

SAÚDE MENTAL E CRISE - ABORDAGENS POSSÍVEIS NA CLÍNICA INSTITUCIONAL

Maria de Fátima de Araújo Tavares Brasil

Tenente Psicóloga da PMMG

Karla Betsy da Silva Biondini

Tenente Psicóloga da PMMG

INTRODUÇÃO

Iniciaremos nosso trabalho fazendo um breve percurso na história da saúde mental e, por oposição, da doença mental. É importante sabermos como foi que o homem se pôs a pensar sobre si mesmo, sobre sua doença, sobre sua loucura e como foram gerados os vários discursos e as várias práticas sobre o doente mental. Utilizaremos a obra de Michel Foucault, que nos remeterá à época clássica. Posteriormente, conceituaremos crise, urgência psiquiátrica e urgência psíquica, as abordagens possíveis na clínica institucional e a crise e a urgência na Polícia Militar de Minas Gerais.

Durante a Antigüidade e Idade Média, a loucura era vista em estado livre, circulava, fazia parte do cenário e linguagens comuns. O próprio conceito de saúde mental era muito restrito e se limitava aos aspectos exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável. Verificaremos que, após este período, o doente mental ocupará um lugar de exclusão e que haverá uma crescente dominação da loucura pela razão, repercutindo, até hoje, nas nossas práticas. Muitas vezes, diante de situações de crise, o que é percebido é o manifesto, o evidente, o sintoma, ficando de lado a questão da subjetividade. É mais fácil excluir, dominar, internar, pois “se a loucura conduz a todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade”⁶.

No Renascimento (final do séc. XV e XVI), com o advento da manufatura, com o início da divisão social do trabalho, a loucura passa a ser vista como problema social. Aqueles que não contribuíam com o processo de produção e consumo eram repreendidos. Em toda a Europa foram repreendidos os mendigos, os ociosos, os vagabundos, os órfãos e os loucos propriamente ditos. “O que se tinha era a denúncia da loucura, mas não a definição de sua especificidade ou das formas de sua aparição”⁷. Começa o processo de dominação da loucura pela razão. “É a destruição da loucura, como saber que expressa a experiência trágica do homem no mundo, em proveito de um saber racional e humanista centrado na questão da verdade e da moral”⁹.

Na Idade Clássica (séc. XVII e metade do séc. XVIII), o espaço do louco é o do enclausuramento, “o que significa que ele não é percebido como doente, muito menos como doente mental”⁹. Todos que em relação à ordem da moral, da razão e da percepção social apresentam alguma alteração são mandados para os hospitais gerais. São internados os pobres, os epiléticos, os eclesiásticos em infração, os inválidos, as prostitutas, os alcoólatras, os loucos. Então não era um lugar para o tratamento, mas um lugar de exclusão social.

“O século XVII foi aquele que realizou a partilha entre a razão e a desrazão; foi o momento de emergência da loucura, ou melhor, foi o momento em que a razão produziu a loucura⁷. Inicia-se o trabalho forçado, com a função de ser uma força moral, “um antídoto contra a pobreza”⁹.”

Com a Revolução Francesa, com os ideais burgueses, com o Iluminismo, a loucura ganha estatuto de doença e, o louco, de doente mental. Nasce a Psiquiatria (final do séc. XVIII). Diante das críticas feitas aos hospitais gerais, em relação às suas internações arbitrárias (outras pessoas estarem juntas com os loucos), à promiscuidade ali encontrada, a sua disciplina interna, é que se iniciam as mudanças. Os pobres, as prostitutas se vêm diferentes dos loucos e começam a ser recuperados. Os inválidos eram cuidados por famílias, que recebiam dinheiro para tratá-los. Ficaram os loucos, que eram perigosos para sua família, para sua comunidade. Por isto são os herdeiros naturais do asilo. Prevalece a concepção moral de que a loucura é algo do erro, da alienação, que deve então ser domada. É um contexto puramente repressivo, é o controle disciplinar do indivíduo. As duchas frias, a sangria, a máquina rotatória assumem a dimensão de castigo para que os loucos possam assumir a sua culpa, vir a ter consciência que é alienado para que possa voltar à razão. “A cura é o retorno à ordem”⁷.

No século XIX ainda não se sabia o que era a loucura. “O psiquiatra era capaz de identificar a loucura, mas não sabia o que ela era; sua relação com o louco era uma relação de exclusão: ‘Sei que não sou louco e sei quem é o louco, mas não sei o que é a loucura’. Esta permanece sendo a diferença absoluta, o impensável”⁷.

Com Freud, ainda no final do séc. XIX, deu-se uma guinada na história da saúde mental e do tratamento dos doentes mentais. Ele interroga os sintomas e reconhece que há uma lógica inconsciente para determinadas manifestações humanas sem sentido. “Diante do saber dos séculos XVII e XVIII, a psicanálise se apresenta como uma teoria e uma prática que pretendem falar do homem enquanto ser singular, mesmo que afirme a clivagem inevitável a que este indivíduo é submetido⁷ .

No Brasil, a impressão mais marcante é a de que a doença mental parece ter permanecido silenciosa por muito tempo (quase 300 anos). Sua história, resguardando suas peculiaridades sócio-econômico-políticas, é muito semelhante à da Europa do século XVI. Em ambos os casos, o doente mental teve a sua liberdade cerceada, sua exclusão social declarada. “Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje,...”¹¹.

O marco institucional da assistência psiquiátrica se deu em 1852, com a inauguração, por D. Pedro II, do hospício que recebeu seu nome, no Rio de Janeiro. As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem da sociedade. Nessas instituições, os médicos eram poucos, além de não existir a nosologia psiquiátrica. Os leigos é que classificavam os doentes mentais. Ao mesmo tempo, aparecia a intenção de curá-los.

Inicialmente, a equação ordem-desordem era o equivalente social da equação saúde-doença mental. Com o capitalismo comercial e industrial brasileiro, somou-se a essa equação a ameaça à sobrevivência e à reprodução da força de trabalho.

Após a Proclamação da República, o Estado assume a assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental. Acontece a classificação brasileira das doenças mentais, a Liga de Higiene Mental, os congressos, as teses doutorais.

Trabalho e não trabalho são critérios para estabelecer os limites do normal e do anormal. E a Psiquiatria, inserida neste contexto, dedicou-se para devolver à comunidade indivíduos aptos para o trabalho. A construção

de colônias agrícolas encontrou ambiente político e ideológico favorável. “Era preciso reverter ao ‘normal’, a tradicional moleza do brasileiro”¹¹.

No final da década de 50, o que se encontrava nos hospitais públicos era a superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos (cacetadas, castigos), más condições de hotelaria. Começam a aparecer os primeiros hospitais psiquiátricos privados, que cresceram assustadoramente. Apesar da sociedade estar se modernizando, a assistência psiquiátrica pública afirma ainda sua função social segregadora. Após 1964, é que a Psiquiatria será chamada a dar sua contribuição efetiva, com a prática assistencial de massa.

A partir de 1970, as propostas vindas do Ministério da Saúde, como também das Secretarias Estaduais de Saúde, eram a de manter o doente mental na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho. Recomendou-se a diversificação de serviços, propunham-se alternativas à hospitalização integral, ações especiais ao egresso, campanhas para a reabilitação de crônicos, visando à reintegração social do indivíduo.

Após 1974, assiste-se ao declínio da prioridade dada à Psiquiatria, pois os gastos com a assistência médica se tornam maiores que os gastos com a saúde mental. Nessa mesma década, acontece o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que sustentava a mudança do modelo asilar da assistência psiquiátrica, exigindo o posicionamento do Estado, responsável pela assistência.

Em 1979, a vinda de Franco Basaglia ao Brasil se torna um evento de grande importância para o futuro da Reforma Psiquiátrica. Ele trouxe, da Itália, a experiência da desinstitucionalização.

Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que representa um marco histórico na Psiquiatria brasileira. Foi uma conferência que politizou as discussões da saúde mental, apontou novas diretrizes para a organização da assistência e lançou a discussão da cidadania, doença mental e legislação psiquiátrica.

Em 1990, a Declaração de Caracas propõe a superação do hospital psiquiátrico como serviço central da atenção em Saúde Mental, a humanização dos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Em 1992, foi realizada em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental que enfatiza a luta pela vida, ética e municipalização da saúde.

Em 1993, aconteceu em Salvador o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, com a participação paritária de técnicos e usuários.

Este momento atual obriga-nos a repensarmos nossas práticas. Há um reconhecimento da existência do sofrimento mental e a possibilidade de que muitas situações conflituosas, que de outro modo seriam vistas como fatalidade ou remetidas a causas e soluções equivocadas, sejam tratadas de forma mais adequada. Apontaremos, no transcorrer do texto, que existe algo a ser abordado no campo de saúde mental e na crise - é a questão do sujeito, da subjetividade.

CONCEITUAÇÃO DE CRISE

A crise é uma situação temporária que traz consigo uma quebra no equilíbrio do indivíduo. Geralmente é de natureza abrupta e imprevisível, podendo apresentar uma dimensão dramática e trazer significativa modificação no curso de vida da pessoa. Durante a manifestação de uma crise, os pontos de referência pessoais - valores, crenças, expectativas, modelos, etc - são questionados e a forma de encarar as situações, o mundo, as outras pessoas e a si mesmo ficam alteradas. As explicações antes encontradas para o curso

das experiências tornam-se pouco eficazes; daí a necessidade de encontrar novas formas de atribuição de sentido.

O indivíduo humano torna-se diferenciado dos animais pela capacidade que tem de comunicar-se pela palavra. Através da linguagem, o ser humano entra na existência. Ele é falado pelos pais mesmo antes de sua concepção e, assim, vai ocupando um lugar determinado em seu discurso. A palavra introduz o bebê humano no mundo simbólico.

Neste sentido, sendo um ser de linguagem, a pessoa em crise vê-se diante de uma situação em que lhe faltam palavras para definir o que tem acontecido em sua vida. Algumas vezes, esta falta de palavras pode ser de tal forma que, tomada por uma intensa situação de angústia, a pessoa cai em silêncio ou tende a colocar sua angústia em ato. Estas são manifestações extremas da situação de crise e configuram uma urgência psíquica.

É importante salientar que existem vários tipos de crise. Por exemplo, as conhecidas crises evolutivas, as quais se encontram relacionadas às transformações na imagem corporal. Isto nos reporta a Freud que afirmou ser o Ego, antes de tudo, um Ego corporal. Assim sendo, temos as transformações da puberdade, adolescência, gravidez, menopausa, do envelhecimento, todas elas trazendo alterações na imagem de si mesmo, a partir ou através do eu - corpo modificado.

Por outro lado, existem crises que são desencadeadas por outros fatores e que levam a um choque emocional com irrupção súbita e maciça. São crises que se instalam de forma imprevisível (se comparadas com a previsibilidade das crises evolutivas) e resultam de um somatório de fatores externos e internos (a susceptibilidade do indivíduo). Dentre os fatores externos, encontramos o stress, a fadiga física, o álcool e outros tóxicos. Além disso, situações de perdas de modo geral podem ser desencadeantes de crise, dependendo da extensão da agressão psíquica vivida por aquele indivíduo. As perdas podem dizer respeito à morte de um ente querido, a rompimento de relacionamentos, a questões de perda de status social, de bens materiais, de ideais, de partes do próprio corpo ou até mesmo, neste último caso, de ameaça de perdas corporais.

Um aspecto bastante importante quanto às diversas situações de crise é que nem sempre significam o início ou o agravamento de doenças psíquicas. Como foi visto antes, certas crises são mesmo necessárias para uma melhor adaptação pessoal. As crises não significam, pois, doença mental. Ao se pensar na clínica dentro da instituição PM, por exemplo, observa-se como as manifestações de crise são, em sua maioria, rotuladas de distúrbio mental - os famosos “afir 01”. Dependendo do modo como são encaradas, poder-se-ia dizer que as crises, quando bem conduzidas e elaboradas, podem levar a pessoa a uma nova visão e organização de seu mundo, obtendo daí ganhos em seu amadurecimento e, certamente, a conquista de novas respostas a suas inquietações.

Entretanto, certas crises irão configurar-se como urgência psiquiátrica e, segundo Jack Ewalt, são assim definidas quando a situação geradora da crise leva ao esgotamento da capacidade de adaptação do indivíduo.

A URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA E A URGÊNCIA PSÍQUICA

A URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

O que se segue é uma descrição e orientação quanto à urgência psiquiátrica, segundo Henri Ey¹

As urgências psiquiátricas vêm representadas sobretudo por crises agudas emergentes de situações

psicóticas ou neuróticas muito diversas. Podem se distinguir três grupos principais: os estados de agitação aguda, os estados depressivos e os estados de angústia. Além desses estados, o paciente suicida constitui, por si só, uma das principais urgências psiquiátricas.

A urgência não se limita de forma absoluta aos estados de crises, mas também ao modo de continuidade de cada uma delas. O suicídio constitui um exemplo disto. As tentativas de suicídio formam clientela numerosa do hospital geral, para posteriormente serem conduzidas aos serviços psiquiátricos.

Segundo Henri Ey, é importante lembrar que existem certos casos em que é impossível precisar até que ponto a urgência é psiquiátrica e em que proporção é uma urgência médica. De fato existe uma grande quantidade de urgências médicas que apresentam sintomas somáticos em combinação com sintomas psiquiátricos, tais como a agitação e a angústia. Existem também urgências somáticas que se apresentam ao médico sob a forma exclusiva de transtornos psiquiátricos. Daí ser necessário discriminar com rapidez as afecções somáticas, com frequência graves, que podem se introduzir por um estado psiquiátrico agudo (afecções cerebrais, endócrinas, cardiovasculares, pulmonares ou por ingestão de barbitúricos).

A crise de agitação aguda

pode estar relacionada com:

- 1- Uma crise de mania aguda.
- 2- Um episódio confuso-onírico alcoólico (o “delirium tremens” seria a forma grave).
- 3- Os estados confusionais oníricos não-alcoólicos (enfermidades infecciosas, síndromes meníngeas e intoxicações).
- 4- Psicoses delirantes agudas.
- 5- As crises de agitação dos esquizofrênicos.

Conduta médica:

Informações sobre circunstâncias de aparição do episódio, com familiares e/ou acompanhantes.
Antecedentes patológicos de qualquer tipo.

Exames somáticos para averiguar urgências somáticas.

Utilização de sedação farmacológica (devido ao risco a si mesmo ou a terceiros)

Postura firme e de autoridade do médico.

Crises depressivas agudas

As crises depressivas agudas manifestam-se por diversos sintomas: agitação nervosa, ansiedade, pranto, gemidos, expressões de culpabilidade, inibição.

O estado de inibição total ou suspensão completa da atividade motora consiste em caso de estupor. O estupor pode ser de natureza melancólica, confusional, esquizofrênica ou neurótica (mais freqüente).

Nestes estados é importante avaliar, com exatidão, os imprevistos posteriores à consulta a fim de avaliar os riscos de suicídio. Ainda que seja clássico considerar o desejo de morte do melancólico como um

desejo mais autêntico e mais intenso, a veleidade do suicídio do neurótico ou da depressão reativa traz um problema a ser levado em conta - para além da autenticidade, deve ser considerada a intensidade do desejo de viver, para evitar a passagem ao ato. Por exemplo, o histérico pode realizar um suicídio não esperado, como forma de recuperar, mediante a morte, a estima dos demais que ele crê ter perdido.

Conduta:

Para avaliar o risco que corre o deprimido de passar ao ato, é importante o estudo da totalidade do caso, a biografia, o contexto social e afetivo, a qualidade do contato e o estudo atento das recentes modificações da conduta.

As crises depressivas agudas impõem, em primeiro lugar, a sedação com vias ao encaminhamento ao serviço especializado.

Necessidade de ser tratado e observado.

Avaliação posterior quanto a psicofármacos.

Crises agudas de angústia neurótica

São os casos mais frequentes de urgência psiquiátrica e que chegam ao clínico geral.

A sintomatologia desta crise é formada por um conjunto de reações afetivas violentas, que são expressões múltiplas de angústia. Por exemplo: crises de nervos, queixas absurdas de morte iminente, pânico, logorréia, agitação, gritos e manifestações coléricas ou, pelo contrário, acanhamento, mutismo estuporoso, etc. Podem se traduzir também por manifestações fisiológicas como palidez, tremor, aceleração do pulso, náuseas ou vômitos, queda da pressão arterial que pode chegar até a síncope.

A crise de angústia aguda deve ser situada em seu contexto, segundo a estrutura psicológica do indivíduo.

Conduta:

Na crise aguda, há necessidade de afeto urgente, de obter informações com familiares sobre o indivíduo e possíveis traumas e medicação de sedação segundo a gravidade do caso.

Pode-se perceber, através desta aproximação junto à literatura psiquiátrica sobre as crises, que a conduta do psiquiatra diante de situações de urgência se baseia na concepção de urgência médica geral, ou seja, ele se vê diante de uma necessidade de intervenção imediata, cabendo-lhe coisas por fazer. O ato médico na urgência não leva tanto em conta as causas, mas exige uma conduta correta e eficaz para retirar o paciente do estado crítico.

Essa objetividade e praticidade do ato médico é exigida quando se trata de salvar vidas. Fundamenta-se, essencialmente, numa forma de saber objetiva e científica, embora nem sempre a Psiquiatria tenha conseguido apontar um substrato material da doença mental.

O que será dito a seguir se destina a apresentar uma outra forma de conceber a urgência e de abordá-la, assim como colocar uma interrogação acerca das práticas em Saúde Mental serem usadas como forma de dominação e controle, dentro de articulações possíveis entre o saber e o poder e de que maneira essas práticas nos alcançam na instituição militar.

A URGÊNCIA PSÍQUICA

As situações de crise, como já foi dito, colocam os profissionais de saúde diante da urgência e, sendo assim, o psicólogo é também chamado a intervir. É levado a pensar sobre esta clínica, de qual urgência cabe a ele se incumbir e o que fazer diante dela.

Entende-se que, para trabalhar com este indivíduo em crise, o psicólogo deve levar em conta a dimensão do sujeito. Isto quer dizer que existe um sujeito em jogo nesta situação. A urgência psíquica refere-se pois à urgência do sujeito ou urgência subjetiva.

Segundo Helenice S. de Castro, na abordagem de um paciente em crise, o importante é buscar caminhos que invertam a situação do paciente colocado no lugar de objeto e possibilitar a emergência do sujeito. Esse sujeito não está, segundo a autora, no cenário da mente consciente, mas em outra cena achasse descentrado de si mesmo, desconhecido, assujeitado aos efeitos da linguagem, sujeito do inconsciente.

Segundo François Leguil, na clínica da urgência, o que se deve fazer é propor ao paciente que coloque a urgência em palavras: “o que se passa com você?” A atenção do psicólogo não estará posta somente na dor ou no sofrimento do paciente, mas também na forma especial de relatá-lo.

O psicólogo tem um compromisso com esse sujeito silente ou que, em último caso, tenha passado ao ato. Deve oferecer sua escuta, estando certo de que o paciente tem muitas coisas por dizer. O psicólogo vai ouvir e intervir, no sentido de complexizar a situação. Não dispendo de respostas, irá cada vez mais multiplicar as coisas que o paciente tem a dizer.

Para Leguil, a clínica da urgência visa colocar o sujeito para falar a fim de tirá-lo da proximidade de passagem ao ato. O psicólogo se oferece para completar a urgência, para propor a realização de um sintoma e, a partir daí, criar uma possível saída para a crise. Desta articulação de um sintoma, poder-se-á abrir ou não a porta para uma análise.

O psicólogo deve evitar interpretar, pois a urgência desses estados agudos leva-o a precipitar-se em intervenções do tipo “acting”.

A crise pode ceder a partir do momento de instalação da transferência. Na neurose, a transferência se instala quando o paciente faz uma identificação com um traço de seu analista e o coloca no lugar de sujeito suposto saber. Já na psicose, o mesmo não ocorre. O paciente psicótico não é capaz de fazer esse tipo de identificação e se coloca como o dono da verdade - ele é quem possui o saber. Se o psicólogo intervém interrogando-o acerca deste saber, o psicótico tomará o psicólogo como alguém de seu mundo hostil, colocando-o no lugar do Outro perseguidor. O psicólogo deverá, então, ajudá-lo a colocar em ordem esse saber, ratificando-o com sua escuta, até que possa atribuir-lhe um sentido.

A urgência subjetiva se apresenta tanto na neurose quanto na psicose, cada uma com sua especificidade.

Se a urgência é do sujeito, esta só pode ser sancionada “a posteriori” já que, quando ocorre, o sujeito está velado. Não ocorre o mesmo para a abordagem psiquiátrica. O psiquiatra está à procura dos sinais semiológicos que dão conta do sofrimento da pessoa no aqui e agora. O papel do psicólogo segue, portanto, um curso em busca do desvelamento do sujeito através da palavra. Acolher e escutar sua crise. Na verdade, seu papel não se opõe nem vem complementar a abordagem psiquiátrica. Simplesmente, parte de outro lugar teórico e clínico.

CONDUTAS POSSÍVEIS NA CLÍNICA DA URGÊNCIA

Passos no atendimento de urgência

- 1- Ouvir o paciente, colocá-lo para falar da urgência que o acomete.
- 2- Recolher informações no ambiente familiar e de trabalho.
- 3- Avaliar a situação de crise - de onde vem a urgência, sem pressa de concluir.
- 4- Diagnóstico estrutural, quando possível.
- 5- Avaliação de recursos necessários: medicação, internação, atendimento familiar, etc.
- 6- Tomada de decisão quanto ao tratamento - atendimento ou encaminhamento.

A CRISE E A URGÊNCIA NA PMMG

A crise nem sempre é bem vista. A pessoa em crise pode adquirir alguns adjetivos: insubordinado, quando tem um comportamento hostil ou agressivo; “**afir 01**” quando começa a falar coisas desconexas ou ficar muito agitado; “**muxiba**”, quando não é produtivo por estar, às vezes, muito angustiado, etc. A partir destas classificações, são adotadas medidas para restaurar a ordem das coisas - punições, repreensões, mandar consultar com o psicólogo, levar para a CLIPPS (Clínica de Psiquiatria e Psicologia), internar no Hospital Espírita André Luiz. Sem dúvida, dentro da Instituição, todos esses caminhos são acompanhados de uma sombra estigmatizante, uma vez que tais indivíduos deixaram de pertencer à classe de pessoas possuidoras das características preconizadas no RDPM, o nosso PM super-herói.

A crise na PMMG é vista como mais do que urgente. Ela traz consigo uma necessidade imperiosa de que se retire de cena a pessoa acometida, e, por isso mesmo, muitas vezes são adotadas medidas “urgentes” que não consideram adequadamente os recursos disponíveis, que exigem ação antes de qualquer reflexão, que pressupõem um fazer algo para eliminar o problema.

Uma outra questão a ser levantada nesses atendimentos na Instituição é quem devemos incluir nesta abordagem clínica, além do paciente identificado - se a família, se pessoas de seu ambiente de trabalho, etc.

É importante atentar para o fato de não repetir, simplesmente, a conduta padrão de situar a patologia nos sinais de alteração mental, segregar o indivíduo de seu meio, remediar a situação, agindo em função de certos determinantes institucionais que atravessam a atividade clínica em geral. O psicólogo deve estar aberto a ouvir um pouco mais além do seu consultório, podendo alargar um pouco mais o âmbito de sua escuta e de sua intervenção na abordagem da crise do sujeito.

Se nos comprometemos com a escuta do sujeito, então por que não pensarmos, nesta Jornada, em práticas institucionais de Saúde Mental que sejam o mais possível liberadoras da subjetividade?

Como foi exposto no início deste trabalho, existe um percurso na concepção e abordagem da doença mental, e atualmente lhe vem sendo atribuído um outro estatuto, a partir de mudanças propostas na Saúde Pública. Tais mudanças visam recuperar o direito a cidadania do doente psiquiátrico.

Isto é algo que também vem sendo falado entre nós psicólogos. Pensamos em mudanças - a criação de um Centro de Saúde Mental na PM, onde haja equipes interdisciplinares, dentro de um hospital-dia, com leitos de internação mais curta, do tipo leito-crise, leito-observação e leito-dia. Pensamos na criação de um

espaço hospitalar próprio ao atendimento de urgência com ambulatório ampliado para acolher a demanda institucional em Saúde Mental.

Por outro lado, devemos pensar em também ampliar o diálogo interdisciplinar para que este resulte em práticas mais integradas, em trabalho conjunto do psicólogo e psiquiatra, do psicólogo e clínico da unidade, no sentido de adiar, sempre que possível, a primeira internação ou internações compulsórias, e de modo a serem melhor utilizados os recursos já disponíveis na Polícia Militar.

Por último, atentando à Psicanálise, nos cabe perguntar: qual é o desejo de cada um nessa trajetória?

REFERÊNCIAS

1. ACKERMAN, Jaques. **A Crise na Abordagem Psiquiátrica**. Em: Urgência Sem Manicômio. CERSAM, 1994.
2. ALVARENGA, Maria Elisa P. Alvarenga. **Diagnóstico Transestrutural da Crise**. Em: Urgência Sem Manicômio. CERSAM, 1994.
3. BIALER, Mabel; LICHTENSTEIN, Clara et al. Em: **Sobre La Urgencia**. s.n.t.
4. CASTRO, Helenice Saldanha. **Da Urgência Psiquiátrica à Urgência do Sujeito**. Trabalho Belo Horizonte, 1995.
5. EY, Henry et al. **Manual de Psiquiatria**. 5. ed. São Paulo: Masson do Brasil.
6. FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.
7. GARCIA-ROSA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
8. LEGUIL, François. Reflexiones Sobre La Urgencia. In: **La Urgencia**. s.n.t.
9. MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault**. s.n.t.
10. PALONSKY, Cíntia Mônica e outros. **Crises Acidentais: dimensão teórica e direção do tratamento**. s.n.t.
11. TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário e outros. **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Vozes, 1987.