguardando há mais de três anos. Pois, pegamos o contexto da reforma, mas também uma época em que as pessoas ficavam aqui por internação compulsória judiciária¹³. Em alguns casos, o juiz não dava definição do caso e o paciente ia ficando. Em outros, o juiz estipulava o tempo, determinava “vai ficar três anos”, e a pessoa permanecia por três anos. Mas, enfim, hoje temos cinco moradores no hospital, todos eles em processo de saída para as residências terapêuticas¹⁴.

E, ainda, sobre as internações compulsórias, que não acontecem só no Instituto Raul Soares, mas também no Hospital João XXIII¹⁵, entre outras instituições, o procurador da FHEMIG e a coordenação de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais iniciaram uma discussão com os juízes e os promotores das comarcas explicando as dificuldades causadas por esse tipo de internação, que não é clínica, e temos tentado encontrar outras soluções. Atualmente, as sentenças começam a vir sem tempo, e a decisão do tempo de permanência passa a ser apenas clínica. É claro que temos ainda problemas em algumas comarcas.

Devemos lembrar que o Instituto Raul Soares recebe pacientes de todos os lugares do Estado. Esses pacientes podem chegar sozinhos, vir encaminhados pelo Centro de Saúde. Quando o paciente chega, o trabalho da equipe é verificar a possibilidade de encaminhá-lo para rede de saúde. Estamos trabalhando na dimensão do ato, isto é, a equipe escuta, acolhe, maneja, conversa com a rede e, se possível, encaminha.

Mas a diferença é que operamos a partir de um encaminhamento clínico, respeitando o território geográfico, mas, sobretudo, tendo como ponto norteador a clínica. Esse é o orientador da direção clínica atual. Sem o argumento clínico, o paciente não sai do Raul. A equipe precisa sustentar seus encaminhamentos para além da lógica da rede administrativa da saúde mental. Ela deve criar uma rede clínica para cada um desses sujeitos, que serão encaminhados. E é bom constatar que a rede funciona, a rede acolhe. Temos dados estatísticos que sustentam essa orientação.

Urgências subjetivas: novas formas de sintoma

A: Qual é o perfil hoje do Instituto Raul Soares? Como funciona? O que funciona aqui, já que não é mais internação?

J.M.: Não somos mais o lugar de confinamento. Se ainda tem um ou outro paciente que fica um tempo a mais, é porque ainda está no processo de discussão com as localidades a que pertencem. Hoje o Raul é um local de passagem, um lugar breve, de urgência. Nesse sentido, um dos nossos indicadores de eficiência é reduzir as internações para sete a onze dias, no máximo, numa crise. É claro que isso funciona melhor na cidade de Belo Horizonte. A Grande BH e algumas regiões do Estado, por serem mais desamparadas de dispositivos para acolher, ainda internam muito.

A: O fato de as internações serem curtas – você disse de sete a onze dias – aumenta o número de retorno?

J.M.: Não. Acontece às vezes, mas acho que a instituição, o corpo clínico, tem trabalhado e manejado melhor o caso na porta de entrada. Tentamos não deixar entrar mais. Fechamos uma enfermaria e a transformamos em Centro de Acolhimento à Crise. Hoje a urgência se transformou; colocamos uma equipe de acolhimento e uma equipe horizontal, ou seja, uma equipe que acolhe e uma equipe que acompanha os pacientes que estão na observação, todos os dias. E, mais ainda, essas equipes se reúnem diariamente, às dez horas, para discutir os casos que chegaram nas últimas 24 horas e os manejos que vão se fazendo com a rede. Estamos equipando essa porta de entrada para esse pensamento de urgência.

A: Como é essa crise? Essa urgência?

J.M.: Temos dois pontos. Um é uma urgência subjetiva, quando o sujeito chega com um sintoma muito embaçado. Poderíamos dizer que são essas novas formas de corpo, de muito uso de substância, uma posição muito pouco discursiva, em que é necessário introduzir o tempo. Então, o Centro de Acolhimento à Crise vem para introduzir uma hiância, para que seja possível algo do sujeito aparecer, para que alguma intervenção possa ser feita. Esses encaminhamentos devem ser clínicos e não de triagem. Essa é uma diferença fundamental.

Temos também o outro tipo de caso, aqueles que chegam principalmente do interior, de lugares mais desamparados, apresentando os sintomas clássicos da descrição psiquiátrica, de manual de psiquiatria – os que deliram, que têm essa configuração nosológica, psicopatológica, muito clássica da história dos manuais. Essas pessoas, quando chegam, muitas vezes, já estão catatônicas, o que não vemos mais na nossa cidade. São sujeitos que vão se afastando e a família vai deixando, vai dando um jeito, acostumando com aquilo. Esses casos, as catatonias, as anorexias psicóticas – que chegam e que já têm um tempo de evolução –, são do interior, não são da cidade. A não ser que venha direto do Laboratório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas, que nos encaminha por uma questão de segurança. Mas esses quadros de lenta evolução, essas esquizofrenias clássicas, não posso dizer que são de Belo Horizonte, salvo exceções.

Temos também as internações compulsórias, que já falamos, e que não se encaixam nessa prática. Elas vêm a partir de uma demanda da família ao judiciário. Em alguns casos, o juiz interpreta que há um perigo e encaminha para o Raul. Atualmente também recebemos muita demanda do sistema prisional, visando a retirar os presos dos presídios – aqueles portadores de sofrimento mental – e trazer para o hospital. Essa é uma conversa delicada. Primeiro, pelas medidas de segurança a serem seguidas pelo sistema prisional, que são incompatíveis com o trabalho de uma equipe de saúde de um hospital. Segundo, porque acreditamos que alguns casos possam ser tratados dentro do próprio sistema prisional, desde que bem articulado com a rede de saúde mental do município. Esse é um ponto que também estamos trabalhando com as diretorias das unidades prisionais.

A: Você chegou a falar de casos como “casos embaçados”. Podemos pensar nesses casos como casos de psicoses ordinárias¹⁶, tal qual proposto por Jacques-Alain Miller? É claro que é um diagnóstico difícil de ser dado, porque o sujeito apresenta uma loucura discreta, de pequenos índices de forclusão, mas você poderia dizer que chegam casos com esse diagnóstico?

J.M.: Nas nossas discussões e nas supervisões de casos temos aqueles que são apresentados como impasses nas discussões clínicas para vários profissionais da instituição. São casos de sujeitos que chegam desenlaçados. Pessoas muito solitárias, que já moram sozinhas, com muitas passagens ao ato, com situações de isolamento preocupantes e/ou andarilhos de população de rua silenciosos.

A: Como que esses casos chegam, uma vez que não têm o desencadeamento, ou seja, não têm a urgência que levaria a buscar um hospital psiquiátrico?

J.M.: Eles chegam pela urgência da tentativa de suicídio, por um ato ou por alguém que nota algum perigo a acontecer. Na verdade, são casos em que não ocorreu um desencadeamento no sentido clássico ou casos em que não temos uma abundância do sintoma, mas uma presença do ato, do isolamento ou de um laço tênue com o Outro. São, por exemplo, quase sempre devastados pelo alcoolismo, pelas drogas, por um retraimento social radical percebido pelas pessoas mais próximas. Ou mulheres que moram sozinhas, que já tiveram uma projeção na cidade, trabalharam com a moda, com arte ou com a escrita. Essas pessoas têm se internado aqui com frequência, o que nos preocupa. Parece-me que se trata de uma “perda da habilidade” de lidar com o outro. Trata-se de um desligamento gradual. Tem uma dimensão da errância muito presente, como tentativas de entrar nesses campos do Outro. Eu não sei se essa é uma boa palavra, mas ela sempre me ocorre quando discutimos isso: “perda da habilidade” para lidar com o outro. Pois é necessário ter uma habilidade para lidar com o significante que vem do Outro. Os tempos mudaram, os significantes da contemporaneidade são outros. A mesma coisa ocorre com os jovens que chegam aqui, também há uma falta dessa habilidade. São sujeitos solitários que chegam nas urgências psiquiátricas.

Eu me lembrei de um caso em que trabalhei, o caso da Mademoiselle B., um caso de parafrenia que Lacan entrevistou na apresentação de paciente de Saint-Anne, que tem esse ponto da errância. Não digo que são parafrênicos, mas acho que a errância é um acontecimento da pós-modernidade. Essas pessoas que vão utilizando das portas de entrada dos serviços de saúde para tentar algum laço, experimentar uma

possível inscrição. É uma errância, que mais parece ser uma tentativa de se enlaçar ao Outro, mas que não se sustenta. Podemos dizer que hoje é essa a clínica com a qual trabalhamos no Raul.

Mas, retomando o ponto da psicose ordinária como uma possibilidade de pensar os casos em que o diagnóstico não fica muito esclarecido, lembro-me de escutar as pessoas dizendo que havia uma loucura que era uma loucura neurótica. Casos que chegavam ao hospital como uma loucura extraordinária, de certo enlouquecimento do sujeito, mas que não eram quadros de psicoses. Chama à atenção a questão diagnóstica, discutida por Miller nesse texto¹⁷ sobre a psicose ordinária, ou seja, o que se torna ordinário é a psicose. A neurose, por ser extraordinária, tem que ser diagnosticada. E no campo da psicose, se assim foi definido, é preciso estabelecer um diagnóstico. Pode até ser uma parafrenia, mas há a necessidade de se fazer uma referência diagnóstica de que psicose se trata.

O ponto fundamental é essa configuração nova da clínica, que é uma psicose que não vem mais tão bem apresentada nos fenômenos elementares. Mas que tem uma posição no campo do Outro que interroga e não nos tranquiliza para liberar o sujeito. É a gravidade do desligamento. Para mim, essa é a gravidade do desligamento, essa capacidade do sujeito se desligar do Outro.

A: Nos casos de toxicomania, você disse que, quando esses casos chegam, os profissionais do Raul estão preferindo reencaminhar. Mas podemos pensar num *link* entre a droga e a psicose ordinária? Falar da função da droga nesses casos?

J.M.: Sem dúvida. Acho que a droga, como a melancolia – não a melancolia, mas uma posição melancólica –, como uma crise exacerbada de alguma coisa que não se sabe o que é, isso tudo é uma apresentação. O que precisamos é ter um tempo para poder localizar onde é que o sujeito está ali. Quando eu falo da toxicomania, não é “chegou craqueiro”, “chegou toxicômano”, e mandamos embora para o Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) ou para o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT-FHEMIG). É no sentido de que, ao se localizar essa forma de gozo, nos interrogamos se é um caso para permanecer no Raul, já que existem outros dispositivos operando com outros tipos de estratégias muito mais refinadas que a nossa para esses casos – por exemplo, o CMT, que também recebe os sujeitos em crise. Mas eles não funcionam 24 horas como o Raul e o Galba Velloso. Então, se é

um caso de uso devastador da droga, que coloca o sujeito em risco, eles ficam; não tem jeito. Nós somos o local da crise.

Ação lacaniana: uma parceria FHEMIG e IPSM

A: Hoje temos uma parceria entre o Instituto Raul Soares e o Instituto de Saúde Mental de Minas Gerais, instituição do Campo Freudiano. Qual o objetivo dessa parceria para o Raul? De que forma ela acontece, na prática?

J.M.: Eu assisti à apresentação da dissertação de mestrado, na qual Renato Diniz¹⁸ fazia parte da banca, na Faculdade de Medicina, sobre a história do Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), mais especificamente sobre a participação do CMT no movimento da Reforma Psiquiátrica. Ele foi muito preciso ao destacar que não é possível separar, em Minas, a reforma psiquiátrica e a presença dos psicanalistas. Ele afirma que só foi possível fazer essa reforma porque tinha psicanalistas no protagonismo, e, por outro lado, que os psicanalistas só puderam entrar nas instituições operando com o discurso analítico, porque tinha uma reforma que acolhia o discurso analítico. Então, esse ponto é fundamental: a relação histórica entre a Reforma Psiquiátrica, a mudança no trabalho e também a mudança política com o portador de sofrimento mental e a inserção da psicanálise na cidade, o que Miller chama de ação lacaniana¹⁹.

Nesse sentido, a parceria entre o Instituto Raul Soares e o Instituto de Psicanálise e Saúde Mental (IPSMMG), assim como a Escola Brasileira de Psicanálise, já é antiga. Sempre estivemos presentes nas discussões do Núcleo de Psicose. E, agora, tornamos essa parceria institucional, através de um termo de parceria, inclusive. Começamos a conversa com o IPSM-MG sobre a importância do trabalho clínico e sobre a formação tanto dos alunos do instituto quanto dos profissionais da rede estadual, pois é o objeto nosso cotidiano. Essa clínica tem mudado e é necessário pensar novas formas de manejo. Assim, essa parceria estendeu-se para outras instituições da rede estadual FHEMIG: Centro Psíquico da Infância e Adolescência – CEPAI, Centro Mineiro de Toxicomania – CMT, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e Hospital Galba Velloso. Queremos que essa parceria se estreite, porque ela produz boas coisas. É um casamento que produz textos e artigos, produz seminários, produz fóruns clínicos, produz trabalhos para as Jornadas. Vejam esta entrevista! É uma em que posso explicar o projeto da urgência, pensar a psicose

ordinária nas portas de entrada. Essa parceria possibilita, entre outras atividades, a presença de psicanalistas, docentes do IPSM, nas discussões de casos clínicos e nas apresentações de pacientes – estas, sempre conduzidas por um psicanalista de fora da Unidade Hospitalar –, assim como no planejamento de seminários teórico-clínicos. Destacamos que essas práticas promovem um avanço na condução do tratamento e na formação dos jovens analistas do IPSMMG.

Gostaria de concluir ressaltando a disposição para o trabalho clínico institucional das equipes atuais do IRS, que acolhem e trabalham a partir do caso e de seu caminho pela Rede. É o caso que orienta, e a atual Direção Clínica do Instituto Raul Soares obedece à direção indicada pelo caso e organiza, a partir dele, seu projeto clínico assistencial.

¹ Membro aderente da Escola Brasileira de Psicanálise, Gerente Assistencial do Instituto Raul Soares.

² Francisco Paes Barreto. Psiquiatra, psicanalista, membro da EBP e da AME. Pertenceu ao quadro de preceptores da Residência de Psiquiatria do IRS-FHEMIG.

³ Antonio Benetti. Psiquiatra, psicanalista. Pertenceu ao quadro de preceptores da Residência de Psiquiatria do IRS-FHEMIG.

⁴ Antonio Simoni. Psiquiatra, psicanalista. Pertenceu ao quadro de preceptores da residência de psiquiatria do IRS-FHEMIG.

⁵ João Batista Magro. Médico e psicanalista.

⁶ Célio Garcia. Psicanalista, membro da EBP, professor aposentado da UFMG.

⁷ Autor de “Nos porões da loucura”, obra que denunciou a situação trágica dos hospitais psiquiátricos em Minas Gerais.

⁸ Instituição Psicanalítica de Belo Horizonte

⁹ Instituição Psicanalítica de Belo Horizonte Fundada nos anos 80.

¹⁰ Ana Marta Lobosque. Psiquiatra, pertenceu ao quadro de preceptores da residência de psiquiatria do IRS-FHEMIG.

¹¹ Miriam Abou-Yd. Psiquiatra, pertenceu ao quadro de preceptores da residência de psiquiatria do IRS-FHEMIG. Foi coordenadora de Saúde Mental das secretarias municipal e estadual de MG.

¹² FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

¹³ Internações ordenadas por ordens judiciais.

¹⁴ Residências terapêuticas, serviços residenciais que recebem usuários de os serviços de saúde mental para moradia.

¹⁵ Hospital João XXIII. Hospital de urgência da rede FHEMIG.

¹⁶ Psicoses ordinárias – termo introduzido por Jacques Alain Miller no final dos anos 90.

¹⁷ MILLER, J.-A. Lições sobre a apresentação de doentes. In: _____. Matemias I. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. p.138-149.

¹⁸ Renato Diniz. Psiquiatra, psicanalista e preceptor da residência de psiquiatria do IRS-FHEMIG.

¹⁹ MILLER, J.-A. Conclusão do PIPOL V. Site Enapol: http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Argumento/Conclusion-de-PIPOL-V_Jacques-Alain-Miller.html