

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Thaís da Silva Pereira

A psicose no Hospital Geral: um lugar a ser construído

São Paulo - SP

2023

THAÍS DA SILVA PEREIRA

A psicose no Hospital Geral: um lugar a ser construído

Versão Original

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutor(a) em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúvia Tourinho Moretto.

São Paulo - SP

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

da Silva Pereira, Thaís

A psicose no Hospital-Geral: um lugar a ser construído / Thaís da Silva Pereira;
orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2023. 138 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Psicose. 2. Profissionais de saúde. 3. Hospital Geral. 4. Psicanálise. 5. Cuidado. I.
Tourinho Moretto, Maria Livia orient. II. Título.

FICHA DE AVALIAÇÃO

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profa. Dra. (Orientadora) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Ao meu filho Joaquim, meu desejo inadiável em meio à escrita desta tese.

AGRADECIMENTOS

Esta tese é uma construção de muitos. Ela não se daria sem presenças e ausências compostas em cada passo desta escrita. Do estranhamento à escrita, muitos processos se deram na relação com a pesquisa e seu entorno. E sem tantos encontros, tantas apostas, provocações, afagos, palavras, nada se sustentaria.

Agradeço aos que apostarem em mim antes desta Tese. Só chego até a USP e Maria Livia, porque vocês me deram estrada para que eu me autorizasse a ocupar meus espaços desejados. Professor Manoel Berlinck (*in memoriam*), orientador de meu mestrado, primeiro a ver em mim uma potencial pesquisadora e psicanalista em São Paulo. Obrigada por tantos papos, ensinamentos, portas abertas e laços de afetos.

Ana Cecília Magtaz, olhar de afeto e impulso, presença fundamental em meu mestrado, e agora dando a honra de ter sua escuta clínica preciosa desde a ideia inicial desta tese à sua defesa.

Aos profissionais e colegas com quem pude trabalhar e me formar em conjunto. Serviço de Psicologia Hospitalar da UFU, Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC/SP, Curso de Psicologia da Universidade de Uberaba, Curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, locais onde fiz laços de afeto e trabalho antes desta tese, dividi questões e fui atravessada pela implicação com o trabalho no hospital, na clínica e na universidade.

Aos meus ex-alunos e supervisionandos, com vocês aprendi a não deixar de perguntar.

A Maria Livia Tourinho Moretto, antes uma figura de imensa admiração com que eu gostaria de trabalhar. Hoje, uma pessoa querida com quem tenho a oportunidade de trocar, recebendo apoio, carinho e apostas sem fim. Obrigada, Livia! É uma honra estar ao seu lado.

Aos colegas do grupo de orientação e do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição na USP. Não tenham dúvida, cada pergunta, sugestão, leitura e apontamento estão nesta tese. É

um prazer trabalhar com tanta gente que admiro e com quem aprendo em conjunto. Muito obrigada, Marcus, Layla, Alyne, Paula, por serem afeto, amizade e parceiros no trabalho, na diversão, no choro e na alegria. Will, Marina, Laurinha, Patricia, Dani Tankevicius, muito amor e admiração sempre! Vanessa, amiga que o mestrado me deu e que a vida colocou mais uma vez ao meu lado nas aventuras da pesquisa. Claudio, Mari's, Eliane, Mayra, Gus, Lara, Diene, Dani Bezerra, Rafael, Leo, muito obrigada pelos momentos de troca, de risadas, de provocações e de leitura atenta. Vocês fizeram muita diferença na minha formação!

Agradeço a Joaquim Jorge, Michele Roman e Nivaldo Santos por serem interlocução fundamental nos meus nós entre a clínica e a teoria psicanalítica.

Agradeço com carinho ao Serviço de Psicologia do Hospital Sírio-Libanês, pelo apoio e incentivo em cada momento desafiador de sustentação da vida na pesquisa com a vida assistencial. Passamos por uma pandemia e por uma tese juntos! É um prazer dividir dias e desafios com vocês. Agradeço em especial a Daniela Aceti pela aposta e oportunidade, Juliana pela amizade e parceria desejante e Rosely pelas risadas e cumplicidade sobre a psicose.

Agradeço, agradeço e agradeço, a meu amor Renato. Você foi colo, incentivo e amor em tantos momentos deste trabalho. Obrigada por ser meu melhor encontro! Obrigada por sonhar junto esta tese e nosso filho Joaquim.

Obrigada a minha família! Minha mãe Sônia, por me mostrar que trabalho, cuidado e afeto podem andar juntos. Ao meu pai Alexandre, por ser base sólida e presente em todos meus passos e buscas. Às minhas irmãs Isabella e Júlia, que me dão a alegria de me sentir pertencente. Ao meu sobrinho Benício, luz e alegria em momentos de pausa. Ao meu avô João (*in memoriam*), perda dolorosa em meio ao doutorado, mas presença viva e vibrante em mim. À minha avó Nilza, que me lembra que a mineirice é dom de afeto e presença a não se perder.

Aos meus amigos, sobretudo Flávia, Vitor, Ana Claudia, Isabella, Marina, Ricardo, Daniele e Barbara, Mariana e Sarah. Como é bom amar vocês!

Tudo o que não invento é falso.

(Barros, 2018, p.13)

RESUMO

PEREIRA, T.S. **A psicose no Hospital Geral: um lugar a ser construído**. 2023. 138f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2023.

Esta pesquisa se desenvolveu a partir de vivências clínicas-institucionais no trabalho com pacientes psicóticos internados no hospital geral. A psicose, como estrutura clínica na teoria e clínica psicanalítica, ao se fazer presente no hospital, gera estranhamento. A equipe de saúde revela uma dificuldade de reconhecimento desses pacientes como parte do seu escopo de trabalho, com resistências e dificuldades no cuidado. A partir desse problema evidenciado no tratamento de pacientes psicóticos no contexto hospitalar, esta pesquisa apresenta como objetivo localizar a psicose nas relações de cuidado no hospital geral. Nesta investigação, através do método clínico em psicanálise, propomos um estudo teórico-clínico, articulando a revisão sistemática da literatura aos fragmentos clínicos-institucionais, buscando interlocuções entre a psicanálise freudo-lacanianiana e a psicologia hospitalar, a saúde mental e a atenção terciária. Sustentamos a análise da hipótese de que a psicose não tem lugar no hospital geral e, portanto, esse lugar deve ser construído. Os resultados demonstram que a psicose, por abrir espaço para o inquietante freudiano na instituição, desafia a relação da equipe com a subjetividade, mas também o próprio saber e sua formação. Para operar nessa cena, o analista precisará, primeiro, não recuar frente à psicose e estar inserido na equipe de saúde, para construir, através da transferência de trabalho, a marca inicial de um lugar entre equipe e paciente psicótico. Essa operação ocorre através dos bordeamentos entre saber e gozo na relação de cuidado, mobilizando o reconhecimento do paciente psicótico como parte do cuidado, provocando uma questão que volte o olhar dos profissionais de saúde ao sofrimento psíquico na psicose. Compreende-se que depois dessa primeira operação, inserindo a psicose como parte do cálculo de cuidado da equipe de saúde, pode-se, com o apoio da transmissão, construir, nos casos de psicose no hospital, um cuidado compartilhado com efeitos de reposicionamento das equipes de saúde aos seus modos de cuidado na cultura hospitalar.

Palavras-chave: Psicose. Profissionais de saúde. Hospital-Geral. Psicanálise. Cuidado.

ABSTRACT

PEREIRA, T.S. **Psychosis in General Hospital: a place to be built**. 2023. 138f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2023.

This research was developed from clinical-institutional experiences in working with psychotic patients admitted to the general hospital. Psychosis, as a clinical structure in psychoanalytic theory and practice, when present in the hospital, generates strangeness. The health team reveals a difficulty in recognizing these patients as part of its scope of work, with resistance and difficulties in care. Based on this problem evidenced in the treatment of psychotic patients in the hospital context, this research aims to locate psychosis in care relationships in the general hospital. In this research, through the clinical method in psychoanalysis, we propose a theoretical-clinical study, linking the systematic literature review to clinical-institutional fragments, seeking interlocutions between Freudian-Lacanian psychoanalysis and hospital psychology, mental health and tertiary care. We support the analysis of the hypothesis that psychosis has no place in the general hospital, therefore this place should be built. The results show that, by opening up the Freudian disquiet in the institution, psychosis challenges not only the team's relationship with subjectivity, but also with its own knowledge and formation. For the analyst to operate in this scene, he will first need not to withdraw in the face of psychosis and to insert himself in the health team, in order to build, through the transference of work, the initial mark of a place between the team and the psychotic patient. This operation takes place across the boundaries between knowledge and jouissance in the care relationship, mobilizing the recognition of the psychotic patient as part of care, provoking a question which turns the gaze of health professionals towards psychic suffering in psychosis. It is understood that after this first operation, inserting psychosis as part of the health team's care calculation, one can, with the support of transmission, build a shared care in cases of psychosis in the hospital, a shared care with effects of repositioning health teams to their modes of care in the hospital culture.

Keywords: Psychosis. Health Professionals. General Hospital. Psychoanalysis. Care.

RESUMEN

PEREIRA, T.S. **Psicosis en el Hospital General: un lugar por construir**. 2023. 138f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2023.

Esta investigación se desarrolló a partir de experiencias clínico-institucionales en el trabajo con pacientes psicóticos ingresados en el hospital general. La psicosis, como estructura clínica en la teoría y la clínica psicoanalítica, cuando presente en el hospital, genera extrañeza. El equipo de salud revela una dificultad en reconocer a estos pacientes como parte de su ámbito de trabajo, con resistencias y dificultades en la atención. A partir de esta problemática evidenciada en el tratamiento de pacientes psicóticos en el contexto hospitalario, esta investigación tiene como objetivo localizar la psicosis en las relaciones de cuidado en el hospital general. En esta investigación, a través del método clínico en psicoanálisis, proponemos un estudio teórico-clínico, articulando la revisión sistemática de la literatura a los fragmentos clínico-institucionales, buscando interlocuciones entre el psicoanálisis freudiano-laciano y la psicología hospitalaria, la salud mental y la atención terciaria. Apoyamos el análisis de la hipótesis de que la psicosis no tiene lugar en el hospital general, por lo tanto este lugar debe ser construido. Los resultados muestran que la psicosis, al colocar la inquietud freudiana abierta en la institución, desafía tanto la relación del equipo con la subjetividad, pero también con el propio saber y su formación. Para que el analista pueda operar en esta escena, necesitará, primero, no retroceder ante la psicosis e insertarse en el equipo de salud, para construir, a través de la transferencia de trabajo, la marca inicial de un lugar entre equipo y paciente psicótico. Esta operación ocurre a través de las fronteras entre saber y goce en la relación de cuidado, movilizándolo el reconocimiento del paciente psicótico como parte del cuidado, provocando una cuestión que vuelve la mirada de los profesionales de salud hacia el sufrimiento psíquico en la psicosis. Se entiende que después de esta primera operación, la inserción de la psicosis como parte del cálculo del cuidado del equipo de salud, se puede, con el apoyo de la transmisión, construir, en los casos de psicosis en el hospital, una atención compartida con efectos de reposicionamiento de los equipos de salud a sus modos de atención en la cultura hospitalaria.

Palabras clave: Psicosis. Profesionales de la Salud. Hospital General. Psicoanálisis. Cuidado.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – LUGARES E ELEMENTOS DO DISCURSO.....	114
FIGURA 2 – DISCURSO DO ANALISTA.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

DSM V – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quinta edição.

HG – Hospital Geral

HP – Hospital Psiquiátrico

NASF – Núcleos de Apoios à Saúde da Família

PS – Pronto-socorro

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PNASH/ PSIQUIATRIA – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares/psiquiatria.

RAPS – Rede de atenção psicossocial

SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência

SHR - Serviço Hospitalar de Referência

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	16
2. INTRODUÇÃO.....	20
2.1. Em busca do lugar da psicose na instituição hospitalar.....	20
2.2. O lugar do analista diante da presença da psicose no Hospital Geral	24
3. OBJETIVOS	25
3.1. Objetivo geral	25
3.2. Objetivos específicos.....	25
4. MÉTODO	26
5. FRAGMENTOS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS DISPARADORES	36
5.1. Vivência 1	36
5.2. Vivência 2	37
5.3. Vivência 3	37
6. A PSICOSE E SUAS REPERCUSSÕES NO TEMPO E NA SOCIEDADE	40
6.1. Para além do normal e patológico	40
6.2. Normatizando a diferença: interface com o lugar da loucura.....	42
6.3. Do holocausto à Reforma – cria-se uma rede.....	44
6.4. Problemas anunciados e mais além: a construção permanente da reforma e a brecha manicomial	49
7. A PSICOSE NA DEFINIÇÃO PSICANALÍTICA.....	53
7.1. A psicose na psicanálise freudo-lacaniana	53
7.1.1. A psicose como estrutura	55
7.2. Alteridade, corpo e linguagem na Psicose.....	60
7.2.1. Alteridade e psicose	60
7.2.2. Fenômenos de linguagem na psicose.....	62
7.2.3. O corpo na psicose	64
8. LOCALIZANDO OS DESAFIOS NO CUIDADO AO PACIENTE PSICÓTICO NO HOSPITAL GERAL.....	67
8.1. Daquilo que quer não se saber	71
8.1.1. O inquietante em nós	71
8.1.2. O inquietante na relação equipe-paciente psicótico e o risco de refúgio no estatuto da loucura	74
8.2. Daquilo que me formei para não saber ou não me formei para saber.....	76
8.2.1. O que se forma para saber	77
8.2.2. A psicose apresentada na formação em saúde	82
8.3. Dispositivos clínico-institucionais existentes: viabilidade, contribuições e limites para o trabalho do analista no cuidado compartilhado ao paciente psicótico no Hospital Geral	85
8.3.1. Construção de caso clínico	86
8.3.2. Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Matriciamento	90
8.3.3. O trabalho em equipe pela via do coletivo.....	92

9. A PSICOSE COMO EFEITO DO TRABALHO DO ANALISTA NO HOSPITAL GERAL: CONDIÇÃO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO	95
9.1. Tudo começa com a inserção.....	96
9.2. Um lugar a se vislumbrar na penumbra entre a equipe e o paciente psicótico	99
9.3. O caso Eduardo: a transmissão, a analista-testemunha e a manobra transferencial construindo uma rede de cuidado	104
9.3.1. Discussões sobre a transmissão	107
9.3.2. O testemunho do Analista e a instauração da barreira ao Outro invasor	114
9.4. Rebeca e uma posição inédita da equipe	118
9.4.1. A psicose como disparadora de interrogação ou ponto final	121
9.4.2 Um desafio que convida ao avanço e à invenção	126
CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS	131

1. APRESENTAÇÃO

Esta tese surge de um enigma suscitado nas vivências da pesquisadora desde o mestrado em psicologia clínica¹, que teve enfoque na construção metapsicológica da oralidade esquizofrênica. Desse mestrado ficou uma espécie de “resto”, que retornou nas situações como supervisora de estágio em um Hospital Geral (HG). O recorte da dissertação não teve então espaço para as discussões clínico-institucionais, e busca agora espaço para serem tratadas e aprofundadas.

O início de uma questão

Desde a minha primeira vivência profissional dentro de um hospital, durante um estágio realizado em uma maternidade na graduação em Psicologia, eu notava certo estranhamento – tanto meu, quando da equipe – diante de pacientes psicóticos, como se eles fugissem do esperado.

Certo dia, durante esse estágio, atendo uma puérpera por busca ativa, ou seja, passo e oferto escuta sem que a equipe ou a paciente solicitem atendimento psicológico. Ao escutar a paciente, dentro do meu tempo de formação, noto um discurso muito literal e pouco conexo. Ela me conta que tinha diagnóstico de esquizofrenia, tomava várias medicações e frequenta um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), mas que havia precisado readequar seus remédios na gestação. Em certo momento, ela começa a amamentar a bebê e ao mesmo tempo em que oferta o peito faz movimentos de sucção com a boca. Notei algo diferente, compreendi que aquele fenômeno falava desde a psicose, mas não soube como manejar. Fiquei com o estranhamento até a supervisão, quando pude elaborar um pouco mais aquela cena e entender possíveis intervenções.

Duas questões ecoaram naquele dispositivo. Por que não falei sobre isso com a equipe de saúde ali presente? Por que meu estranhamento diante da mãe psicótica com seu bebê no hospital? O que eu esperava encontrar naquela maternidade? Posso dizer que dentro de um Hospital Geral (HG), naquele momento, como estagiária de psicologia, o que esperava era que o sofrimento se manifestasse atrelado ao adoecimento, à perda, à dor, ao luto em um pensamento clínico-institucional neurótico-centrado. Em uma formação tradicional, passando

1 Pereira, T.S. (2015). *A oralidade esquizofrênica*. 109f. (Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP).

da teoria para prática, era estranho ver a Rede de Atenção em Saúde viva, observando que o paciente psicótico não estava presente apenas em meu estágio no CAPS.

A loucura começou a se apresentar em espaços de saúde não especializados e eu ainda me pegava surpresa, como se aquele encontro ali, naquela instituição, não fosse esperado por mim. Na lógica de saúde idealizada, a loucura parecia não pertencer àquele lugar. E mais, colocava o que eu sabia em xeque e desprotegido pela organização institucional, que nesses casos parecia tão ou mais desamparada do que eu.

Foi durante esse estágio, em um hospital, que surgiu minha primeira questão com a psicose, justamente pelo estranhamento. Diante da surpresa, minha reação foi, primeiro, de uma insegurança materializada na pergunta “e agora? O que eu vou fazer?”. Com a estranheza e a insegurança, algo amparava aquele encontro, a curiosidade. Uma curiosidade de aluna de psicologia, desejosa de saber mais sobre a escuta destes pacientes que estabeleciam outra relação com a internação, o tratamento, a equipe e com a própria instituição. Diante do estranhamento provocado pela loucura, uma aposta: desejar saber pode ser uma saída.

Depois da graduação, durante a residência em um HG ligado à Universidade Pública, fiquei a maior parte da prática em um Pronto-Socorro (PS) que recebia pacientes psiquiátricos. Nesse espaço, tive o privilégio de acompanhar o trabalho da equipe de psicologia, junto à equipe multidisciplinar, nos primeiros cuidados diante no surto. Entretanto, o caso que me instigou, gerando um enigma insistente o suficiente para virar uma questão de pesquisa – estudado com profundidade no mestrado –, aconteceu fora do PS de psiquiatria. Flávio² estava, sim, em surto, mas internado no PS de cirurgia e trauma, pois havia engolido diversos objetos metálicos, precisando com urgência passar por um procedimento cirúrgico.

Um dos pontos trabalhados no mestrado é que desejar saber sobre a loucura, e inserir alguma rede de cuidado implica demarcar um lugar para que sua originalidade estrutural se estabeleça. Ou seja, não enquadrando uma expectativa normativa na escuta da loucura. É oportuno, assim, pensarmos o que mobiliza a oferta desse espaço no HG?

Diante das diversas manifestações que a loucura pode ter e de sua diversa circulação nas estruturas clínicas, fui percebendo que havia peculiaridades no cuidado aos pacientes psicóticos. Algo de diferente era vivenciado pela equipe; algo da ordem do mal-estar se apresentava no encontro com esses pacientes, repercutindo em dificuldades no cuidado com eles. Medo, insegurança, recusas, chistes, irritações, afastamento, imposição ou abstenção do saber e da ordem institucional foram algumas das inquietações recolhidas em situações que

² Nome fictício

pude presenciar e que começaram a mobilizar uma questão de que algo diferente se apresentava quando um psicótico era atendido em um hospital geral.

Marcamos em Lacan dois momentos para sustentarmos a escolha de recorrer, em alguns momentos, à palavra loucura em correlação com a psicose. Primeiro, no Seminário 3 sobre as psicoses, quando se pergunta:

O que abrange o termo psicose no domínio psiquiátrico? Psicose não é demência. As psicoses são, se quiserem – não há razão para se dar ao luxo de recusar empregar este termo –, o que corresponde àquilo a que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, as loucuras. (Lacan, 1955-56, p.12)

Depois, em “Pequeno discurso aos psiquiatras (1967), Lacan aponta entraves na relação médico-psicótico, reforçando que, ao falarem do louco, podem compreender psicótico, se quiserem. E ainda afirma que há outros pacientes que vão à psiquiatria, mas que não são loucos, e sim, pessoas fragilizadas, desintegradas, em um modo passageiro de “menos-valia mental”; mas o grande objeto da psiquiatria é o louco, que ele nomeia como psicótico. Aponta, nesse momento, que a psiquiatria se ocupa cada vez menos do psicótico, pois a cada vez ocupa-se mais da formação, compreendida equivocadamente como acúmulo de falas e saberes.

Assim, quando optamos por situar a tensão existente nas relações de cuidado em saúde na psicose nesta tese, não é em vão. Há o entendimento de que a psicose é recebida como o principal objeto de cuidados da psiquiatria ao longo da história, o que não parece passar sem consequências em um HG. Afinal, umas das principais manifestações de dificuldades no cuidado a esses pacientes no HG está no encaminhamento ao psicólogo hospitalar, que pode ou não ser psicanalista, da seguinte forma: este paciente é para você ou este paciente é da psiquiatria. Endereçamento que pode ser revertido em: este paciente não é para mim.

Em meu percurso no hospital como estagiária, residente de psicologia, psicóloga hospitalar e supervisora de estágio – percurso sempre articulado à formação psicanalítica –, a questão retornava em cada caso de psicose. Há desafios anunciados pelos profissionais de saúde, incluindo psicólogos hospitalares, que declaram uma dificuldade importante na relação de cuidado com o psicótico no HG: o não reconhecimento dessa relação como possível e como parte de seu escopo de trabalho. Isto pode ser iatrogênico em alguma medida, sobretudo se junto com a dificuldade anunciada exista a renúncia aos cuidados.

Comecei a me indagar sobre o que fundava esta problemática no tratamento de pacientes que falam a partir de uma estrutura específica nos hospitais. Seria o modelo de formação do

profissional de saúde atuante na atenção terciária? Seria um mal-estar próprio do encontro com a alteridade radical apresentada pela psicose? Quais os resquícios do estatuto da loucura e dos lugares destinados a ela nas instituições de saúde ao longo da história, hoje, no HG? E o mais importante. Como o psicanalista atua diante desses casos que já são recebidos como estranhos, mas que revelam algo de familiar ao hospital?

Este trabalho vem do meu percurso de formação e tem a intenção de voltar para outras formações. Sendo assim, é fundamental não só assistir curiosa e criticamente à problemática que se impõe, mas pensar a posição do psicanalista e suas contribuições para a questão existente.

2. INTRODUÇÃO

No HG, entende-se que a desordem orgânica urge, sendo o organismo biológico o objeto de intervenção da medicina. Segundo Moretto (2019a), a subjetividade não considerada no discurso médico sofre uma espécie de recalque, a fim de que não haja contaminação subjetiva da natureza objetiva de seus pilares teóricos, formativos e atuantes. Entretanto, assim como sabido pela psicanálise, tal recalque não elimina o material psíquico, que acaba retornando em algum momento no qual o discurso médico falha. Tal retorno é o nó fundamental para a convocação do discurso psicanalítico e a entrada do psicanalista no ambiente hospitalar.

2.1. Em busca do lugar da psicose na instituição hospitalar

Na maioria dos casos atendidos na entrada na instituição hospitalar, é o orgânico que primeiro emerge, dando lugar a um privilégio da intervenção do corpo, que precisa nesse momento, ser tomado como conjunto de órgãos. Aparentemente, na maioria das vezes, quando o analista é convocado no hospital, o retorno da subjetividade revela o movimento primordial de algum pacto, dito ou não dito, para o tratamento diante da urgência do organismo, para que então, em um segundo momento, advenha a entrada do cuidado do que extrapola o aspecto biológico do adoecimento, como a subjetividade. Podemos dizer que, de alguma forma, muitas vezes o pacto inicial de dessubjetivação não se sustenta por muito tempo.

Entretanto, os analistas muitas vezes também são convocados para casos de psicose, em que esse pacto simbólico da dessubjetivação, em nome do cuidado biológico, não se firma desde o primeiro momento no hospital. Normalmente os psicóticos são pacientes que apresentam sua subjetividade de início, seja por estarem em crise psíquica – como em surto psicótico –, ou por apresentarem sinais impossíveis de serem ignoradas pela sua exuberância, revelando um inconsciente a céu aberto. É comum observarmos que certos fenômenos elementares chamam a atenção da equipe e do analista – é o caso de pacientes que, mesmo fora de crise, apresentam um outro modo de relação com a linguagem e com o corpo, com automatismos mentais e corporais, associados ou não a um diagnóstico psiquiátrico.

Netto (2014) nos lembra que, no hospital, nem sempre o psicanalista conta com o tempo necessário para o estabelecimento de um diagnóstico sob transferência. Nesses casos, para poder dirigir o tratamento no hospital, muitas vezes o analista é levado a realizar uma aposta clínica cuidadosa, e isso é feito pelo recolhimento discursivo da equipe e do paciente em sua

escuta. Diante da psicose e de seu modo singular de se colocar diante do adoecimento e dos cuidados hospitalares, o encontro entre paciente e equipe de saúde revela um estranhamento que pede atenção.

Segundo Santos (2023), pensar a experiência psicótica exige conceber a psicose como uma estrutura singular. Estrutura essa que se funda, para Lacan (1955-56), a partir da forclusão do significante nome-do-pai, repercutindo em efeitos de não representação psíquica de significantes primordiais e da castração pelo registro simbólico. Nota-se, assim, o retorno no registro do real daquilo que não se operou no registro do simbólico, com consequências no campo da alteridade, do corpo e da linguagem, manifestado com frequência por exigências pulsionais, invasões de gozo, alucinações e delírios.

Pensamos que esses pacientes desafiam uma ordem institucional importante, historicamente construída. Erguido após a Idade Média, com ideais de tratamento e cura, o hospital regula os corpos que ali entram, a partir de uma organização constituída por uma relação de saber que toma o paciente como objeto de cuidados. Desafiando tal lógica institucional, é comum o paciente psicótico não passar despercebido em um hospital. Não respondendo à ordem simbólica, o psicótico evidencia a tensão entre paciente-equipe, que revela dificuldades em reconhecer a psicose como parte do trabalho a se realizar no hospital, repercutindo muitas vezes em afastamentos na relação de cuidado. Pouco compreendida, a psicose fica institucionalmente associada como objeto de estudo, sob cuidados da psiquiatria ou, em lugar de senso comum, articulada aos estigmas do estatuto da loucura.

Para maior elucidação dessa questão, torna-se necessário retornar a Foucault (1972), que esclarece a composição do estatuto da loucura no imaginário social, ao longo do tempo, com seus atravessamentos institucionais.

A loucura na Idade Clássica e parte da Renascença era atrelado ao trágico, junto ao social, com um lugar próprio de alguém que compunha um discurso sobre a verdade, ligado ao místico. No séc. XVII, a loucura se torna polimorfa, representada pelos “inconvenientes”, sem uma clara definição desse marcador da diferença que não fosse o de não ser conveniente a uma espécie de ordem social da época. Já com a ode à razão, a loucura se liga ao animalesco e ao perigoso, compondo o grupo de pessoas que não respondem pela via racional. Com o avanço do saber médico na instituição hospitalar, depois dos séc. XVIII e XIX, ocorre uma divisão institucional que estabelece o hospital geral para doentes e os hospícios para doentes mentais.

O mesmo prefixo de Hospital e Hospício não é em vão, vindo de *hospes* (hóspedes) as duas instituições teriam em sua origem a função de ser aquela que hospeda, devendo ser hospitaleira (Brasil, 1965). Se antes todos aqueles que divergiam do *status quo* iam para o

mesmo espaço institucional, a partir dos séc. XVIII, a loucura, tomada como doença mental, ganha um espaço isolado para se asilar.

A medicina e a psiquiatria avançaram e a cada passo afastaram-se da clínica de Hipócrates, aproximando-se da especialização e da tecnologia em sua prática. Isso tem efeitos tanto nos avanços nos procedimentos médicos, descobertas de doenças e tratamentos, como no modo de estabelecimento da relação com o paciente (Marcon, 2016). A psiquiatria se torna uma especialidade médica tomando a loucura ou o louco como seu objeto de estudo particular, o que parece promover consequências para o modo como outras especialidades médicas se posicionam frente aos pacientes psicóticos.

Após a reforma psiquiátrica, o destaque da expressão *saúde mental* busca ressignificar a relação entre hospital psiquiátrico, hospital geral, medicina e psiquiatria. Entretanto, é necessário atentar para as contradições instituídas e reconhecer o enlace medicina-psiquiatria no campo da ciência, com seus efeitos na formação dos profissionais de saúde. Afinal, a saúde mental ainda se coloca como especialidade da área da saúde, ao mesmo tempo que, associada ao discurso médico, também pode operar dessubjetivações em prol do tratamento, sobretudo em uma visão biologicista que não inclui a noção de sofrimento psíquico. Essas dessubjetivações têm efeitos na formação dos profissionais no HG, que escolheram outras especialidades em sua formação e tem de se haver com a saúde mental; e mais, com o sofrimento psíquico e a psicopatologia como parte não nomeada de seu trabalho.

Endo (2017) aponta que o vocabulário pós-reforma tende a buscar apagar os efeitos da lógica manicomial, mas acaba por suprimir aspectos relevantes da prática em saúde, como a clínica, o clínico e a loucura. Suprimir essas três últimas palavras do vocabulário da reforma – inclusive em documentos das políticas públicas – parece provocar efeitos como o produtivismo da lógica de trabalhador da saúde, o excesso de preocupação com a inserção social, desconsiderando os aspectos singulares do sujeito e da loucura. Uma das mais graves consequências é a repetição de uma lógica de exclusão do outro, colocando o que for estranho à margem.

Nesse contexto, é preciso apontar a importância de não culpabilizarmos o mal-estar do profissional de saúde e os atravessamentos em sua prática, mas também pensar em como a ausência de clínica pode ser iatrogênica à própria equipe e dificultar a apreensão do cuidado ao paciente psicótico como parte de seu trabalho. A ausência de reflexão sobre a relação entre teoria e prática e a falta de espaços para um discurso sobre o mal-estar promovem, no reconhecimento da clínica das psicoses e em seu manejo, efeitos que transbordam o conhecido Transtorno psiquiátrico.

Na reconstrução pós Reforma Psiquiátrica, o HG, que já recebia pacientes psicóticos com problemas orgânicos, começa também a receber pacientes em crise psicótica. Com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011, formaliza-se uma organização de serviços diversos na Rede de Atenção em Saúde, convocando-os para que não sejam só parceiros, mas também responsáveis por alguma instância de cuidado em saúde mental. Entretanto, essa transição pela lei não acompanhou a mudança formativa e cultural de espaços mais enrijecidos em suas práticas, como o HG.

Brognoli (2016) observa que alguns descompassos na reforma em saúde mental têm gerado efeitos contraditórios à lógica da reforma psiquiátrica, incluindo as unidades psiquiátricas em HG:

Assim, os novos dispositivos da Reforma Psiquiátrica não estão imunes ao ressurgimento da lógica manicomial e sofrerão, em maior ou menor grau, e em distintas circunstâncias, desse mesmo mal. Não é raro encontrarmos serviços substitutivos em que certas noções tradicionais oriundas da psiquiatria biologicista se posicionam ao lado ou em confronto com aquelas que procuram superar esse mesmo modelo. (p.353)

Nesse sentido, pode-se pensar que no HG o psicótico aparece como a mais pura constatação do estranho. Esse estranho que, segundo Freud (1919), articula-se com o inconsciente, àquilo que, na revisitação, se tornava familiar e estranho. Em certos casos, como na esquizofrenia, o inconsciente a céu aberto seria para a equipe mais que o retorno da subjetividade, e sim a sua mais pura imagem. Imagem assustadora da loucura, do excesso e do automatismo; lado recusado pelo discurso médico. Esses pacientes, quase didaticamente, ensinam à equipe que a cisão corpo e psiquismo é uma ilusão, assim como furam o ideal de um saber todo, que dê conta do sujeito, colocando-o em posição de objeto para o estabelecimento do ideal de saúde.

Esse impasse clínico e institucional tem consequências no cuidado, começando pela dificuldade de reconhecimento do psicótico como alguém a ser cuidado nessa instituição. Essas experiências exigem um trabalho de revisitação das relações com o saber e com a noção de cuidado. É um desafio! Assim, urge que se ia nossa questão principal: qual o lugar da psicose nas relações de cuidado do HG?

2.2. O lugar do analista diante da presença da psicose no Hospital Geral

Para o analista poder operar na problemática dos cuidados ao paciente psicótico no HG, primeiro ele precisa se inserir. Tal qual posto por Moretto & Prizskulnik (2014, p.4):

Inserir é um processo que implica a noção de “estar dentro”. Estamos trabalhando, então, com um conceito que sugere claramente a questão da localização, ou melhor, um conceito que indica um lugar. O curioso aqui é que a experiência de entrada do profissional na equipe de saúde lhe possibilita a constatação seguinte: é possível estar dentro sem estar inserido.

Segundo as autoras, a inserção do analista independe do contrato que viabiliza sua entrada na equipe de saúde. Essa inserção se dará pela via da transmissão à equipe de saúde daquilo que foi operado analiticamente em cada caso, colocando-se como interlocutor que apresenta uma marca de diferença em relação ao saber médico. Ou seja, sustentando a apresentação do saber inconsciente.

Depois de inserido, compondo um lugar na equipe de saúde, o analista pode operar diferenças nas discussões e decisões compartilhadas em torno do caso. Assim, ele poderá vislumbrar uma transição da presença da psicose no HG para um lugar para a psicose no HG. Essa transição precisa ser construída, em cada caso, atentando à relação da equipe com a subjetividade e à sustentação do saber não todo, a fim de reconhecer a lógica da psicose como modo singular de adoecimento e possibilidades de tratamento em saúde.

Na transferência de trabalho com a equipe, o analista precisará circunscrever e borderar um lugar para a psicose, viabilizando ali o sofrimento psíquico inerente ao caso. Somente depois dessa circunscrição, o analista poderá realizar manobras, não só com o paciente psicótico e a transmissão do caso, mas para novas circunscrições de questões sobre como cuidar desse paciente e, até mesmo, sobre o que podemos apreender sobre nosso modo de cuidado.

Moura (2015) aponta que onde maior for a exclusão do sujeito, mais necessária se torna a psicanálise, sendo necessário construir possibilidades para além do discurso da consciência. Moretto & Prizskulnik (2014) também retificam que é pela via do ato psicanalítico e do trabalho do analista que o giro do não querer saber para o querer saber pode ocorrer.

Cabe ao analista no hospital não recuar diante das psicoses, pois sua presença pode gerar efeitos no modo como os profissionais de saúde do HG entrarão em contato com a psicose, reconhecendo seu lugar no trabalho a se realizar e construindo novos modos de cuidado que rompam com o já sabido na vivência hospitalar.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Investigar o lugar da psicose nas relações de cuidado no hospital geral.

3.2. Objetivos específicos

- Compreender a visão institucional sobre a loucura e seus efeitos de não reconhecimento da psicose no Hospital Geral.
- Propor a construção de um dispositivo clínico-institucional que circunscreva um lugar para a psicose no Hospital Geral operando o cuidado compartilhado dos pacientes psicóticos.

4. MÉTODO

No texto “O método científico nos primórdios da Universidade: o caso de Andreas Vesalius de Bruxelas”, Berlinck (2013) conduz de forma rigorosa os caminhos que levaram à compreensão do papel da Universidade da Idade Média até os dias atuais; no mesmo texto, o autor apresenta o caso de Andreas Vesalius de Bruxelas e, a partir dele, estabelece uma análise da relação mestre-aluno e orientador-estudante, que nos é interessante na construção metodológica desta pesquisa.

A Universidade como organização social passou por diversas mudanças ao longo do tempo. Diferente da noção de um conjunto de faculdades, a ideia de *Universitas* na Idade Média era a de um conjunto de pessoas, mestres e alunos, os quais participavam do ensino realizado em uma mesma cidade. Inicialmente, essa instituição estava atrelada ao ensino religioso e à transmissão da cultura antiga. O caminho universitário vai aos poucos seguindo para um caminho mais circunscrito à preparação prática e profissionalizante, para depois visar a formação de cientistas.

Segundo Berlinck (2013), o autor não se faz por si só. Inicialmente, ele é um aluno, ou seja, no princípio de sua jornada, ele é aquele que, por ser imaturo, ainda sem forma, necessitaria do apoio de alguém formado, como o mestre, para desenvolvê-la conforme a apropriação amparada de suas vivências.

O aluno recém-formado exposto às vivências, nomeadas pelo autor como beira do abismo ou realidade, coloca-se num campo solitário e angustiante. Por isso, a condição de formado não é garantia de uma vivência autônoma diante dos embaraços desse novo lugar. Para deixar de ser aluno, ele precisa de mais.

Berlinck (2013) enumera algumas condições para que um aluno realmente deixe de ser aluno. São elas: a percepção dos limites do mestre, o questionamento sobre o saber instituído e, finalmente, colocar-se de fato diante do desconhecido disposto a se deparar com o surpreendente enigmático em suas vivências.

Na formação tradicional, o campo da pós-graduação é proposto pela universidade, compreendendo a existência de certa insuficiência na formação diante da complexidade das vivências e práticas. Assim, no ensino superior, a missão da pós-graduação se distingue, sobretudo, por não ter espaço para estabelecer a posição aluno-mestre, ou seja, não ter mais a missão de dar forma à matéria. Uma nova posição, então, seria exigida nas relações de ensino: a posição de estudante e a de orientador.

Diferente do aluno, o estudante será aquele que aplicará suas capacidades para aprender a viver criativamente diante do obscuro da nova vivência; será capaz de formular um problema de investigação e sobre ele se debruçar com o apoio de um método. Já o orientador, exercendo uma função diferente do mestre, apontará apenas os caminhos a partir de sua própria experiência, como aquele que até ali já caminhou. Caberia a ele indicar os limites, os pontos-cegos, as vias de anúncio ao real problema de pesquisa e o apoio aos tropeços inevitáveis dos primeiros passos (Berlinck, 2013).

Nota-se o estudante como alguém que já possui autonomia para analisar suas questões, mas que ainda conta com o orientador para encontrar o caminho da autoria. Então, a aposta do orientador no estudante como um potencial autor é fundamental na formação. Depois desse percurso realizado em parceria, o estudante supostamente pode se autorizar cada vez mais a sustentar as formulações por ele criadas.

Essa metáfora da passagem de aluno a estudante apoia a constituição simbólica de um autor. Isso não quer dizer que o caminho precise de balizas cronológicas e desenvolvimentistas para se estabelecer. Cada sujeito construirá sua posição diante do saber e do não saber em sua formação, em um tempo lógico e subjetivo que pode coincidir ou não com os tempos objetivos de uma formação tradicional. Por isso, não é impossível vermos estudantes no Ensino Médio e alunos na Pós-graduação. Entretanto, a sustentação de Berlinck nos é cara por apontar que essa constituição de posições singulares na formação não é solitária e autônoma; ela carece de figuras e espaços de sustentação que podem coincidir, no ambiente universitário, com a pós-graduação e a pesquisa. E mais, ele aponta que existem pesquisas e formações que, mesmo no espaço universitário, favorecem a implicação do sujeito com sua prática, seus pares e sua formação, visando um futuro autor que faça diferença nas construções de seu campo de trabalho, como as pesquisas teórico-clínicas e o método clínico.

Pesquisa, teoria, clínica e alteridade: saída do alunismo

A prática clínica é terreno para fundação do método de pesquisa teórico-clínica em psicanálise, conforme o que Freud (1912) nomeava como coincidência entre pesquisa e tratamento na psicanálise. Desenvolvendo-se em três planos indissociáveis, a psicanálise é: método de investigação dos processos psíquicos, método de tratamento analítico e teorização da prática clínica.

Segundo Nogueira (2004), a psicanálise é uma pesquisa que funda uma novidade na ciência. A formação do psicanalista, quando inclui a análise pessoal, insere a subjetividade como outro modo de construir um percurso de formação, distanciando-se das formações tradicionais e científicas consideradas puramente objetivas.

Outra novidade apontada pelo autor faz referência ao convite de Freud à associação livre; convite que tem seu foco na fala do paciente e que os retira do lugar de objeto de estudo, colocando o saber do lado do sujeito e apresentando outro modelo de investigação nas ciências humanas. Assim, a transferência transgride a separação metodológica entre sujeito e objeto, sendo, assim, um argumento que sustenta o porquê de o método de investigação se confundir com o tratamento, partindo da clínica.

(...). Mas a Psicanálise conceitua, constrói conceitos sobre essa experiência. O primeiro que fez isso foi o Freud, nos casos clínicos. Aquilo que Freud escreveu não é simplesmente a descrição objetiva do que ocorreu. Alguns analistas começaram a gravar as sessões, porque seria mais fidedigno à realidade, mas isso é uma concepção objetivante da Psicanálise, que não leva em conta que não está havendo, ali, uma relação objetiva. O analista não é um observador do analisante, ele está implicado na relação, senão não há transferência. Depois da relação você pode fazer a construção. (...). Mas se não fazemos isso, se não conceitualizamos, se não construímos o caso, a Psicanálise não cresce em termos de conhecimento, em termos de ciência. Ela fica, digamos assim, paralisada em um ritual, repetitiva. É preciso que os analistas possam refletir sobre a experiência. (Nogueira, 2004, p.103)

O caso clínico tem papel relevante nesta construção metodológica de investigação, uma vez que levará em conta a singularidade de cada caso, transmitindo aquilo que o analista formulou como questão enigmática. A questão enigmática é aquilo que toca o analista em estado de atenção flutuante, revelando algo estranho, entre o que é e o que deveria ser. A partir dessa provocação ao seu não saber, o analista será colocado em uma posição de convocação, submetido a um convite à vocação de sair da posição clínica e assumir a posição de pesquisador teórico-clínico. Ou seja, ele se apropria do enigma vivenciado na clínica, transformando-o em uma questão propulsora de pesquisa que, transmitida pela construção do caso clínico, favorecerá aquilo que será a produção do método clínico, o pensamento metapsicológico (Magtaz e Berlinck, 2012). A posição do pesquisador, aqui, se aproxima da posição de estudante.

Ainda sobre o caso clínico, Catellani (2019) nos lembra que o caso não é o relato fiel de uma sessão de análise, operando relatos fidedignos do diálogo entre paciente e analista, da

mesma forma que não é uma história a ser contada. Ao construir um caso e dele recortar uma vinheta ou fragmento, o analista transforma o material da narrativa em elementos singulares em torno da questão a ser transmitida. Assim, a pesquisa teórico-clínica e o método clínico em psicanálise convidam o pesquisador a sair do alunismo. Para constatar os limites do saber instituído e se expor ao surpreendente enigmático, o compromisso com sua própria formação, ou seja, com o estudo, a análise e a supervisão são pontos inegociáveis. Sem essas condições básicas, não há enigma a ser formulado e promovido ao lugar de problema de pesquisa.

Diferente de outros espaços universitários de pesquisa, em psicanálise, o tema e o problema de pesquisa não vêm da decisão de um terceiro, como o orientador; eles necessitam vir do próprio pesquisador e de sua prática clínica. Se, na primeira parte do capítulo, vimos que talvez não exista estudante sem vivência, e podemos dizer que também não há estudante sem o desejo de elaborar uma análise sobre a problemática vivenciada. Em um segundo ponto, entende-se que, nesse tipo de pesquisa e de ambiente de orientação, os afetos permeiam o processo aluno-estudante-autor, e a pretensão de esterilizá-los, de precaver-se de certo risco de contaminação da pesquisa, não é uma opção. Ao contrário, considerá-los e escutá-los é caminho necessário ao estudante, tanto para ser incomodado pela tal questão enigmática, como para sua própria elaboração teórico-clínica durante a produção da pesquisa. Entretanto, cabe o alerta de que esse espaço não substituirá outros pilares da formação, como a análise pessoal. É preciso ter sempre no horizonte que a coincidência entre método de tratamento e investigação é dialética, não complementar ou substituinte.

A partir dessa contextualização, torna-se relevante o que Berlinck (2009, p.444) diz sobre o método clínico:

O método clínico, desencoberto pela palavra o encoberto, revela a verdade sempre provisória, evanescente do afeto: o *pathos* psíquico. Colocar em representação o *pathos* é produzir um conhecimento do humano, pois transforma aquilo que é singular e obscuro no que é claro, abrindo oportunidade para o coletivo. Enquanto internas, as representações obscuras são vivências que podem se transformar em experiência, isto é, em representações socialmente compartilhadas.

O espaço de orientação de pesquisas que considerem o método clínico, reúne estudantes dispostos a entrar em contato com seu não saber e a promover um exame atento e minucioso de cada problema de pesquisa. Considera-se que tal exame atento não visa a um objeto de estudo inanimado, apático, a não ser que o tema da pesquisa seja a própria apatia. Ao estabelecermos questões no campo de escuta e manejo do sofrimento psíquico, colocamo-nos no que foi

nomeado anteriormente por Berlinck (2013) como a beira do abismo, uma exposição necessária para sairmos da repetição teórica e técnica. Assim, podemos dizer que um laboratório que pretende tal tipo de pesquisa visa se constituir como terreno vivo, criativo e permeado por desejo de saber.

Dito isso, perguntamos: e o lugar do orientador? Antes vimos que no espaço da pós-graduação ele acaba por sair da maestria e assume um novo lugar. Lugar mais horizontal, pois ali é também estudante. Entretanto, dada sua caminhada mais longa, ele se autoriza e institucionalmente está autorizado a ficar em uma posição de maior autoria. Com mais autoridade de experiência e olhar que enxerga além do que o estudante consegue ver, consegue ir alinhavando possibilidades junto ao orientando, buscando o melhor caminho da elaboração da vivência rumo a uma experiência, a qual em algum momento será compartilhada socialmente e defendida junto a seus pares e interlocutores.

Digamos que cada orientador tem seu estilo, mas, talvez, o que diferencie o orientador que se propõe a se debruçar sobre um problema de pesquisa vindo da clínica seja a sua capacidade de sustentar um lugar de alteridade que vise em seu orientando um futuro autor. O orientador, de certa forma, decanta o real problema de investigação do orientando e, ao mesmo tempo, aponta os problemas na ação de investigação do estudante. Pontuo, então, que, conforme visto, sustentando essa competência, o orientador só pode realizá-la ao abrir mão da maestria, ou seja, de sua paixão por formar e defender o saber. O que não quer dizer perder o rigor e o conhecimento pelo que já se tornou experiência compartilhada. Neste ponto, convém apontar a noção da função-autor proposta por Foucault (1969), como uma instauração de discursividade que implica um “retorno a”. Nessa comunicação, ele marca a diferença dessa posição diante da ciência, uma vez que o espaço para o retorno não exprime verificação e sim interlocução e diferenças. Mais uma marca que uma pesquisa com foco no método clínico em psicanálise imprime no espaço universitário típico.

Segundo Rodrigues de Oliveira e Tafuri (2012), além do orientador, a banca de defesa também ocupa o lugar de alteridade para o estudante, e acrescento a essa contribuição das autoras a presença dos colegas do grupo de orientação. Todas essas figuras de alteridade citadas possibilitam pontos de transferência que constroem uma pesquisa como a que aqui discutimos.

As autoras acrescentam, ainda, a escrita que visa a produção da dissertação ou tese, ou que promova publicações futuras, como outras formas de colocar o estudante em lugares de relação com a alteridade, considerando aqueles a quem dirige a sua escrita. Podemos pensar, então, que um espaço de orientação que assim se estabeleça pode estimular a autoria, uma vez que os estudantes reunidos podem experimentar posições diversas diante das problemáticas

levantadas, e que seus pares, aprendendo a transmitir sua questão e a partir de sua escuta e pensamento metapsicológico, podem também se autorizar pela via da transmissão de comentários ao texto do outro.

A partir desta configuração, o espaço de pesquisa teórico-clínica apresenta, cada vez mais, outra posição na Universidade, espaço no qual a impessoalidade e a escrita sem expressão de afeto se revelam como consequência do modelo positivista de pesquisa (Rodrigues de Oliveira e Tafuri, 2012). As pesquisas em psicanálise sustentam seu lugar e parecem ter uma função no território universitário. Em um espaço que atualmente vibra por certo produtivismo, a produção de pesquisa implicada com a clínica crava um rigor, sustentando-se eticamente como outro modo de produzir saber.

Desta forma, atingir a condição de autoria é se responsabilizar pelo constante compromisso com sua formação e sua prática. O que não quer dizer que não haja mais alteridade na autoria, ao contrário. Não à toa, vemos a constante mobilização pelo ensino e transmissão da psicanálise, inclusive na universidade. Ocupar este lugar talvez seja saber que sozinho não se produz o novo, e que só se pode ser autor a partir do lugar de estudante em interlocução.

Desafios e construção metodológica nesta tese

Como declarado na apresentação desta tese, a pesquisa não surge neste trabalho, ela se inicia com um estranhamento urgente provocado na aluna de psicologia diante da paciente psicótica e seu bebê em um hospital. Ali se funda um enigma, que insiste e passa por diversos pontos de minha formação, retornando neste doutorado.

Naquele momento, em pleno início de formação e em posição de aluna, fico tomada pela cena e preciso do supervisor para elaborar parcialmente o estranhamento entre o que era (uma paciente psicótica no HG/ outra posição diante dos desafios da maternidade) e o que deveria ser (pacientes psicóticas no CAPS/ mães em sofrimentos neuróticos típicos da maternidade).

Diante do tempo da formação em graduação, precisei me dar conta dos primeiros passos, partindo do meu estranhamento para o desejo de compreender a psicopatologia como parte da psicologia hospitalar, o que incluiria não só o manejo clínico, mas a articulação com a instituição.

Durante a residência multiprofissional – à qual me dediquei durante uma longa jornada de formação em psicologia hospitalar –, a questão não cessa. Naquele momento, vejo-me ainda

muito tomada pelas dificuldades de escuta e manejo clínico dos casos de psicose. Esse enigma vai para o mestrado, tornando-se uma pesquisa sobre a oralidade na esquizofrenia, a partir de um caso atendido no HG.

Depois do mestrado, ainda insiste um resto, que retorna nas vivências como professora e supervisora de psicologia hospitalar na graduação de psicologia. Como trabalhar com as equipes? O bom manejo clínico das psicoses não garante que esse trabalho se sustente no hospital. Como trabalhar frente às resistências incessantes à psicose nessa instituição? Segui ao doutorado com questões mais elaboradas durante a minha formação, e com a mais complexa em aberto: Qual o lugar da psicose nas relações de cuidado no HG?

No doutorado, convocada a uma posição de autoria não só subjetiva, mas objetiva, a originalidade é uma exigência a que cada pesquisador precisa atender de forma singular e a desenvolver com todo o rigor metodológico, em uma construção que faça sentido não somente para a sua formação, mas também para seus interlocutores.

Teses e dissertações são documentos originados das atividades dos cursos de pós-graduação. Esses cursos visam principalmente a capacitar professores para o ensino superior, além de formar pesquisadores e profissionais de alta qualificação em vários níveis. No nível de mestrado, o aluno, para obter o título de mestre, deve, além de completar um curso formal, elaborar uma dissertação consistindo em um trabalho de pesquisa que demonstre sua capacidade de sistematização e domínio do tema e da metodologia científica. Já no nível de doutorado, o aluno deve produzir uma tese que envolva uma revisão bibliográfica adequada, sistematização das informações existentes, planejamento e realização de trabalho necessariamente original. (Campello, 2000)

Sem interlocutores na universidade, na literatura, no hospital e na psicanálise, esta tese não existiria. Formular, para além de questões a partir da clínica-institucional no hospital, saídas propositivas, é um modelo de formação e pesquisa desafiador. Ele tensiona o pesquisador entre o saber constituído, sempre não-todo, visando um saber a se constituir com suas faltas.

No HG, observando e escutando colegas e pacientes, notamos que a psicose promovia questões, sobre as quais havia pouco reconhecimento e aprofundamento, fixando-se nas queixas e no afastamento. O recuo frente a psicose era comum, por isso a necessidade de se tornar um objetivo de pesquisa. Em nossa Revisão de literatura, encontramos poucas pesquisas que tratavam do cuidado do paciente psicótico no HG, sobretudo em psicologia e psicanálise.

Esta pesquisa, se constitui, então, a partir das vivências clínicas e institucionais no hospital, visando revisitá-las, avançando em suas questões, para a ela retornar.

Realizamos nesta tese uma **pesquisa teórico-clínica em Psicanálise**. Buscamos na

literatura psicanalítica de Sigmund Freud, Jacques Lacan e seus comentadores repertório para construir uma discussão com a literatura existente em saúde mental e psicologia hospitalar, retornando aos fragmentos clínicos vivenciados pela pesquisadora no HG, e que suscitaram o problema de pesquisa, visando novos resultados diante da forma como esse problema foi se delineando.

Assim, a pesquisa tem como base a relação entre o que foi levantado na literatura, articulando-se com a prática clínica-institucional no Hospital Geral, buscando efeitos de teorização e autoria diante do problema do lugar da psicose no hospital.

Em termos práticos, podemos dizer que o **tipo de revisão da literatura foi sistemático**, abordando livros de referência sobre o tema e artigos publicados nas bases de dados mais relevantes nas áreas da saúde, saúde mental, psicologia, psiquiatria e psicanálise (PsycINFO, BVS-Psi, PePSIC, PEP- Psychoanalytic Electronic Publishing, Web of Science, PubMed, SCIELO).

Segundo Rother (2007), a revisão sistemática é uma revisão planejada para responder a uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos. Cordeiro et.al (2007) complementam que:

Uma boa revisão sistemática é baseada na formulação adequada de uma pergunta. Uma pergunta bem estruturada é o começo de uma boa revisão sistemática, pois define quais serão as estratégias adotadas para identificar os estudos que serão incluídos e quais serão os dados que necessitam ser coletados de cada estudo. (p.429)

Sendo assim, **as descobertas na literatura foram postas em diálogo com fragmentos de vivências clínico-institucionais da pesquisadora no HG**. Fragmentos estes que se apresentam em transmissão no início da pesquisa sobre os pontos propulsores da questão circunscrita, como em vinhetas clínicas que aparecem ao longo do texto e no último capítulo, em interlocução com a teoria psicanalítica e a revisão de literatura, avançando nas propostas e resultados da pesquisa.

Apresentaremos, assim, a construção da pesquisa em seus capítulos, visando responder a seus objetivos e a formular construções teórico-clínicas.

No *Capítulo 5*, apresentamos fragmentos clínico-institucionais disparadores, que na vivência hospitalar suscitaram enigmas sobre o lugar da psicose no HG. São apresentadas três vivências: 1. *O mal-estar diante do estranho estágio* – as resistências existentes ao novo estágio de psicologia hospitalar, ainda sem inserção, e que chega apresentando outro modo de cuidado

aos pacientes psicóticos, levantam questões sobre a dificuldade de a equipe hospitalar lidar com a presença da psicose; 2. *Flávio, o engolidor de protocolos* – um fragmento do caso Flávio, um paciente esquizofrênico internado por ingerir objetos metálicos, que a partir dos impasses em seu cuidado gera fantasias no médico cirurgião sobre um dispositivo cirúrgico de barreira física aos objetos ingeridos; 3. *A estagiária Cinderela* – fragmento da supervisão de duas estagiárias de psicologia hospitalar que ficam imersas em uma cena de conflito entre uma paciente psicótica e a equipe de saúde no hospital.

Posteriormente, no *Capítulo 6*, apresentamos a construção social e histórica do estatuto da loucura e seus significantes. Verificamos como o louco, associado ao psicótico, se move de parte da cena social, com espaço para sua excentricidade, para objeto da psiquiatria no lugar do doente mental. Avaliamos como isso repercute nas instituições de saúde, sobretudo no HG, que retorna à cena da loucura como parte de uma rede de atenção em saúde mental. Analisamos os efeitos da Reforma Psiquiátrica na clínica das psicoses, ponderando seus efeitos de perda de espaço para o sofrimento psíquico no cálculo de cuidado das equipes de saúde.

No *Capítulo 7*, apresentamos a psicose como campo de interesse da psicanálise, retomando a perspectiva do sofrimento psíquico anunciado a partir de uma lógica estrutural. Estrutura essa composta por uma constituição subjetiva que tem efeitos no modo como o sujeito se posiciona diante da alteridade, da linguagem e do corpo. Aqui, trouxemos um novo fragmento clínico-institucional de Flávio (Vivência 2), que favorece a compreensão de como o psicótico adoecerá ao seu modo, convocando o olhar da equipe de saúde para sua singularidade a céu aberto. Diferenciamos, ainda, os tipos clínicos da estrutura psicótica e discutimos a delimitação da psicose no cotidiano do HG.

Em seguida, no *Capítulo 8*, apresentamos alguns desafios na relação de cuidado ao paciente psicótico no HG. Sendo eles: a) o mal-estar diante do inquietante revelado pela psicose – inquietante que revela aquilo que não se quer saber sobre a própria subjetividade e a castração; b) a formação dos profissionais de saúde que, além de contar com os efeitos do Discurso médico, que se encontram, no HG, hierarquizados em saberes fragmentados. Sendo a saúde mental campo de especialidade desarticulado da formação generalista ou de outras especialidades, verificamos que a psicose fica fora da formação dos profissionais e, quando é inserida, não fala do campo do sofrimento psíquico, mas da nosologia psiquiátrica; c) avaliamos os dispositivos existentes em instituições extra hospitalares, que buscam inserir a psicose como escopo de cuidado, verificando sua viabilidade e desafios na lógica hospitalar.

Já no *Capítulo 9*, construímos uma proposta de metodologia de trabalho do analista diante da busca de um lugar para a psicose no HG. Utilizamos três outros fragmentos clínicos-

institucionais, que favorecem não só o disparo de questões, mas a visualização de saídas. Iniciamos pela constatação de que sem inserção não há trabalho possível a se operar no trabalho clínico-institucional. Depois, construímos um lugar para o analista entre equipe e paciente, que fizesse borda entre saber e gozo, circunscrevendo um lugar para o paciente psicótico através da transferência de trabalho do analista com a equipe de saúde. Ali, o analista se faz suporte para uma pergunta que insere a psicose como enigma, promovendo um lugar a se construir nas práticas de cuidado. Assim, com uma marca de reconhecimento sobre a psicose, o psicanalista pode operar pela transmissão entre saberes, construindo, em torno do paciente, uma rede de cuidados que sustente seu modo singular de vivenciar o tratamento, como testemunha e como barreira ao gozo do Outro. Por fim, nesse capítulo, analisamos os efeitos da construção de um lugar para a psicose no cuidado compartilhado, em que a equipe de saúde não só formula saídas para lidar com a resistência à psicose, como revê e põe em ato um outro modo de cuidado e posicionamento na instituição.

5. FRAGMENTOS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS DISPARADORES

5.1. Vivência 1

O mal-estar diante do estranho estágio

Neste fragmento, apresento a dificuldade por mim enfrentada como supervisora de estágio, diante das percepções relatadas pelos alunos sobre as dificuldades da equipe de saúde no cuidado aos pacientes psicóticos, que acabaram por gerar repercussões de resistência ao estágio, conforme “inovações” surgiam na instituição.

Em uma supervisão, estagiários relatam diversos embaraços da equipe de saúde com uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia na enfermaria de clínica cirúrgica. Os membros da equipe mostram-se irritados com a paciente, apostam na contenção física sem maiores avaliações de manejo verbal, e trazem falas como: “para descer para fumar ela não lembra da dor”. Em outra supervisão, um estagiário relata que tomou a iniciativa de circular pelos corredores com uma paciente psicótica internada nos leitos de saúde mental, como estratégia de cuidar da inquietação da paciente que não conseguia se manter no leito ao mesmo tempo em que realizava o atendimento. Retornou com a paciente ao leito sem nenhum contratempo e com a percepção de bons efeitos ao caso naquele momento. Dias depois a equipe traz uma queixa de que os atendimentos dos estagiários nos leitos de saúde mental agitavam a unidade.

Os estagiários relatam incômodo com essas situações junto de alguma insegurança quanto às possibilidades de intervenção como estagiários. Até que ponto poderiam falar ou intervir? As aulas de reforma psiquiátrica da graduação, ainda frescas, suscitava neles alguns questionamentos sobre o tratamento adequado e os direitos de pacientes de saúde mental. Entretanto, não sabiam como se posicionar com a equipe. O cuidado compartilhado era um desafio para estagiários construindo sua inserção e notando a ausência de espaço no hospital para casos de sofrimento psíquico grave, como a psicose. Como escutar e manejar essas falas de incômodo com o comportamento da paciente esquizofrênica em relação a seu corpo e seu tratamento? Como manejar as falas mais hostis sem uma precipitação combativa junto à equipe – o que impediria o cuidado com a participação da psicologia? Por que o estágio provoca incômodo ao evidenciar a presença da psicose em seus corredores?

5.2. Vivência 2

Flávio, o engolidor de protocolos.

O caso *Flávio*, trabalhado em uma perspectiva somente clínica em minha dissertação de mestrado, também revela os incômodos da equipe de saúde ao lidar com um paciente que não se submete aos protocolos e desafia os modos de cuidado no HG.

O paciente chega ao Pronto Socorro de um HG após a ingestão de objetos metálicos. A imagem do exame de raios-X é rodeada por uma equipe boquiaberta e algo excitada. Entre a admiração e espanto, revelavam-se chistes que tornavam a função social sobre Flávio possível.

Internamente, a equipe chamava o paciente de Magneto, personagem do filme *X-Men* que tinha poderes especiais sobre os objetos metálicos. Certo dia, em uma discussão de caso entre psicologia – serviço social – e medicina, um dos cirurgiões responsáveis revelou que não sabia mais o que fazer, pois as cirurgias de retirada de objetos não resolviam o caso. Logo após, brinca com a fantasia de implantar um ímã no céu da boca do paciente, para que ele parasse de engolir metais. Algo da impotência aparece, juntamente com as saídas conhecidas pelo saber desse médico.

Como recolher e manejar os afetos precipitados nas equipes hospitalares no cuidado de pacientes psicóticos?

5.3. Vivência 3

A estagiária Cinderela

Ella e Aurora³ eram duas estagiárias de psicologia no último semestre da graduação. Realizando o estágio obrigatório de psicologia hospitalar, as duas vinham se destacando por apresentarem casos de difícil manejo, realizando intervenções interessantes no trabalho de escuta aos pacientes do HG.

Certo dia, em seu estágio na enfermaria de clínica médica, as estagiárias são acionadas de modo urgente pela enfermagem para auxiliá-la com uma paciente que estava “em crise”.

³ Nomes fictícios

Dona Diva⁴ era uma senhora de 65 anos, internada no hospital por insuficiência respiratória. A paciente, fumante, também tinha o diagnóstico de esquizofrenia, segundo informação dada pela equipe e pela acompanhante, irmã de Diva. A paciente agitava a cena hospitalar. Levantava do leito, contrariando as recomendações médicas, enfrentando a falta de ar e as pernas que se arrastavam, pois o que ela queria era fumar.

A cada vez que Dona Diva queria fumar, nada e nem ninguém a parava, o que gerava rebuliço até nos corredores. É essa a cena que a dupla encontra e relata na supervisão. Diva lutando para sair do quarto, a enfermagem lutando para ela ficar, a irmã-acompanhante chorando e dizendo que não aguenta mais.

Elas se aproximam e se apresentam, Diva dá crédito às duas jovens que, em vez de mandá-la para o quarto, perguntam a ela o que está acontecendo. Ao ver que a paciente consente a presença das estagiárias e concorda em entrar no quarto para conversar, a enfermagem dá todo espaço para elas e dizem o quanto é bom elas estarem ali.

Em certo momento do atendimento há uma divisão natural entre as estagiárias. Ella atende Diva, enquanto Aurora se afasta para escutar a acompanhante que trazia o sofrimento de ver a irmã, anunciando o seu esgotamento. Em um ponto do atendimento com a paciente, Diva pergunta: “E então, você vai me levar para fumar ou não?” Ella diz que não, mas que elas podem andar pelo hospital.

Ella solicita uma cadeira de rodas e leva Diva para circular nos corredores. Porém, ao se afastar um pouco do quarto, a paciente se levanta sorratamente e, como pode, pega um corredor para a saída que leva à área externa de fumantes. A estagiária tem a reação de correr e pedir ajuda à equipe, enquanto tenta voltar para não perder a paciente de vista. Passando entre as portas, perde sua sapatilha no corredor, precisando voltar para buscar o pé que ficou para trás. Durante a supervisão, conta irritada que alunos de outros cursos viam a cena e riam, e que ninguém a ajudava.

Ao final da situação, ainda escutaram de um técnico de enfermagem que “sabia que essas meninas não iam conseguir dar conta da paciente!”.

No relato da dupla, a supervisão, que era em grupo, tem um misto de reações. A turma ri, espanta-se, irrita-se, a cada relato da cena, afetada pelo caos vivido pela dupla, mas sobretudo por Ella, que se perde e perde o sapato na fuga de Diva. As duas estagiárias contam frustradas a sensação de não terem sido “bem-sucedidas” no caso, tomando como verdade a fala final da equipe de enfermagem sobre o “fracasso” em controlar a paciente.

⁴ Idem

Para além da importância da supervisão como dispositivo fundamental para a formação de futuros psicólogos, torna-se importante marcar que o fracasso compartilhado pode ser um sintoma a ser recolhido dessa cena, e que é fundamental o papel do supervisor para girar a avaliação moral (tão presente no relato) em implicação com caso clínico e o que ele ensina. O que este caso ensina sobre acolhimento e manejo de demandas da equipe e de pacientes psicóticos no hospital? O que este caso revela sobre os efeitos do encontro com o paciente psicótico no HG?

6. A PSICOSE E SUAS REPERCUSSÕES NO TEMPO E NA SOCIEDADE

6.1. Para além do normal e patológico

Inicialmente, cabe lembrar ao leitor que se optou por, nesta pesquisa, nomear a psicose em alguns momentos como loucura, a partir das justificativas a seguir. Primeiro, essa associação também se apresenta na literatura. Segundo, por ser o louco o primeiro objeto da psiquiatria, supõe-se que é importante para a compreensão do estatuto da loucura na relação com a psicose. Terceiro porque, compreendido como psicótico, o louco fala da extrema alteridade diante de ideais sociais, o que promove diferentes atravessamentos no que vai ser construído como ordem social. Assim, respeitando inclusive a forma como muitas vezes os autores apresentam seu texto, manteremos em alguns momentos loucura/louco em vez de psicose/psicótico na escrita de alguns momentos do trabalho, sobretudo em contextos sociais-históricos-institucionais, e não diagnósticos e psicopatológicos.

Os parâmetros de loucura e normalidade há muito tempo são discutidos e discutíveis. Com as novas perspectivas abertas em “O normal e o patológico”, Canguilhem (1943) colabora com o tema para a compreensão do destino da psicose no imaginário social e suas repercussões nas instituições de saúde, sobretudo no HG.

Um dos aspectos da loucura que acaba alçando diferenças diante de outros funcionamentos apontados como fora da dita normalidade é o aspecto não visual do que é considerado patológico. Esse ponto é relevante para o saber médico, uma vez que nos órgãos ou funções vitais é possível ver uma disfunção ou anormalidade, o que, segundo Canguilhem (1943), torna possível a previsão e uma ação diante da doença. Naquilo que se refere à loucura, há uma análise qualitativa baseada em aparições subjetivas de algo que emerge como estranho, e que na análise médica precisará ser avaliado como um desvio ou não da normalidade.

Quanto às colaborações do normal e patológico na psiquiatria, Canguilhem apoia-se na leitura de alguns autores para pensar o que seria a loucura. Minkowski diz que o alienado é um ser diferente, que se destaca dos outros homens. O doente do organismo, para esse autor, diferente do alienado, não romperia o acordo entre os semelhantes, o que marcaria um importante passo entre um e outro. Nessa concepção, a loucura pode ser tomada como desafio a um acordo social, sendo a mensuração dos limites entre o normal e o patológico muito problemática, se tomada pela via da moralidade. O paciente psicótico, internado por uma doença ou pela crise psicótica, pode ficar muitas vezes marcado pela sua não submissão ao

acordo social do tratamento (protocolos, submissão aos cuidados e regras) ou pela sua relação singular e sem suporte simbólico com seu próprio corpo, tendo o sofrimento fora da escuta da equipe.

No texto de Canguilhem (1943), uma das questões trazidas é a de que a alteração qualitativa entre normal e patológico na loucura pouco se sustenta no ideal contemporâneo de controle da natureza. A loucura, então, desafiando o controle institucional e os saberes que vão se tornando cada vez mais rígidos, coloca à prova o ideal de que há um saber que dê conta do patológico pela via da contenção dos desvios. De acordo com tais critérios, não nos parece em vão que os excessos de controle tenham sido ferramentas comuns na história de tratamentos psiquiátricos.

O discurso psicanalítico se coloca em interlocução, concebendo a normalidade ou a anormalidade de um lugar extraterritorial ao discurso médico, desde os valores de vida – valores que, para o discurso médico, se sustentam a partir das funções vitais – até o ideal de diagnóstico e cura, ou seja, o de fazer voltar à norma uma função ou um organismo.

A psicopatologia fundamental também pretende contribuir para essa discussão no que diz respeito ao patológico no âmbito psíquico, a partir de uma diferença primordial nas raízes do próprio do termo.

O termo psicopatologia introduz três palavras fundamentais para sua compreensão. *Psique, Pathos e Logos*. Iniciando por esta última palavra citada, entende-se *Logos* como discurso e linguagem que liga elementos. De *Logos* também deriva a lógica, expressa especialmente através da oratória. Segundo Berlinck (2000), a *Psique* é, simbolicamente, na ótica da psicopatologia fundamental, um prolongamento do sistema imunológico; ou seja, é parte do corpo e é resposta às ameaças de sofrimento e excessos. *Pathos* é a ameaça que toma o corpo fazendo-o sofrer, podendo instalar uma crise na *Psique*, uma crise psíquica, mas também compelindo-a ao trabalho de elaboração. *Pathos* – de que derivam as palavras sofrimento, paixão, passividade – introduz o elemento mais fundamental: a subjetividade. Subjetividade do excesso, daquilo que faz cada sujeito sofrer de modo singular. Enquanto fundamental, essa psicopatologia torna o *Pathos*, então, componente do humano. O humano é pático, ser do excesso, da dor e da paixão, sendo condição necessária para ser no mundo (Pereira, 2015, p.17/18).

A partir dessas pontuações, podemos avançar na nossa pergunta a respeito da visão sobre a loucura e seus efeitos. Pela Psicopatologia Fundamental, saímos novamente de uma oposição marcada entre saúde/doença e da localização do sintoma para a cura, para adentrarmos uma nova noção cara à psicanálise: o sofrimento. Sendo aqui destacado, o sofrimento como

componente próprio da vida humana. Interessante ideia, uma vez que há uma normalidade no sofrer, o que, longe de ser uma ode ao sofrimento, aposta e localiza na escuta desse sofrimento o próprio tratamento.

6.2. Normatizando a diferença: interface com o lugar da loucura

A partir de sua leitura de Canguilhem, Frayze-Pereira (1984) relembra que *norma*, palavra latina que está na origem do termo normal, significa esquadro. Associada a esse termo também está a palavra *normalis*, aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita. Então, uma norma é aquilo que serve para retificar ou endireitar. Não distante disso está a ideia de controle, de normatização daquilo que se desvia ou poderia se desviar. O autor atribui a essa normatização a eliminação da diferença, sendo anormal o que não se enquadra na norma.

Já Phillips (2008) busca compreender a ideia de sanidade. Navegando na origem da palavra *sane*, vinda do latim *sanus* e do francês *sain*, significando saudável ou não doente, nota que tal palavra não era usada até o século XVII. Não parece em vão, visto que nos trabalhos “História da Loucura” (1972) e “O nascimento do Hospital” (1979), Foucault o autor recupera a construção do lugar da loucura na sociedade, sendo o séc. XVII um importante marco.

A loucura ocupou, ao longo dos tempos e das mudanças sociais, diferentes lugares na sociedade e no imaginário social. Na Idade Clássica, a loucura estava instalada na cena social, gerando atração e fascínio. Apresentava-se como portadora de uma verdade trágica em interlocução com a crítica, que visava sua conduta.

O louco na figura errante, retratado no período da renascença, ocupava uma posição de transitante. As “naus dos loucos”, navegações que colocavam a circulação dessas pessoas para outras cidades, trazia a imagem do viajante, vagando em busca de um espaço que não poderia mais ser na cidade.

Com o vazio deixado pela lepra no final da Idade Média, o espaço de exclusão de um grupo social fica vago, sendo mais tarde ocupado pelos vagantes da loucura.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmo locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (Foucault, 1972, p. 6)

É a partir do século XVI que começa uma ascendência da posição crítica em relação ao trágico fascinante. A loucura começa a ser afastada do desatino e aproximada da desrazão. Aqui se inicia a relação loucura-razão, em lados opostos, mas retroalimentados. Ou seja, haveria uma loucura no fundo da razão, ocultada e controlada. Assim, um passo se dá: para além da perda da razão, insere-se, no estatuto da loucura, a falha moral.

Tal ideia é fortalecida no séc. XVII, associada à política de internação. Ainda em construção, o estatuto da loucura, entrando na falha moral, liga-se ao estatuto do miserável. Justifica-se a necessidade de retirada da circulação da cidade, cenário social. Os pobres e desviantes também sofrem uma alteração no lugar social, saindo da ocupação social de acolhimento e vistos como amorais. Pela condenação da ociosidade e a valorização do trabalho como dignidade humana e gregário social, o louco se une aos pobres e desviantes, como seres marcados pela improdutividade (Foucault, 1972).

Aqui, a instituição hospitalar reúne personas do desvio, como os doentes, os loucos, as prostitutas, os homossexuais, os alquimistas, os pobres. Segundo Oliveira (2010), devido a essa configuração social, a vizinhança e o contágio imaginário colam a loucura ao profano e aos pecados da carne. Nessa aparição, o hospital geral tem lógica jurídica, homogeneizando pelo crivo da moralidade, com a regra de excluir o estranho à norma.

Será no séc. XVIII, com a entrada da medicina, que cada vez mais a loucura será aproximada da doença. O hospital vai sendo marcado como terreno médico, espaço de prática e transmissão desse discurso, apropriando-se da loucura como objeto de intervenção. A loucura assume aqui outro estatuto, o de doença mental, ocupando o lugar daquele que deve ter sua saúde restaurada; entretanto, como sua doença não tem classificação por sintomas nos órgãos, sua avaliação se dá pela conduta, pela moral e pela irracionalidade. Assim, o tratamento segue a via da disciplina e da correção moral.

Os outros desviantes vão ocupando outros cenários, de acordo com novas classificações, sobretudo médicas. O pobre, seguindo a reforma industrial, é visto como necessário a uma força de trabalho gregária imprescindível às novas relações de mercado. As doenças do corpo e as doenças mentais também vão seguindo vias de avaliação médicas diferentes e, conseqüentemente, tratamentos diferentes.

A doença mental vai sendo cada vez mais interpretada pelo engolfamento da loucura pela razão. Assume, então, a figura de alienada, desumanizada e perigosa. Com o *cogito* de Descartes, segundo o qual pensar implica ser, resta ao sem razão um lugar animalesco, sendo terapêutico o seu asilamento. A cada reconfiguração a loucura vai ocupando um lugar fora do laço social da comunidade, amarrado aos discursos médico e jurídico.

Se o louco é perigoso, ele se torna também objeto das práticas jurídicas. Foucault (1972) estuda as formas como essa união entre medicina e direito vão levando a construção social da loucura a um espaço de julgamento no qual o juiz é o psiquiatra. Nessa ascendência social da loucura, o autor revela a produção da loucura como objeto impulsionador da psiquiatria como especialidade médica e contribuinte do discurso da ciência. Ela apresenta um compromisso social de identificar e tratar as anormalidades.

Segundo Oliveira (2010), no século XX, com a ideia de que há privilégio do involuntário sobre o voluntário, mais um estatuto da loucura é lançado. A psiquiatria se associa à neurologia, buscando novamente uma ligação entre doença mental e doença corporal. Assim, a loucura alça a posição de distúrbio. A psiquiatria se afasta da loucura, visando a anormalidade que a inclui, mas a excede. A cada entrada na anormalidade, mais desvios são classificados, e assim mais numerosos são os sujeitos suscetíveis a serem tratados pelo saber psiquiátrico. Hoje podemos ver isso na nova classificação dos transtornos mentais, e com o avanço da neurociência e das terapêuticas do comportamento como aliadas do discurso médico e da ciência na leitura da anormalidade.

Com as contribuições foucaultianas, entende-se que a instituição junto ao discurso médico e da ciência conferiu ao louco um estatuto em sua construção sócio-histórica, a partir de caracterizações moldadas por um dispositivo constituído por instrumentos, métodos e práticas. Mais que um dispositivo médico, a instituição hospitalar e o hospital psiquiátrico são também dispositivos sociais, políticos e jurídicos. No corpo do louco por muito tempo foi marcada a disciplina, não o limite; a disciplina com principal ferramenta de poder da modernidade, visando o controle dos corpos e das subjetividades. A loucura ocupa lugar privilegiado nessa estética social, sendo exemplo do mal-estar gerado pela anormalidade de todos nós. Assim, o temor de adentrar à verdade da loucura, ocultada pela razão, coloca todos sob a vigilância interna e externa de não se desviar do ideal de sua época, cada vez mais determinado de acordo com qualidades de produtividade e completude.

6.3. Do holocausto à Reforma – cria-se uma rede

No Brasil, o lugar da loucura também vagou por um período de transformação social da loucura ao longo da história, passando por períodos de segregação e violência diversas em instituições psiquiátricas, seguindo depois o caminho das lutas antimanicomiais e Reforma Psiquiátrica para a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial. Nada disso, sem a

necessidade de constantemente resistir ao que ainda insiste de manicomial nas ausências e excessos nos cuidados em saúde mental.

No livro “Holocausto Brasileiro”, Daniela Arbex (2013) cuidadosamente, mas sem medo, abre as portas do Hospital Colônia de Barbacena-MG, um dos maiores manicômios do Brasil, sendo grande representante da lógica de assistencial de saúde mental no período pré-reforma psiquiátrica. Arbex (2013) expõe as formas como as pessoas, moradores dessa instituição, foram esquecidas por anos no asilamento. Dentre eles, normalmente, sujeitos que haviam transgredido regras familiares ou sociais, nomeados como loucos.

Há duros relatos sobre o tratamento ofertado aos pacientes, com castigos corporais e método violentos de correção do comportamento. Havia a crença de que o manicômio era uma instituição de cura, mas também havia aqueles profissionais que questionavam essa lógica, interessados pela loucura como sofrimento psíquico, e então entravam no trabalho de saúde mental, mas não incorporavam o espírito do ideal terapêutico manicomial (Amarante, 1995, p.22).

São esses profissionais – muitos deles estudantes ou profissionais em formação, como residentes de psiquiatria – que começam a gerar uma nova onda na instituição psiquiátrica por volta da década de 1970. As ressonâncias dessa onda começam a dialogar mais à frente com o momento político e social do mundo e do nosso país, sobretudo na década de 1980. Movimentos de desinstitucionalização já aconteciam na Itália, França e davam notícias na América Latina. O Brasil lutava pela sua redemocratização e pelos direitos humanos e de saúde, emergindo posteriormente o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, é no seio da própria instituição que a reforma começa gerando adesões e se tornando um movimento político e popular.

Arbex (2013) relembra a participação do jornalismo, que começou a revelar o que se passava dentro das instituições psiquiátricas e que a população desconhecia; o mundo artístico começou a se mobilizar, produzindo documentários e dando mais voz à causa que se amplificava. Paralelamente, articulações políticas e acadêmicas aconteciam. Em suas visitas e aulas dadas no Brasil, Foucault discutia a lógica manicomial, afetando estudantes, provocados a se implicarem na desconstrução do processo de tratamento em saúde mental pela via manicomial. O psiquiatra italiano Franco Basaglia também fez parte dessa mobilização, voltando olhares para a desinstitucionalização e denunciando práticas violentas em sua passagem pelo país.

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. Assim, são emblemáticos no período o caso dos acadêmicos baianos, o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia e a “crise” da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS). A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social). (Amarante & Nunes, 2018, p, 2068)

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o primeiro grupo a se reunir efetivamente em torno de uma proposta real de reformulação das políticas de saúde mental. Segundo Amarante e Nunes (2018), naquele momento, os termos saúde mental e reforma psiquiátrica eram pouco utilizados, tornando-se centrais durante o processo e depois:

O primeiro (saúde mental) por estar ainda praticamente restrito à proposta da saúde mental comunitária ou psiquiatria preventiva, fundamentada por Caplan, que foi objeto de muitas críticas, conhecidas e acatadas pelos participantes do MTSM. Duas destas críticas se tornaram emblemáticas: a de Franco Basaglia, intitulada “Carta de Nova York - doente artificial”, e a de Joel Birman e Jurandir Freire Costa, intitulada “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária”. O segundo termo, reforma psiquiátrica, só viria a ser utilizado na virada dos anos 1980 para 1990, no mesmo período em que o termo reforma sanitária começa a ser adotado. (Amarante e Nunes, 2018, p. 2068)

Mesmo em construção, a adesão ao termo saúde mental foi se fortalecendo e virando significante-mestre do movimento. Em 1979, eles organizaram o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, por exemplo. A articulação com a reforma sanitária, o SUS e as instituições de ensino em saúde pareciam fortalecer cada vez mais o elo entre saúde e saúde mental. Amarante e Nunes (2018) indicam a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva e o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, como parceiros na construção de ações políticas e sociais na área da saúde.

Buscando o fortalecimento desse elo, o MTSM esteve bastante envolvido nas discussões da famosa “8ª Conferência Nacional de Saúde” em 1986, marco da participação social, com

relatório final embasando o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, mais à frente levando à criação do SUS. Resultando desse envolvimento e mobilização social, tem-se em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Mesmo enfrentando resistências anti-reforma no interior do Ministério da Saúde, a partir daí, convoca-se o II Congresso Nacional de Saúde Mental em Bauru-SP, com o tema/lema “Sociedade sem manicômios”. Tal evento faz avançar o movimento de um coletivo de trabalhadores, pacientes e familiares do meio da loucura, envolvendo ativistas dos Direitos Humanos e a sociedade, tornando-se um movimento mais amplo, que será rebatizado de Movimento da Luta Antimanicomial (Amarante e Nunes, 2018).

Na política, um dos atores foi Paulo Delgado. Em 1986, Delgado foi eleito deputado federal por Minas Gerais, apresentando em 1989 o Projeto 3657, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A lei foi aprovada em 1990, mas recebeu muitas críticas, sobretudo do meio médico, acabando por ser rejeitada pelo Senado Federal em 1995. Tramitando no sistema legislativo, mas sofrendo alterações consecutivas no seu texto, a lei conseguiu ser sancionada apenas em 2001 (Lei 10.216). A lei sofreu e sofre críticas ainda hoje, sendo uma delas uma desospitalização em massa, a formação e capacitação ofertada a profissionais da rede, e o impacto na capacidade suportiva da rede e dos familiares cuidadores (Arbex, 2013).

Enquanto o Projeto 3657 tramitava, os militantes envolvidos com a Reforma Psiquiátrica começaram a repensar o modelo institucional manicomial, realizando severas críticas ao chamado institucionalismo e instituições totais. Foucault havia lançado “Vigiar e punir” em 1975, oferecendo reflexões a partir do elemento panóptico para pensar o aparelho institucional. Em 1961, Erving Goffman já havia feito um minucioso estudo das instituições totais no livro “Manicômios, prisões e conventos”. Franco Basaglia, em 1968, lançava “A instituição negada”, apresentando críticas inestimáveis à psiquiatria e à instituição psiquiátrica. Autores até hoje relevantes para pensar os movimentos que a instituição tem em potencial, sobretudo em relação ao estranho da loucura. Assim, um dos efeitos dos questionamentos do movimento antimanicomial, lutando pela extinção dos manicômios, foi criar e propor novos dispositivos para o cuidado da loucura.

A reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial batalhavam para que houvesse, além da mudança dos dispositivos clínicos e terapêuticos, uma desconstrução e reconstrução do lugar social da loucura. Assim, uma das estratégias foi implementar dispositivos sociais e culturais, a fim de fazer circular a loucura nos espaços não antes habitados. Vimos que os lugares construídos pela loucura, considerando a importante contribuição da arqueologia de Foucault, adentram não só as instituições, mas toda a sociedade. Entretanto, pensa-se que sendo um

movimento social e político, inventando estratégias sociais e culturais, por vezes a clínica e a noção de sofrimento psíquico ficaram esquecidas ou mesmo rechaçadas.

Diante da necessidade de substituição dos manicômios, o principal dispositivo criado e o grande eixo da mudança de paradigma do trato e tratamento da loucura foi o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, iniciado no final dos anos 1980, expandido e regulamentado em 1991, pela Portaria de nº 189 e, em 1992, pela Portaria nº 224. Seu objetivo principal nesse momento era a regulamentação como dispositivo de cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar, além de ser porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

Nessa última portaria também são regulamentados: os hospitais-dia, como recurso intermediário entre internação e ambulatório; serviços de urgência psiquiátrica em Hospital Geral, visando internação por até 72h; leitos ou unidades psiquiátricas em Hospital Geral, devendo não exceder 30 leitos, não devendo se fixar apenas aos leitos, mas propiciar espaços de integração no HG; Hospital especializado em Psiquiatria, com tratamento especializado aos pacientes psiquiátricos em regime de internação.

Outras regulamentações pela letra da lei são estabelecidas como tentativas de implementação de um novo lugar para a loucura: as Portarias 106/2000 e 1.220/2000, que regulamentaram os Serviços Residências Terapêuticos; o Programa de volta para a casa (Lei 10708 de 31/07/2003); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços hospitalares – PNASH/PSIQUIATRIA, responsável por avaliar a situação dos leitos e hospitais psiquiátricos; a Portaria nº336 de 19/02/2002, que regulamentou mudanças na organização do sistema CAPS, criando as especialidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infanto-juvenil), CAPSad (álcool e drogas), conforme características e densidade da população; e a criação dos NASFs, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, gerando o apoio matricial, como suporte técnico às equipes da atenção básica.

Merece atenção também a criação da Rede de Atenção Psicossocial –RAPS (2011), com ampliação do acesso e níveis de complexidade em saúde mental, incluídos os usuários de “crack, álcool e outras drogas”. A RAPS retoma a importância do conceito de rede e a descentralização dos serviços, buscando oferecer suporte para além do CAPS. Os HGs fazem parte dessa rede e nela, pela lei, estariam numa posição importante de atenção psicossocial no nível terciário, pois abrem espaço intermediário de estabilização de crises e avaliação adequada para condutas mais criteriosas sobre internação especializada.

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2013, s.p)

Como equipamentos de atenção psicossocial nas urgências, emergências e hospitalar, são descritos pela norma:

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;
- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Por fim, nesse momento, a Portaria nº148/2012 normatiza o funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Aponta-se, como alguns dos objetivos específicos dessa política, a importância de preservar a vida, integrando e coresponsabilizando a Rede. E mais, indicando que a internação dure curto período até a estabilização do paciente.

Hoje, a Reforma Psiquiátrica sofre importantes impactos políticos e sociais. A retomada de ideias e ideais conservadores desafiando Direitos humanos e sociais, e o retorno da inserção religiosa como via de tratamento – como em algumas Comunidades Terapêuticas – mostram que o trabalho continua para a sustentação de conquistas e a necessidade de avanços.

6.4. Problemas anunciados e mais além: a construção permanente da reforma e a brecha manicomial

A Reforma Psiquiátrica, respeitada em sua intenção histórica, nunca foi imune às críticas, o que pode ser benéfico. Afinal, como esforço de um processo democrático, é válido

que ela seja revista e cuidada, considerando a impossibilidade de ser toda, inteira e plena em sua implantação.

Arbex (2013) traz em seu livro o relato de Francisco Paes Barreto, um dos indagadores mais ativos do período manicomial. Em 2013, ele escreve sobre a sua preocupação com o destino da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma vive um momento de impasse. O maior risco é o retrocesso. O discurso manicômio versus anti manicômio está ultrapassado, porque a existência dele já não se sustenta, é indefensável. Precisamos avançar e repensar o modelo da reforma psiquiátrica. Nunca hesitei em defender a reforma, assim como hoje não exito em criticá-la. Ela precisa se superar. A psiquiatria biológica não pode continuar centrada num biologicismo redutivista e prioritariamente medicalizador. (p.230)

Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008) também apontam melhorias a serem feitas no momento pós-reforma. Levantam que um dos principais problemas foi o descuido na implantação de um dispositivo crítico e produtivo nos novos dispositivos clínico-institucionais da rede: produziu-se muito, mas pouco se refletiu, divulgou e formalizou em transmissões as práticas em saúde mental.

Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa, também, criar um dispositivo para que tais vivências se transformem em experiências, ou seja, em saberes socialmente compartilhados, desenvolvendo capacidades de pesquisa em saúde mental. Para que isso ocorra é necessário que as vivências eminentemente práticas dos trabalhadores de saúde mental sejam narradas e registradas constituindo, dessa forma, um arquivo, parte fundamental da memória das práticas promovidas pela Reforma. Em outras palavras, é necessária a realização de um trabalho de autoria, junto aos trabalhadores de saúde mental, que implique um processo de transformação das vivências em experiências, passando pela narrativa escrita, pelo registro narrativo da prática. Tal atividade requer um dispositivo apropriado e complexo. Assim como foram necessários novos dispositivos clínicos, é necessária, agora, a criação de um outro dispositivo que engendre a narrativa escrita de vivências clínicas, a criação de um arquivo e de divulgação dessas mesmas narrativas para que os trabalhadores se tornem autores da própria Reforma e a sociedade fique sabendo o que ocorre no seu âmbito. (p.25)

Para além de uma falha na transmissão da produção clínica, Endo (2017) alerta para uma recusa da própria clínica no movimento político de inserção dos pacientes na sociedade, aliado ao ideal de produtivismo atrelado ao significativo *trabalhador de saúde mental*.

Segundo a autora, algumas palavras são suprimidas na letra dos documentos das novas políticas de saúde mental e, conseqüentemente, de seu ideal de trabalho. Loucura, louco, clínica e paciente são subtraídos. Em seu lugar, saúde mental, usuário, equipamentos, trabalhadores de

saúde mental surgem. A tentativa de fazer um novo momento das práticas assistenciais poderia negar a essência da clínica, tão fundamental para o tratamento da loucura.

O ideal de visar no paciente um usuário a ser inserido pode ignorar aspectos da posição de cada sujeito diante da sua própria loucura. É inquestionável a validade de atribuir ao sujeito o estatuto de cidadão, mas é necessário considerar a importância de tomar a singularidade e o sofrimento psíquico como parte do cálculo do tratamento em saúde mental.

Pensar a clínica junto às práticas de inclusão é apontado por Endo (2017) como um desafio importante, mas a autora alerta para o risco de não mobilizar uma cisão entre clínica e política, afetando os próprios sujeitos em questão. Pensar a inclusão sem considerar as angústias de cada paciente, sem escutá-los, leva à posição de ignorar mais uma vez o louco, repetindo a exclusão.

A dimensão política pressupõe um norte a ser seguido, denominado Atenção à Saúde Integral, capaz de abarcar o usuário do SUS em todas as suas necessidades. O que se pretende é um sujeito integral ou ideal, aquele com nome e sobrenome, inserido em sua família, em sua comunidade, ocupando os lugares de direito do seu território, resgatando estudo, trabalho, lazer, cultura. Pressupõe-se um locus de ocupação ou experiências de pertencimento, que mostram na prática clínica, principalmente com as pessoas com transtornos graves, distantes da “necessidade” do indivíduo. Ou seja, o SUS almeja alcançar no tratamento metas como o resgate da família, do trabalho, da educação e da moradia; no entanto, na clínica é preciso a escuta singular, que pode ser antes de mais nada acolher o paciente em sua angústia. (Endo, 2017, p.61)

A noção de assistência pode ser confundida com uma necessidade de “fazer por” em vez de “fazer-com”, excluindo o paciente do processo de criação de um lugar para a sua loucura no mundo. Não convém recusar a dimensão social do processo, assim como a dimensão psíquica, mas colocá-las em interlocução em sua dimensão de potência e impossibilidade.

A equipe na posição de trabalhador de saúde mental pode ficar, segundo Endo (2017), experimentando a solidão diante de um terreno vasto, buscando e construindo uma margem através de dúvidas e questões que se colocam. Entretanto, por vezes, “contra a vastidão da tarefa, prevalece o tempo cada vez mais exíguo da escuta e da dúvida” (p.75-76). A demanda de produtividade pode assim afetar o tempo necessário para a constituição de uma demanda clínica ou de sua escuta, em função de metas a serem atendidas.

Qual espaço os novos dispositivos da RAPS têm dado para a equipe desenvolver as questões levantadas em suas práticas? Nas experiências em saúde mental, a autora aponta que a nomeação de ‘trabalhador’ parece interferir nas práticas assistenciais, “numa ética laboriosa

de que todos precisam estar ativos, trabalhando, sem tempo livre, ocioso ou desperdiçado” (p.81). O que fica excluído é o fato de que, muitas vezes, essa ideia de desperdício atrelada aos espaços de reflexão e estudo é necessária para a produção de novos saberes. Ocorre ainda que uma das consequências é a individualização do processo de desenvolvimento profissional, desarticulado do dispositivo de trabalho. Ou seja, a implicação de cada um com sua clínica é importante, mas o respaldo institucional pode também favorecer e mobilizar as equipes para tal.

Aliar a vertente clínica à vertente institucional é parte fundamental para a reinserção da clínica na reforma, o que inclui a psicose como estrutura clínica. Afinal, a prática sem reflexão, a ausência do tempo para a escuta e a falta de circunscrição dos problemas da equipe diante do caso podem abrir brechas para práticas que contrariam o cuidado.

7. A PSICOSE NA DEFINIÇÃO PSICANALÍTICA

Observamos no capítulo anterior que a loucura deixa de ser parte da vivência humana para se estabelecer como doença mental, tornando-se objeto de estudo e intervenção da psiquiatria. Segundo Tenório (2016), Ernst V. Feuchtersleben, em 1845, cunhou o termo psicose, designando manifestações psíquicas específicas de um quadro de doença mental, opostas às alterações do sistema nervoso associadas naquele tempo às neuroses. Assim, a psicose se estabelece como objeto do campo da medicina mental e da psiquiatria.

A psicanálise surge ao final do séc. XIX em posição de debate e proposição. Após um período em que as compreensões médicas se sustentavam a partir do cogito cartesiano “Penso, logo existo”, Freud apresenta o inconsciente como quebra do ideal do homem como ser racional e do controle. Assim, se a medicina descrevia a psicose como um quadro clínico e sintomático de adoecimento mental, a psicanálise, através do caso clínico, apresenta com Freud a psicose como uma organização psíquica, que tem uma dinâmica específica de funcionamento, tal qual a neurose e a perversão.

7.1. A psicose na psicanálise freudo-lacanianiana

Freud desenvolveu a neurose como grande campo de interesse e investimento teórico-clínico da psicanálise, mas trouxe também grandes contribuições para a teoria e a clínica da psicose, sobretudo pela formulação das primeiras compreensões do funcionamento psíquico desses pacientes, mas também de questões que provocam e retornam com outros psicanalistas, como Jacques Lacan.

Em “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924), Freud deixa claro que na psicose há uma outra relação do sujeito com a realidade, o que também ocorre de outro modo na neurose. Tanto o neurótico, quanto o psicótico precisam se haver com o confronto com a realidade. A diferença é que, enquanto o neurótico se defende pelo recalque de fragmentos da realidade, iludindo-se com deformações e fantasias, o psicótico rejeita e constrói a sua própria realidade. Nota-se que a psicanálise rompe, então, desde o início, com a ideia de que a psicose apresentaria uma questão com a desrazão, pois, do ponto de vista do inconsciente, a racionalidade é sempre um campo limitado e extremamente vulnerável, independente do mecanismo que vise defendê-lo.

Lacan (1955-56) vai se debruçar sobre a *verwerfung* freudiana, estabelecida como um modo de defesa das psicoses, avançando em uma releitura que passa da ideia de rejeição para a de forclusão. Lacan forja essa nomenclatura do Direito, que remete à perda do prazo, para inserir uma ação. Esse giro apresenta uma marca de Lacan, pois insere a operação subjetiva de que na psicose algo fica de fora do cálculo do sujeito, enquanto o que fica foracluído é o significante nome-do-pai – um significante primordial que insere a Lei e condiciona o desejo, e ao qual o sujeito é chamado a responder. A partir daí, a forma como o sujeito na psicose vai se estabelecer com o Outro tem consequências, por exibir, na ausência de representação simbólica, um furo. No decorrer da obra de Lacan, fica cada vez mais claro que a psicose não traz um déficit em relação às outras estruturas, uma vez que a condição de ausência do nome-do-pai e suas repercussões não impactam a condição de o sujeito produzir respostas e arranjos singulares.

De uma concepção na qual a psicose é apresentada como estrutura deficitária em relação à neurose, como a não inscrição do significante do Nome-do-Pai no inconsciente, Lacan passa a outra concepção da clínica na qual, justamente, o modelo é a psicose, sendo a neurose mais uma forma de suplência. Na primeira concepção, para que a psicose se desencadeie “é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito”. Na segunda, não se trata mais de *déficit* e sim do que faz suplência, ou não, à falta no Outro. Agora, estamos na clínica diferencial das psicoses, e não mais no diagnóstico estrutural decorrente do *déficit* do Nome-do-Pai acima mencionado. Trata-se de uma clínica continuísta ou borromeana, caracterizada pela forclusão generalizada e pelas diferentes formas de suplência, isto é, os arranjos singulares de cada sujeito com seu gozo. (Zbrun, 2010, p.5)

A forclusão parte de uma negativa de uma representação primordial do objeto e da castração, impelindo a ausência de uma amarração simbólica diante do Outro, repercutindo, sobretudo, em um retorno no Real daquilo que não é possível aparecer no simbólico, enquanto registro, já que não há a metáfora primordial da castração frente ao desejo da mãe. Portanto, o sofrimento psíquico aparece devido a uma dificuldade do sujeito em barrar o gozo e a invasão do Outro, ficando vulnerável e submetido muitas vezes ao gozo de um Outro não barrado.

A ausência da barra impele a impossibilidade de uma divisão subjetiva, colocando as formações inconscientes no Real e muitas vezes a céu aberto. Há, também, um autoengendramento pulsional que dificulta o investimento libidinal no laço social e a formulação de questões, o que faz da certeza uma das marcas da psicose. Esse foi um dos pontos que levou Freud a não acreditar na possibilidade do tratamento psicanalítico das psicoses: compreender que a transferência não se estabeleceria diante do represamento ou retorno

libidinal ao Eu desses casos. Contudo, Freud provoca os pós freudianos a avaliarem o atendimento de pacientes psicóticos, desde que ocorra uma reformulação da técnica psicanalítica para esses casos (Freud, 1938). Lacan aceitou a provocação e tomou como missão não recuarmos diante da psicose.

De que se trata quando falo de *Verwerfung*? Trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível. Eis o mecanismo fundamental que suponho na base da paranoia. Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de significante. (Lacan, 1955-56, p. 174)

Se por um lado vimos que a forclusão do nome-do-pai traz consequências para a operação do sujeito psicótico, redundando muitas vezes em uma invasão do gozo e do Outro que promove intenso sofrimento psíquico, com Freud, analisando a autobiografia do Presidente Schreber (1911), vimos que a resposta psicótica é uma tentativa de cura.

E o paranoico o reconstrói (o mundo), não mais esplêndido, é certo, mas ao menos de forma a nele poder viver. Ele o constrói mediante o trabalho de seu delírio. O que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura, reconstrução. (Freud, 1911, p. 94)

Esse ponto é de grande importância, pois marca a aposta psicanalítica na psicose; a aposta de considerar as produções do sujeito como um caminho de direção de tratamento possível. É somente a partir da própria lógica psicótica e de suas construções radicalmente singulares que o analista, que ali não estará em posição de suposto saber e em amor de transferência, poderá propiciar um espaço em que o próprio sujeito construa suas amarrações e possibilidades de alguma estabilização. Por isso, é importante a compreensão das especificidades da psicose para compreender o manejo desses casos.

7.1.1. A psicose como estrutura

No texto “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a *Verneinung* de Freud”, Lacan (1954) retoma o caso freudiano do Homem dos Lobos para discutir a função da alucinação e sua relação com a *verwerfung*. Lacan apresenta a alucinação como algo que não pode ser lido pela ótica do recalque, pois o recalque fala do retorno de um conteúdo que não

pode ser dito, mas sim revelado simbolicamente. Ele recorre a Freud que, então, propõe a *verwerfung* como um outro mecanismo psíquico, diferente do recalque, que tem como efeito uma abolição simbólica.

Lacan afirma, então, que o processo da *verwerfung* “corta pela raiz qualquer manifestação da ordem simbólica, isto é, da *Bejahung*” (p.389), sendo essa a afirmação da inscrição do significante primordial no processo primário do psiquismo. Assim, na releitura de Freud, compreende-se que o sujeito suprime (Lacan ainda não tinha cunhado o termo forclusão, apresentado posteriormente no Seminário 3) uma abertura para o ser, ou seja, um encadeamento mítico sobre si. Consequentemente, na psicose, o significante primordial foracluído tem a seguinte lógica: “o que não veio à luz do simbólico aparece no real” (p.390). É dessa forma que a alucinação, por exemplo, nos revela que através do real retornam os significantes e excessos não reconhecidos simbolicamente pelo sujeito.

Segundo Quinet (1991), no simbólico estão as questões fundamentais do Sujeito, como o sexo, a morte, a procriação, a paternidade, advindas da travessia do Complexo de Édipo e articuladas pela inscrição do nome-do-pai no Outro. A forclusão é um modo de negação da castração do Outro, representada pelo Complexo de Édipo, que não deixa vestígios de sua operação. Assim, na psicose, tais questões e os seus excessos advindos com a convocação à castração ficam sem trato simbólico, advindo no real com certo automatismo mental e sem representação psíquica.

Em seu percurso, Lacan delinea um campo de compreensão estrutural de diagnóstico clínico na psicanálise, estabelecendo três grandes estruturas: Neurose, Psicose e Perversão – sendo o diagnóstico feito sob transferência. Observou-se que a psicose estabelece pela *verwerfung* um mecanismo próprio, em que há a negativa da inscrição do nome-do-pai como significante primordial, uma vez que foi, via forclusão, formalizada pela *ausstossung*. *Ausstossung* é o par oposto da *Bejahung*; uma ação que expulsa uma representação psíquica e a torna inexistente. Já a neurose e a perversão, através da *bejahung*, afirmam essa inscrição significante; nessa afirmativa, divergem em *verdrängung*, que na neurose estabelecerá o recalque como operação central do sujeito, e *verleugnung*, operando na perversão pela via da denegação (Lacan, 1954).

Pode-se compreender que o psicótico não sabe da castração e conta com sua certeza psicótica; o neurótico sabe, mas quer não saber; o perverso sabe, mas não admite saber, desmentindo o sabido. Esses movimentos repercutem em formulações de saídas que utilizam fenômenos centrais como: a alucinação nas psicoses, o sintoma nas neuroses e o fetiche na

perversão (Quinet, 1991). Lembrando que todas essas saídas, como visto desde Freud, são produções do sujeito como possibilidade de se haver com o Outro.

Na análise do caso Schreber (1911) Freud também já inseria diferenças importante na circunscrição da psicose como outro modo de operação psíquica e com suas especificidades diagnósticas no que podemos chamar de tipos clínicos, que contribuíram para que Lacan avançasse em suas teorizações.

Freud (1911) busca uma diferenciação entre paranoia e esquizofrenia, mas propõe o termo parafrenia para a esquizofrenia, por compreender elementos paranoicos nesse tipo. O autor utiliza o investimento libidinal como crivo inicial de diferenciação. Acredita que a paranoia, como um tipo clínico autônomo, apresentaria como alvo de fixação da libido o narcisismo. Já na esquizofrenia, seria o alvo seria o autoerotismo.

Pelas diferenças de organização pulsional e libidinal, as formulações de saídas psíquicas também teriam diferentes formas, sendo mais comum o delírio estruturado na paranoia e a alucinação na esquizofrenia. Posteriormente, Freud (1914) avança nos estudos sobre o narcisismo e estabelece a paranoia como um funcionamento estritamente ligado ao narcisismo primário, no qual o superinvestimento no eu não atribui ao outro uma diferenciação com um emparelhamento ainda presente entre eu e isso.

Na esquizofrenia, o desinvestimento nos objetos pelo autoerotismo impossibilita um amor objetal, o que impacta, segundo Freud (1911; 1938), o amor transferencial, o laço social e o excesso de investimento libidinal no corpo. Outro efeito é a ausência de representação objetal no psiquismo, que impacta na organização da fala, superinvestindo as palavras e sobrepondo algum significado. Assim, na esquizofrenia, o corpo e a fala, sem um apoio de um eu e objetos diferenciados, colocam em evidência a experiência do espedaçamento revelado pelas alucinações. Na vivência de atendimento aos pacientes esquizofrênicos, podemos muitas vezes testemunhar relatos como “meu corpo está derretendo, “olha meu corpo caído no chão”, e urros de dor em uma cena de um parto alucinado.

Em Lacan (1955-56), marca-se a dificuldade de a esquizofrenia constituir um delírio, com alucinações mais difusas e que colocam a invasão do Outro no real, em um enredo delirante, frágil e que não tem continuidade. Já a paranoia consegue ter um delírio mais bem estruturado, com alucinações mais articuladas e inflado de sentido. Isso acontece porque, diferente da esquizofrenia, a paranoia conta com a imagem corporal e a introdução ao narcisismo.

Eu diria mais – o delirante, à medida que ele sobe na escala dos delírios, está cada vez mais certo de coisas postas como cada vez mais irreais. É o que distingue a paranoia da demência precoce, o delirante as articula com uma abundância, com uma riqueza que é justamente uma das características clínicas mais essenciais, e que por ser das mais maciças, não deve mesmo assim ser negligenciada. As produções discursivas que caracterizam o registro das paranoias desenvolvem-se com toda a força aliás, a maior parte do tempo, em produções literárias, no sentido em que literárias quer dizer simplesmente folhas de papel cobertas com escrita. Esse fato advoga, observem-no, em favor da manutenção de uma certa unidade entre os delírios que se isolou talvez prematuramente como paranoidicos, e as formações ditas, na nosologia clássica, parafrênicas. (Lacan, 1955-56, p.92/93)

Lacan (1954) situa outra diferença entre esquizofrenia e psicose. Na esquizofrenia, ele observa que todo o simbólico é real, em um passo de rejeição à dialética ausência e presença, que marca as conseqüentes dialéticas do campo do Outro. No caso da paranoia, contudo, com a preponderância imaginária e a possibilidade de fenômenos como o delírio, consegue-se um outro modo de estada no real. Assim, pode-se entender que, na esquizofrenia, há uma questão anterior ao significante nome-do-pai e à imagem especular, que é a falha na simbolização do Outro materno como significante, mobilizando maior imersão pulsional no real.

A melancolia é um tipo clínico complexo, uma vez que em Freud ela foi tomada como uma neurose narcísica, na qual o embate entre supereu e eu prevalece. Diante da perda do objeto, que pode ser um ideal, o sujeito se identifica com a perda e super investe o eu como objeto que acaba por ficar indiferenciado (Freud, 1917). Essa indiferenciação termina por abrir brechas para a leitura da melancolia como psicose, não por supor na melancolia uma ausência de unidade corporal e estabelecimento do eu, mas por sua falha no trabalho simbólico diante da perda.

Nesta tese, utilizamos fragmentos clínicos de casos de esquizofrenia e paranoia, dado que a evidente forclusão do nome-do-pai e suas repercussões no corpo e na linguagem demonstraram, em nossa experiência, maiores desafios no cuidado dos pacientes psicóticos no hospital; desafios esses que delinaremos com maior precisão ao longo da pesquisa.

Na leitura de Calligaris (2013), toda estrutura é uma defesa com alguma significação para se distinguir do real do corpo, ponto necessário para a existência de um sujeito que se defenda de ser objeto de gozo do Outro. O diagnóstico psicanalítico se dá aí, na estrutura, sempre sob transferência. Ao psicanalista fica a precaução de que o psicótico ficaria solitário nessa defesa, sustentando-se em um saber total, sem furos, não supondo a ninguém um saber. Eis a razão de a errância ser uma marca da psicose, pois a defesa se estabelece tecendo uma rede total de proteção do saber psicótico frente à ausência da metáfora paterna e à localização

de um ponto central de amarração frente ao Outro. O lugar do analista, então, não é o de um suposto saber, mas o daquele que será interpelado como parte de um percurso de errância.

No HG, precisamos recortar algumas especificidades em torno do diagnóstico em psicanálise, pois nem sempre esse diagnóstico conseguirá se dar via transferência. Como nos lembra Netto (2014), as entrevistas preliminares podem durar semanas, meses e anos, e no hospital, da mesma forma que podemos acompanhar tratamentos por meses ou anos, podemos acompanhar casos em poucos encontros, ou até mesmo em um encontro. Essa realidade precisa ser considerada para que o analista não desvalide suas possibilidades de trabalho na instituição de saúde, mas reconheça suas diferenças com relação aos tratamentos no consultório.

Netto (2014) argumenta que o analista deve estar atento a alguns fenômenos elementares, que podem auxiliá-lo, não em uma conclusão diagnóstica, mas em uma hipótese em relação a um diagnóstico diferencial. Por isso, a importância de que o analista no hospital conte com o conhecimento psicopatológico para uma conjectura diagnóstica inicial; o que não se dá sem que sua formação com análise pessoal, supervisão e estudos teóricos estejam em dia. Assim, reconhecendo na escuta – tanto de pacientes/familiares, como de membros da equipe de saúde – alguns fenômenos elementares que constituem a psicose, o analista pode dirigir inicialmente o tratamento no recorte hospitalar, o que inclui transmitir para a equipe a singularidade do caso e as especificidades no manejo.

Em nossa experiência no hospital, quando o paciente não está em um deslumbramento de fenômenos que evidenciam uma psicose deflagrada – como em situações de crise ou um diagnóstico prévio –, contamos com outros recursos para circunscrever uma hipótese diagnóstica. Miller (1997) nos auxilia apontando, na psicose não deflagrada, fenômenos elementares que respaldam o analista no tratamento; fenômenos como o automatismo corporal e sensações de fragmentação ou afastamento do corpo relatadas pelos pacientes, em uma experiência de não pertencimento; o automatismo mental com invasão de vozes e pensamentos que parecem alheios ao paciente; e fenômenos de sentido, por exemplo, com relatos de vivências inexprimíveis, com dificuldades de compartilhamento de sentido e metaforização dialética.

A psicose, como estrutura, levanta uma outra posição subjetiva diante do outro, da linguagem e do corpo. Esses são pontos cruciais no trabalho hospitalar, pois sabemos que o paciente psicótico também adoece, para além de entrar em crise, e considerar seu modo singular de adoecimento no cuidado exige da equipe confrontar-se com outro modo de laço social, linguagem e corpo não introduzido na lógica hospitalar. Portanto, entende-se como fundamental delinear a posição psicótica diante desses pontos específicos, uma vez que nas

vivências como parte de uma equipe de saúde no HG a presença da psicose comumente se revela um desafio a ser desviado pelo caminho do transtorno mental e da retomada da ordem fálica.

7.2. Alteridade, corpo e linguagem na Psicose

Na experiência no hospital ficam claras algumas dificuldades da equipe diante do paciente psicótico; dificuldades que dizem respeito ao modo singular como esses pacientes se colocam no laço social, na linguagem e em relação ao corpo. Nas situações disparadoras, circunscrevemos momentos em que a equipe não consegue escutar e nem se fazer escutar pela paciente Diva, não compreende como uma paciente com falta de ar tem aquela força para fumar, assim como o médico de Flávio devaneia um aparato mecânico para barrar as forças psíquicas que impelem o paciente a engolir metais, mesmo que seu corpo pague por isso.

O desencontro, a linguagem e o corpo psicótico colocam a equipe na angústia de não compreender seu lugar nesse cuidado, buscando saídas precipitadas que retiram a lógica psicótica da discussão. Nesses casos, torna-se importante delinear as contribuições da psicanálise sobre a alteridade, a linguagem e o corpo na psicose, sempre rumo ao nosso objetivo de pesquisa, sem excessos de pormenores, a fim de evidenciar os pontos centrais de uma lógica que convoca que sua diferença seja considerada no cuidado.

7.2.1. Alteridade e psicose

A alteridade é um ponto de complexidade para o sujeito em qualquer estrutura, ao mesmo tempo em que é a via possível de trabalho do analista. A necessidade de se haver com a relação eu e outro atravessa a constituição subjetiva. Lacan (1955-56) sugere que a relação eu e outro será permeada por erotismo e agressividade, porque, mesmo que ocorra uma separação, o eu sempre estará, em alguma medida, alienado ao outro.

Lacan (1955-56) nos alerta para o fato de que há uma diferença entre o outro e o Outro, sendo o primeiro o outro imaginário, o outro que é o tu e pode responder como um semelhante. Entretanto, outro não é um ser, mas uma espécie de alter ego. Já o Outro é definido como “o lugar onde se constitui o eu que fala com aquele que ouve” (p.308). Quinet (2012) comenta que o Outro é a alteridade do eu consciente, enquanto o eu está para o outro, assim como o sujeito está para o Outro. Sendo um lugar, o Outro ocupa a função de espaço dos significantes do

sujeito; é o campo da linguagem, sendo acessível apenas pelas formações inconscientes. O inconsciente estruturado como uma linguagem, como posto por Lacan, marca-se pelo Outro, indefinível, sempre deslizando na cadeia significante que insere o sujeito entre um e outro.

Em relação ao outro e ao Outro, temos na psicose duas questões iniciais que implicam efeitos na relação com o laço social, a linguagem e o corpo.

Segundo Lacan (1955-56), existe sempre uma dualidade interna em que primeira e terceira pessoas coexistem como eu e ele ou eu e outro. Essa relação imaginária implica erotismo e agressividade, e também dualidade. No estágio do espelho, aprendemos, através de sua metáfora, que o movimento da criança ao se ver no espelho e a princípio não se reconhecer, dirigindo-se ao Outro e reforçando pelo olhar a mensagem “este é você”, possibilita a inauguração de sua imagem especular e marca um antes e um depois sobre a constituição do eu. O corpo espedaçado, sem unidade, ganha uma imagem à qual o eu se identifica. Para Lacan (1949), essa unificação jamais será completa, figurando-se como ortopédica, mantendo em sua base a dualidade e a tensão entre eu e outro, mas agora com a identificação ao eu como apoio ao investimento no outro e interrogações ao Outro.

É que o eu humano é o outro, e que no começo o sujeito está mais próximo da forma do outro do que do surgimento de sua própria tendência. Ele é originariamente coleção incoerente de desejos – aí está o verdadeiro sentido da expressão corpo espedaçado – e a primeira síntese do ego é essencialmente alter ego, ela é alienada. O sujeito humano desejante se constitui em torno de um centro que é o outro na medida em que ele lhe dá a sua unidade, e o primeiro acesso que ele tem do objeto, é o objeto enquanto objeto do desejo do outro. (Lacan, 1955-56, p.50)

Vimos que na psicose a forclusão do nome-do-pai opera pela expulsão do significante primordial nome-do-pai e implica uma perda da ordem simbólica. Ordem essa que, para Lacan (1955-56), impede a colisão eu-outro e insere uma intervenção da palavra, formulando uma metáfora paterna que também insere a operação da castração diante do Outro. Na psicose, a ordem simbólica está fora do sujeito, determinando-o. Um dos riscos é uma invasão imaginária e uma fragmentação da identidade, em que eu e outro, indistintos entre si, interpenetram-se sem o distanciamento e a estabilidade que a ordem simbólica instauraria. A alucinação e o delírio apresentam essa operação em que o outro se dilui e o eu se fragmenta.

Sem a inscrição do nome-do-pai, os significantes que formam o Outro ficam sem um ponto de basta, como se ficassem desamarrados e sem um campo em que a fantasia, o desejo e o sujeito possam desenrolar pela via simbólica e da palavra. O Outro fica denso, poderoso e ameaçador, e o sujeito sem a barra diante do gozo. Os significantes ficam sem amarração

simbólica, estampados e advindo no Real. Há, assim, uma consequência direta na alteridade na psicose, que acaba por ser vivenciada no nível de alteridade absoluta e com efeitos na linguagem e no corpo.

7.2.2. Fenômenos de linguagem na psicose

Eu deixei minhas ocupações aqui na última sexta-feira para ver uma paciente que evidentemente tem um comportamento difícil, conflituoso com o seu meio. Faziam-me vir em suma para dizer que era uma psicose, e não, como parecia à primeira vista, uma neurose obsessiva. Eu me recusei a dar o diagnóstico de psicose por uma razão decisiva, é que não havia nenhuma dessas perturbações que constituem o objeto de nosso estudo este ano, e que são os distúrbios na ordem da linguagem. Devemos exigir, antes de dar o diagnóstico de psicose, a presença desses distúrbios. (Lacan, 1955-56, p.109, grifo nosso)

Mas, para que estejamos na psicose, é preciso haver distúrbios de linguagem, e é essa, em todo o caso, a convenção que lhes proponho adotar provisoriamente. (Lacan, 1955-56, p.110, grifo nosso)

Como não ver na fenomenologia da psicose que tudo, do início até o fim, se deve a uma certa relação do sujeito com essa linguagem, de uma só vez promovida ao primeiro plano da cena, que fala sozinha, em voz alta, com seu ruído e seu furor, bem como com sua neutralidade? Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído pela linguagem. (Lacan, 1955-56, p. 284, grifo nosso)

O delírio é, com efeito, legível, mas ele é também transcrito num outro registro. (Lacan, 1955-56, p.124, grifo nosso)

O paciente esquizofrênico, engolidor de objetos metálicos, realizava um exame de ultrassom⁵ na sala de emergência e é interpelado com brincadeiras de residentes médicos sobre algo que ele havia dito sobre suas “tripas” nos dias anteriores. “Olha lá as suas tripas, você não estava com medo de pôr as tripas para fora?”. O paciente entra em desespero: “Não, minhas tripas não! Não quero as tripas não. Não!”.

Propomos outro fragmento do caso Flávio⁶ para a reflexão da relação do psicótico com a linguagem e suas repercussões para a equipe de saúde no HG.

⁵ Ultrassonografia, ultrassom ou ecografia – tem vários nomes – é um exame de imagem que tem como objetivo visualizar qualquer órgão ou tecido do corpo em tempo real e auxiliar a prevenção e o diagnóstico de doenças. Hospital Santa Paula (2021). Ultrassom: o que é, quais os tipos e para que serve? <https://www.santapaula.com.br/blog/ultrassom-o-que-e-quais-os-tipos-e-para-que-serve/>

⁶ Vivência 2

A brincadeira da equipe, que poderia ter efeito de laço com outro paciente, mobiliza em Flávio uma angústia avassaladora. A equipe supõe a possibilidade de brincar pela linguagem com o órgão biológico em um apoio simbólico, assim como na neurose fala-se de um corpo do qual se ocupa em uma linguagem na qual cabem torções metafóricas. Sem apoio simbólico, Flávio é exposto ao órgão autônomo, que não cabe na metáfora socialmente compartilhada “pôr as tripas para a fora”.

Segundo Guerra (2010), na psicose, a ausência estrutural do nome-do-pai e a não inscrição do Complexo de Édipo acabam por colocar em coincidência simbólico e imaginário, alterando a estrutura do sujeito na linguagem, uma vez que o sujeito coincide com sua imagem especular e o Outro com os objetos. Não remetendo as construções imaginárias ao simbólico, o real fica sem contorno, fica a céu aberto. O sujeito se encontra banhado pela linguagem.

Podemos pensar que Flávio foi invadido pela possibilidade real de seus órgãos serem expostos, sem recursos para incorporar o distanciamento entre imagem do órgão literalmente fora de si e a própria representação imaginária do órgão sem representação psíquica simbólica. O significante *tripa* se cola no órgão e uma espécie de angústia de espedaçamento parece emergir. Mesmo que Flávio tenha brincado com a frase “tripas para fora” dias antes, existem alguns pontos a ser compreendidos. O psicótico fala, existe o Outro na Psicose, mas a suposição e a convocação do simbólico aí nesse ponto pode ser insustentável, por desamarrear algum arranjo feito imaginariamente pelo Sujeito para conter a ausência de mediação e intervenção simbólica – pode-se supor que o fato de a imagem do órgão aparecer no exame de imagem acentua o objeto enquanto Outro sem contorno.

A forclusão do nome-do-pai impede a representação simbólica de significantes que ocupam o campo da linguagem. Uma das consequências é o desligamento das palavras de certo significado socialmente compartilhado. A estrutura da linguagem acaba se mobilizando sem que as substituições metafóricas sejam incorporadas, o que resulta em fenômenos fundamentais à psicose, nomeados por Lacan (1955-1956) como distúrbios de linguagem na psicose.

Os distúrbios da linguagem se relacionam com a ideia de que na psicose há o movimento de tomar as palavras como se fossem coisas. Lembremo-nos de que, na psicose, o Outro, campo da linguagem e das representações inconscientes se apresenta ao sujeito sem barra e como não castrado, assim, o inconsciente fica emparelhado com o real. As palavras circulam, há linguagem, mas, na alteridade absoluta da psicose, o sujeito é invadido por essa linguagem que vem de fora, pelo real, normalmente alucinada ou inserida em um delírio.

Assim, podemos compreender que, com Flávio, não houve espaço para “meia verdade”. As tripas para fora surgem como palavras absolutas e que marcam um horror no espelhamento do exame, desencadeando a cena de desespero e perplexidade.

Segundo Lacet (2004), os neologismos, maneirismos na escrita, as frases interrompidas, entre outros fenômenos de linguagem observados na clínica das psicoses, mostram que, nessa clínica, palavra e coisa se confundem, dando textura e substância às palavras que ganham potencial de coisas que invadem o corpo. A fronteira entre corpo e linguagem, ruído e voz, palavra e corpo sem a função simbólica não se coloca.

Estamos, então, no ponto em que Lacan (1955-56) situa que o psicótico é habitado pela linguagem, a alucinação e o delírio são formulações do sujeito para responder no real às questões impossibilitadas de acesso pelo simbólico e sua cadeia significante. As alucinações e os delírios evidenciam que o sujeito é falado e testemunham seu inconsciente a céu aberto.

Para uma equipe de saúde tomada pela organização de saber que toma o sujeito como objeto de cuidados, o enfrentamento com uma outra forma de posição na linguagem é um desafio. Esse desencontro entre Flávio e os residentes médicos evidencia que a equipe supôs um funcionamento regido pela norma fálica e neurótica, mesmo sabendo do diagnóstico de esquizofrenia do paciente. A intenção de aproximação gerou afastamento e poderia ter colocado em risco a própria necessidade do exame. Apontamos aqui a necessidade de apoio às equipes de saúde no cuidado de pacientes que revelam um outro modo de falar ou ser falado sobre seu adoecimento, sem suposição no repertório institucional.

7.2.3. O corpo na psicose

Utilizando o mesmo fragmento clínico-institucional, notamos que, além da linguagem, a forma como o corpo se revela a Flávio mostra algo de surpreendente também para os profissionais de saúde. Afinal, se por um lado Flávio se desespera com as falas sobre as tripas, por outro lado, ele engole metais como se fossem nada demais. Além disso, andava tranquilamente pelos corredores com o seu abdômen distendido, como se nada em seu corpo estivesse diferente; fazia movimentos bruscos no pós-operatório de retirada dos objetos estranhos como quem estivesse no auge de sua condição física.

Para Freud (1915), sendo um conceito limite entre o somático e o psíquico, a pulsão tem sua origem no interior do organismo e age constantemente a fim de se satisfazer. O corpo habitado pelas pulsões exige um trabalho psíquico e somente através da eroginização pode

passar do corpo autoerótico ao corpo narcísico. Vimos que, para o autor, a esquizofrenia regrediria à libido, a uma posição autoerótica, e a paranoia ao narcisismo primário. O que implica investimento libidinal em objetos parciais e zonas erógenas dispersas, indiferenciação em relação ao outro e falta de uma unidade especular na esquizofrenia – o típico corpo espedaçado.

O eu há de se constituir, ele não é inato à vida psíquica. Assim, se como dito por Freud (1923) o eu é, sobretudo, corporal, pode-se supor que o corpo também é constituído. Essa constituição possibilita uma organização pulsional na qual uma unidade imaginária seja, também, estância psíquica.

Em seu estudo sobre o corpo, Fernandes (2011) relembra que o narcisismo possibilita, pela imagem do corpo, a tomada da imagem de si, investida em uma unidade. Com a atribuição ao eu de ser, antes de tudo, um eu corporal, possibilitando marcar a distinção de dentro e fora, a dor teria, por exemplo, uma função de reconhecimento dos próprios órgãos dentro de uma representação própria do corpo.

A autora ainda destaca a proposta freudiana de que o bebê, diante da ausência da mãe, sente dor, e não angústia. Então, na abordagem freudiana da dor, a ausência do Outro é ponto fundamental. Ou seja, o corpo a que a psicanálise confere status é de uma anatomia singular, atribuída pelo fantasmático de cada um, proporcionando um *corpo-linguagem*.

Como vimos antes, a problemática da ausência do significante primordial nome-do-pai impele a relação eu e outro, erotismo e agressividade, a permanecer em dualidade tensional. O corpo, habitado pela linguagem e pelo pulsional, acaba, na psicose, marcado sem bordas e abrindo espaço para o espedaçamento e a invasão do Outro. Ou seja, linguagem e pulsão não conseguem se organizar no registro simbólico e em um corpo simbólico, repercutindo em uma relação com o corpo excessivamente estreita e frágil, fonte de conflitos que voltam no real (Lacan, 1955-56).

A questão do ego é manifestamente primordial nas psicoses, já que o ego, em sua função de relação com o mundo exterior, é o que aí foi posto fora de ação. É de forma paradoxal, portanto, que se quer dar-lhe o poder de manejar a relação com a realidade, de transformar essa relação, com fins que definem como sendo de defesa. (Lacan, 1955-56, p.167)

Para Lacan, o ego estará sempre atrelado ao eu ideal, a quem ele chama de estranho gêmeo. Na psicose, esse estranho gêmeo fala e faz eco aos pensamentos do sujeito, sendo a teoria do espelho, da projeção e do imaginário insuficientes para explicar esse fenômeno, que com frequência se narra como um delírio. A justificativa do psicanalista é que o mecanismo

imaginário define a forma da alienação psicótica, não sua dinâmica. Por isso a clínica psicanalítica escuta o fenômeno, mas não parte dele, e sim da posição do sujeito. Para isso, precisamos avançar do outro imaginário para o Outro, campo da linguagem. Lembremo-nos do corpo-linguagem, para assim retornamos ao ponto em que a forclusão do nome-do-pai mobiliza outra forma de relação com a linguagem. Assim, a forma como o psicótico é falado sobre o corpo é o material de compreensão da dinâmica do corpo na psicose, e não a via imagética.

Esse corpo a ser construído pela linguagem sofre uma torção em seu processo na psicose. Os significantes como representação das coisas e em amarração de cadeia para produzir um significado não se estabelecem assim. Se, como vimos, a palavra e a coisa se colam no psicótico, assim também marcam sua relação com o corpo e imagem corporal. Esse corpo fica submetido às palavras como coisas e se tornam campo de batalha pulsional e gozo. O recorte do caso Flávio revela um corpo que não atribui à dor e à cirurgia o lugar de ameaça que a palavra tripa colada na imagem do exame traz. A não unificação da imagem corporal e a impossibilidade de apropriação do corpo em Flávio revelam que a língua do órgão foi soberana

Segundo Calligaris (2013), o sujeito sustenta com o eu hipertrofiado a necessidade de um saber total que o protege do gozo do Outro. Ou seja, podemos compreender que o sujeito paga com o corpo a frente que se cria para se estabelecer no mundo.

O corpo revelado pela psicose, corpo estranho e indiferenciado, torna-se um desafio para as equipes de saúde. Moretto (2019a) marca que o corpo do qual a medicina se ocupa é o organismo do campo anatomopatológico, objeto de estudo da biologia e objetivado pela ciência, diferente do corpo tomado pela psicanálise nas tessituras reais, simbólicas e imaginárias.

Nessa relação de cuidado, o ímpeto de controle pode ser uma saída corriqueira. O objetivo de poupar esse organismo que muitas vezes colapsa na vivência psicótica, sem incluir o modo como o sujeito se relaciona com o seu corpo – que na psicose é uma relação com um corpo estranho –, pode impedir que a equipe efetive sua missão de cuidado, além de iatrogenicamente se estabelecer de modo que favoreça a desestabilização do paciente.

Depois de delinear a psicose e sua relação específica com a linguagem e o corpo, torna-se necessário o avanço ao ponto de circunscrição dos desafios das equipes de saúde no cuidado ao paciente psicótico no HG para que o analista localize os pontos de tensão.

8. LOCALIZANDO OS DESAFIOS NO CUIDADO AO PACIENTE PSICÓTICO NO HOSPITAL GERAL

Através das vivências clínico-institucionais disparadoras e das primeiras reflexões teóricas deste trabalho, chegamos a uma hipótese que aqui desejamos desenvolver: parece haver uma tensão entre psicose e HG que tende a colocar de fora a lógica da psicose, localizando-a em um não lugar na lógica da instituição e, conseqüentemente, repercutindo em desafios no cuidado. Isso não quer dizer que os casos de psicose gerem piores desafios que outros casos de não psicose, mas que existem desafios específicos, inflados pelo não reconhecimento da psicose e que, neste recorte, merecem atenção e discussão para avanços para o cuidado desses pacientes.

Vimos anteriormente⁷ que o estatuto da loucura, institucionalmente, apoiou-se em movimentos de defesa de um ideal de preservação da ordem e civilização moral. Se o Hospital Geral tomou historicamente caminhos de formação em vias paralelas ao Hospital psiquiátrico, ambos apresentam um ideal de formação coincidente no que se refere à verdade e à diferença do sujeito, sobretudo na psicose. Entretanto, nota-se que essa divisão entre a saúde e a saúde mental tem seus efeitos no modo como o HG recebe pacientes de saúde mental, sobretudo casos de psicose.

A RAPS busca inserir o HG no campo da saúde mental, mas esse trabalho tem encontrado limites, pois não acompanha a formação profissional e o trabalho de inserção da lógica psicótica com as equipes. Muitas vezes, vimos dificuldades da equipe até mesmo com o conhecimento do Transtorno Psicótico como diagnóstico psiquiátrico. Mas aqui vamos para além, uma vez que, como vimos no capítulo anterior, o fato de conhecer o Transtorno Psicótico não garante o reconhecimento da psicose. A psicose fala de uma estrutura que convoca as equipes de saúde no HG a levarem em conta a dimensão de uma lógica psíquica outra, de uma subjetividade a céu aberto com outra relação com o corpo e a linguagem. Assim, no HG, tanto a saúde mental como a subjetividade da lógica psicótica são recebidas como estrangeiras, promovendo recorrentes falas sobre “este paciente não é para mim” ou “não era para este paciente estar aqui”.

Encontramos na literatura pesquisas que apontam algumas dificuldades da equipe de saúde dos HGs no atendimento aos pacientes psicóticos. É o caso, por exemplo, das exigências institucionais no trabalho hospitalar, da subjetividade a céu aberto da psicose, da presença de estigmas em torno da loucura e da formação profissional.

⁷ Capítulo 6

Leuermann e Borges (2014), ao observarem de forma participativa e entrevistarem profissionais de saúde que atendiam pacientes de uma enfermaria psiquiátrica em um HG, identificaram que a percepção dos profissionais de saúde afeta diretamente o tratamento prestado ao paciente de saúde mental, sobretudo aos psicóticos. A esses pacientes eram atribuídos adjetivos como “diferentes”, “violentos”, “sem controle”, “impulsivos”, “perderam a razão”.

As autoras também apontam os afetos declarados pela equipe como *medo*, *preconceito* e *compaixão*. Havia, ainda, um ideal prevalente de que a missão da equipe e da instituição era a de proteção do paciente e dos outros, oferecendo contenção e cuidados aos transtornos que fora do hospital não foram controlados. Elas asseveram que os afetos declarados e o ideal profissional eram contaminados pelas imagens sociais do estatuto da loucura e de sua construção histórica.

Na pesquisa citada, também foi apontada a preocupação de alguns profissionais sobre o vínculo com os pacientes e familiares. Houve entrevistados que entendiam o transtorno mental como uma doença multifatorial; outros, como sofrimento psíquico; e alguns, como perturbação. Por fim, tendem a considerar que os pacientes psicóticos não podiam se responsabilizar por si, diferente da visão sobre dependentes químicos, que tendiam a culpabilizar pelo sofrimento vivenciado.

Prado, Sá e Miranda (2015) mostram em sua pesquisa que a entrada de pacientes com diagnóstico prévio em saúde mental por causas clínicas é comum no HG, reforçando a importância da discussão dessa temática pouco explorada.

observa-se que poucas publicações científicas abordam o cuidado prestado ao paciente com transtorno mental grave internado em hospital geral em decorrência de uma complicação clínica e/ou cirúrgica. Essa temática ainda é pouco discutida no Brasil, seja no âmbito das políticas públicas, seja na própria academia. (p.321)

Os autores identificaram em sua revisão que os relatos de afetos despertados na equipe durante os atendimentos aos pacientes em sofrimento psíquico foram de medo de agressão e insegurança, o que impedia ou dificultava o cuidado. Outros resultados encontrados foram de tensão, desconforto, falta de satisfação profissional e dificuldades, tais como organização do serviço, falta de tempo, exigências institucionais em regras e rotinas rígidas, além da preocupação com as necessidades físicas. Em alguns casos, esses afetos geravam recusa em atender tais pacientes.

A pesquisa ressalta que os estigmas destinados aos pacientes interferem no cuidado, apontando maior probabilidade de erro médico em pacientes esquizofrênicos, pela dificuldade de identificar, diferenciar, validar e manejar o quadro orgânico atrelado às questões psíquicas. O estigma, como na pesquisa citada anteriormente, refere-se ao imaginário ligado à loucura, o qual, sem espaço de reflexão para a equipe, gera impactos na relação de cuidado.

O cuidado, como produto do encontro entre pelo menos dois sujeitos, exige que se considerem os diferentes afetos que atravessam a cena terapêutica, afetos esses muitas vezes contraditórios. O ódio, a indiferença e a violência são sentimentos tão humanos como o amor, a empatia e a solidariedade. (Prado, Sá e Miranda, 2015)

É importante o ponto ressaltado na citação acima, visto que não se trata de criticar os afetos da equipe, mas a importância de reconhecer e implicar a equipe em sua posição de cuidado, retomando o olhar (e a escuta) ao paciente. Percebem-se nas duas pesquisas, iatrogenias importantes geradas pela naturalização desse mal-estar aderente ao ideal de tratamento hospitalar, que gera sofrimento para os profissionais e para os pacientes.

Apontamos, ainda, que as pesquisas citadas acabam mostrando que a tomada desse paciente como portador de transtorno mental é pouco clara para a equipe e não favorece a inclusão da lógica singular do sofrimento psíquico do paciente. Os resultados desses estudos reforçam nossa hipótese de que a psicose fica de fato sem lugar para as equipes do HG, mesmo quando, raramente, o Transtorno psiquiátrico é considerado no tratamento.

Se os pesquisadores entendem, através de seus estudos, que não há muitas pesquisas que investigam os desafios do atendimento ao paciente de saúde mental no HG, por outro lado, eles concluem que a escassez de estudos na literatura reflete a necessidade de maior investigação, e que a configuração do hospital não favorece atualmente o cuidado integral necessário a esses pacientes.

Os hospitais, por serem espaço de alta densidade/concentração tecnológica, elevada padronização de procedimentos e rotinas, apresentando, em geral, pouco espaço para interações mais livres entre pacientes e profissionais, apresentam muitos obstáculos à produção do cuidado na perspectiva da integralidade e mais ainda à escuta sensível das necessidades de pacientes com transtorno mental. (p.333)

Pensamos, assim, que este trabalho busca cumprir a função não só de contribuir com esse campo de pesquisa, tomando a psicose como recorte de interesse, mas, também, compreendendo as dificuldades da equipe do HG e o papel do psicanalista nesses casos, em

uma leitura que considere os efeitos do reconhecimento ou não reconhecimento da lógica psicótica no tratamento hospitalar.

Maud Mannoni (1970) aponta que há uma responsabilidade em jogo quando falamos do atendimento ao psicótico em instituições. As instituições foram tidas como construções necessárias para lidar com aquilo que afeta os indivíduos e a sociedade no que apresentam de mais primitivo. Como Freud demarca em “Psicologia das massas e análise do eu” (1921), a hostilidade à diferença presente no funcionamento dos grupos, Mannoni fala de uma hostilidade circulante na cultura institucional que revela as dificuldades dos atendentes em lidar com aquilo que a psicose revela de horror, um discurso a céu aberto sobre a morte, o sexo e a liberdade.

Assim, se em um período histórico a instituição se responsabiliza socialmente por dar um lugar aos loucos, quando ela é marcada pelo significante saúde, as instituições de saúde, como o HG, inserem a noção de cuidado. As regras, os protocolos, a definição de papéis são elementos que favorecem a organização do tratamento, mas têm como efeitos a dissimetria equipe-paciente, indicando a organização defensiva em função do funcionamento ideal do trabalho em saúde.

Nos casos de psicose, há o risco de formalização de um estatuto que apague a natureza da loucura, visando um paciente *curado-resignado*, aquele que desistiu de ter algo a dizer. Não se trata de não circunscrever algum limite institucional, mas sim de “forçar uma barra” (Sujeito dividido), que não considera o psicótico em sua condição singular necessária para uma relação com a equipe; uma relação que permita inclusive a eficácia de tratamento do motivo de sua internação no HG. A posição pedagógica ou policialesca trata de impedir que o discurso psicótico seja posto como parte da circulação institucional (Mannoni, 1970).

Há uma cultura na instituição; uma cultura formada pelos próprios sujeitos que nela circulam. Assim, a formação dos profissionais ou estudantes que ali atuam atravessa e é atravessada pelo modo como se estabelece alguma relação com os pacientes psicóticos. Entende-se que essa relação ficou distanciada por muito tempo no HG e cabem cuidados para retomá-la e construí-la. Aposta-se que o cuidado desses pacientes em um espaço de reflexão e implicação favorece à própria equipe e à instituição o reconhecimento e a revisão de seus modos de cuidar.

Assim, cabe citar o que diz Mannoni (1970):

se a loucura nos interpela é que ela invoca este outro em nós mesmos, a quem somos tentados a exilar no esquizofrênico, como se desfaz de um objeto tabu. O problema da loucura é inseparável da questão colocada pelo homem sobre sua identidade. (p.32)

Buscaremos, assim, construir neste capítulo os desafios do cuidado do psicótico no HG em dois níveis: 1. o nível próprio do que é declarado pela psicose ao sujeito que disso não quer saber; 2. o nível daquilo que a formação em saúde impera como ideal de tratamento.

Por fim, fecharemos o capítulo em um mapeamento dos dispositivos extra-hospitalares de cuidado compartilhado ao paciente psicótico, a fim de examinar suas contribuições e limites dentro da lógica hospitalar atual.

8.1. Daquilo que quer não se saber

Há algo sobre o que a psicose diz ao outro que parece difícil escutar. Algo sobre o que a estrutura diz, como o que observa Mannoni (1970) sobre o que o louco exprime sobre a castração e a infelicidade negada pelos não psicóticos de forma radical, pela revolta e pelo delírio, “riscando-se para fora do mapa”, através de impossibilidade de apoio na ordem simbólica.

O encontro com a psicose não passa sem consequências, justamente por evidenciar aquilo que o sujeito dividido, pela lógica do recalque, não quer saber. Os afetos, inseguranças, os afastamentos e os excessos destacam um campo de impasses na assistência hospitalar que demandam compreensão neste trabalho; primeiro, pelo potencial de repercussão iatrogênica no cuidado aos pacientes psicóticos; segundo, pela necessidade de saída dos impasses, desconfortos e queixas da equipe para que ocorram avanços em questões que propiciem um caminho possível de trabalho assistencial nesses casos em específico.

8.1.1. O inquietante em nós

Freud, em 1919, escreve o texto “O inquietante”, “Das Unheimliche”, já traduzido por estranho, estranho familiar, estrangeiro e, atualmente, como infamiliar. Esse texto tem importância ímpar neste trabalho, pois auxilia a formulação da ideia de que há algo que inquieta o sujeito ao mesmo tempo em que dele fala.

O inquietante estaria no espaço marginal do campo da estética; essa que Freud aponta como qualidade da capacidade de sentir. Relaciona-se àquilo que promove angústia e horror, mas como parte específica do que é angustiante. Logo no início do texto, Freud (1919) elabora

uma primeira definição que não parece simples: “O inquietante é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido, ao bastante familiar” (p.331).

Aqui, precipita-se algo que nos interessa, o estranho, o inquietante, o infamiliar é, em essência, familiar e conhecido. Pensando nesta tese, precipita-se a associação dessa definição aos interesses da relação tensionada entre o paciente psicótico e o HG.

Em um primeiro polo, já discutido, vimos que, na origem da instituição hospitalar, o louco era acolhido, assim como todos os outros que marcam a diferença incômoda no âmbito social. Separa-se, então, hospital e hospício, e o louco emerge diante do estatuto da loucura, ao posto de objeto de estudo da psiquiatria. Hoje, circulando vez ou outra pelo HG, existem psiquiatras e psicólogos assessorando o manejo desse cuidado através de interconsultas, seja por problema orgânico ou por crise psicótica. Interessante notar que, em uma construção dos fatos históricos, o psicótico não é objetivamente tão estrangeiro quanto pensaríamos para a instituição hospitalar, mas não há como recusar que, paralelamente, sua entrada gera impactos de uma grande novidade. Em termos não tão fatídicos e conscientes, pensaremos, com Freud, o que mais inquieta diante da presença desse conhecido desconhecido paciente: “algo tem de ser acrescentado ao novo e não familiar, a fim de torná-lo inquietante” (Freud, 1919, p.332).

Citando e repensando as contribuições de Jentsch, um psiquiatra alemão, Freud parte da visão do médico para problematizar a compreensão do inquietante. Para Jentsch, a condição essencial do inquietante é a *incerteza intelectual*. Freud considera essa condição, mas não se restringe a esse polo de entendimento. Afinal, sua proposta é a de que inquietante é mais que não familiar.

Depois de um refinado mapeamento do termo *unheimlich*, Freud nota contradições interessantes no termo *heimlich*, que pode ser tomado como familiar, mas também como oculto. Assim como *unheimlich* seria o oculto que assim deveria se manter, mas que em algum momento aparece. “Portanto, heimlich é uma palavra que desenvolve o seu significado na direção da ambiguidade, até afinal coincidir com o seu oposto. Unheimlich é, de algum modo, uma espécie de heimlich” (Freud, 1919, p.340).

Ultrapassando a ideia de Jentsch sobre a origem do inquietante, ao analisar a história do “Homem de areia”⁸, Freud compreende que, na origem do inquietante, encontram-se elementos da angústia do complexo infantil de castração. Associada a essa ideia do infantil, encontra no

⁸ Hoffmann, E.T.A. O Homem de areia. In: Contos noturnos. 1817. Nathaniel encontra na infância a figura monstruosa do homem de areia, que o ameaça de tirar-lhe os olhos. Freud associa isso à ideia de perder os órgãos sexuais. O pai o protege desse ataque, mas morre um ano depois. Na juventude, Nathaniel reencontra o homem de areia em outras duas figuras, que reaparecem sempre que a sexualidade e o amor fazem cena na vida do rapaz. Em todas as aparições o jovem adocece, e na última ele se suicida em praça pública.

tema do “*duplo*” possibilidades de enriquecer sua discussão, posto que o duplo fala da identificação com um outro que traz equívocos ao próprio eu, possibilitando uma duplicação do eu.

Associado ao narcisismo primário, o duplo busca garantia contra a aniquilação, mas tem que se haver com outros desdobramentos, como o ideal de eu, que pode tomar uma parte do eu com autocrítica severa. Eis que Freud acentua no duplo seu inquietante, o conteúdo repugnado pela crítica ao eu pode ser incorporado ao duplo, assim como as fantasias e aquilo que não pôde se realizar.

Soma-se, também, ao caleidoscópio freudiano de compreensão do inquietante, um certo regresso ao tempo em que o eu era indiferenciado do mundo externo, a repetição, o sentimento de desamparo de alguns estados oníricos e restos de atividade psíquica animista⁹ da infância. Assim, Freud conclui que “tem de haver um grupo entre os casos angustiantes, em que se pode mostrar que o elemento angustiante é algo reprimido que retorna” (p.360), o inquietante. O inquietante não seria, então, uma grande novidade, mas, sim, algo familiar que no processo de repressão foi apartado.

A partir deste ponto podemos articular a pergunta: e a psicose? O que dela, ou nela, desperta o inquietante no outro?

Freud, no mesmo texto, aponta que os leigos veem na loucura a manifestação de forças que acreditavam não existir em seu semelhante, mas que sentem movimentadas dentro de si. Revela-se, aqui, um terreno fértil para a aparição do inquietante “quando a fronteira entre a fantasia e a realidade é apagada”. O que são tais forças estranhas sentidas como (in)familiares, como Freud relata, remetendo à indiferenciação primordial, às fantasias aniquilantes, à castração e aos entraves com o Outro?

Em outro texto de 1924, Freud aponta sutis nuances entre psicose e neurose diante da perda da realidade. Se na neurose o eu reprime uma parte do isso; na psicose, o mesmo eu apoia-se no isso, para se retirar de uma parte da realidade. Há algo aqui a ser escutado, quando o inquietante provém do que Freud (1919, p. 371) chama de complexos infantis reprimidos, não se aquietando com uma prova de realidade. “A nossa conclusão seria esta: o inquietante das vivências produz-se quando complexos infantis reprimidos são novamente avivados, ou quando crenças primitivas superadas parecem novamente confirmadas”.

Segundo Mannoni (1970), em sua ruptura com a realidade externa, o psicótico expõe-se a um vazio, apelando ao fantástico para disso dar conta. Para a autora, tal fantástico fascina

⁹ Freud (1919, p.359): atribuição de poderes mágicos cuidadosamente graduados a pessoas e coisas estranhas.

os não psicóticos, pois desperta o que está em jogo nas suas fantasias. Entretanto, esse vazio também gera mal-estar e angústia, o que promove na relação da equipe com o paciente psicótico o movimento de pôr em jogo ferramentas apressadas e prematuras no tratamento.

O que é dado para ser escutado no discurso psicótico é uma brutal referência à morte, ao sexo, à liberdade – referências que existem em nós, mas de maneira encoberta, apresentada sob forma de enigmas a serem decifrados. Se considerarmos a linguagem como solidária com a verdade, não podemos deixar de colocar a questão sobre o que procuramos eliminar em nós, quando recusamos a linguagem do psicótico. O que recusamos é uma verdade que nos perturba. Nossa recusa conduz o psicótico a um mundo privado, separado do nosso. (Mannoni, 1970, p.74)

A psicanalista, idealizadora da École de Bonneuil, aponta nesse trecho algo de fundamental relevância para esta tese: o que nos inquieta diante da psicose tem a ver com aquilo que nos surpreende de familiar em nós, incluindo as relações de trabalho ou cuidado.

Diante dessa afirmação, precipitam-se algumas questões. Pode parecer que nesta tese estamos colocando a equipe como grupo de neuróticos diante da psicose. Bem, não é possível afirmar diagnósticos pela via da pesquisa e muito menos diagnosticar membros de uma equipe de saúde com quem se trabalha, já que que é imprescindível para o diagnóstico psicanalítico a relação transferencial. E mesmo que haja ali uma transferência de trabalho, isso não é suficiente, pois o motor de trabalho compartilhado é a questão compartilhada relativa ao paciente, não sobre cada membro. Assim, tanto do ponto de vista ético, quanto do ponto de vista da viabilidade, isto seria impossível. Contudo, o que podemos afirmar é que, como visto no capítulo 6, como dispositivo social, a instituição fala em nome do ideal de civilização. E se a equipe de saúde fala a partir de um lugar institucional – sobretudo sem questioná-lo ou se questionar (o que inclui os psicólogos e psiquiatras) – o que ali se busca-se é, provavelmente, a defesa, em termos freudianos, dos impulsos que comprometem a civilização ou a organização falocêntrica do seu trabalho na instituição.

8.1.2. O inquietante na relação equipe-paciente psicótico e o risco de refúgio no estatuto da loucura

Mannoni (1970) aponta que há algo de infamiliar na instituição. E na cena institucional é comum nos depararmos com situações em que a equipe de saúde intervém em ambivalência,

a partir de uma semelhança à ordem parental ou social. Toma-se o paciente como alguém que, para além de ser cuidado, deve ser monitorado e reorganizado em suas dificuldades. Tais dificuldades são muitas vezes estabelecidas por um ideal de saúde, saúde mental, relacionamentos, cidadania, funcionalidade, entre outras insígnias circulantes na saúde e sociedade. Essas que podem de fato estar atreladas ao sofrimento psíquico ou à crise psicótica, muitas vezes merecendo cuidado.

A questão é: como aproximar o paciente e com ele construir saídas? Assim, seja por crise ou por problemas de saúde, a maioria desses pacientes é levada ao hospital pelos pais, familiares ou pelo poder público, indicando que a queixa muitas vezes é dos tutores¹⁰, pessoas autorizadas legal ou socialmente a nomear as necessidades do paciente. O espaço entre a queixa inicial advinda de um terceiro e a construção de cuidado compartilhado do paciente psicótico exige que a equipe avance do estatuto da loucura, de seu olhar clínico, para uma escuta da loucura. Sem isso não será possível tratamento de fato, apenas reafirmação de um lugar esperado, ou seja, um paciente que só pode ser tratado se submetido às condutas impostas e que, desse modo, será sempre um desconhecido para a equipe.

O disfarce com que se veste o louco não é estranho à natureza da loucura, mas a vestimenta que lhe acrescentamos, o estatuto que lhe outorgamos, constituem um painel que nos impede o acesso a um conhecimento sobre a natureza submersa da loucura. (Mannoni, 1970, p.40)

Se a equipe apresentar dificuldades em entrar em contato com o que a psicose apresenta de infamiliar, pensa-se que existem maiores chances de o estatuto da loucura prevalecer como lugar de segurança de condutas. Assim, o paciente tomado como alguém incapaz de ser considerado como parte do cuidado – por não ter condição de falar por si, por não ser dotado de razão e ser sempre uma ameaça – é fonte de defesa do mal-estar no cuidado e de uma ilusão do estar fazendo o melhor para o paciente, além da satisfação de cumprimento do dever de curar. A nossa experiência no hospital mostra que isso não funciona ou não funcionará por muito tempo.

Segundo Mannoni (1970) e seu exame atento ao cotidiano dos psicóticos na instituição, a equipe tende a repetir uma lógica imaginária sobre o tratamento da psicose. No plano institucional e suas tensões, estruturam-se com frequência aprisionamentos dos sujeitos aos vínculos imaginários, o que pode gerar violência ou paralisia.

¹⁰ Indivíduo que protege, ampara ou defende alguém ou algo mais frágil; guardião (Dicionário Michaelis, 2015).

A tensão pelo registro imaginário circula em um *terreno combativo de exigências* em que somente um pode prevalecer. Como no caso da *Estagiária Cinderela*, em que a equipe exige que a paciente fique no leito e não fume, entra em confronto com a paciente que, a qualquer custo, vai fumar. Em meio ao conflito, as estagiárias são hostilizadas por um e por outro; a paciente decreta que estar ao seu lado é levá-la para fumar; e a equipe diz que elas fracassam, pois, a paciente “foge”.

O problema é que, se a instituição cola ao imaginário e a suas exigências, como proteção contra os efeitos da radical alteridade da psicose, ela corre o risco de não reconhecer que a condição de saber e poder que a compõe pode colocar sua exigência à frente do cuidado. Não se trata de ceder ou não ceder às exigências da paciente, mas de como manejá-la.

A posição institucional, se extremamente rígida, aproxima-se do que Lacan (1955-1956) colocou como a apresentação da função paterna fixada no registro imaginário, sem amparo da função simbólica. O que, em consequência, não põe limites às próprias exigências, autoritariamente apagando o outro como sujeito. Diferente de ser apresentada como lei, diferenciando e separando o que é de um e o que é de outro, essa exigência é lida pelo sujeito como descomunal e ameaçadora. O que resta é uma relação imaginária em que predominam a agressividade, a rivalidade e um excesso de erotismo, que dificulta o estabelecimento de saídas.

8.2. Daquilo que me formei para não saber ou não me formei para saber

No Hospital Geral, o paciente psicótico tem a seu dispor uma equipe de profissionais de saúde de característica mista, estando ou não nos leitos de saúde mental. Médicos de diversas especialidades, incluindo psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos (de diversas abordagens clínicas), assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos entre outros. Neste trabalho, pretende-se estabelecer o recorte de pesquisa no que se restringe a uma equipe de assistência, e não à parte administrativa e de manutenção (higiene, alimentação, estrutura) da instituição. Trata-se de uma escolha metodológica, justificada pela problematização do lugar da psicose no cuidado ao paciente psicótico no HG, missão de uma equipe assistencial.

Diante dos efeitos transferenciais na assistência de saúde ao paciente psicótico, pôde-se pensar que certos aspectos subjetivos atravessam a equipe na declaração da psicose sobre aquilo que normalmente não se deseja saber enquanto sujeitos. E aqui nos atemos ao que da formação do profissional de saúde o impele a não querer saber, ou à sustentação daquilo que sabe.

O saber médico, em que se sustenta a posição discursiva da maioria dos profissionais de saúde, se organiza a partir de uma lógica própria, apresentando consequências e efeitos que podem atravessar o atendimento ao psicótico, como posto por Prado, Sá e Miranda (2015).

A angústia que esse contato pode produzir nos profissionais de saúde que se veem impossibilitados de dar uma resposta imediata, de saber o que fazer diante desse outro tão desconhecido, coloca para o trabalhador o perigo de se haver com suas limitações, com a experiência da frustração que, de certo modo, ameaça o desejo de onipotência do sujeito, ou seja, de se sentir suficiente, capaz de controlar uma situação, dando-lhe um desfecho positivo. (Prado, Sá e Miranda, 2015, p. 332)

Convida-se a pensar, então, de que forma a psicose é apresentada na formação profissional na área da saúde e quais são as repercussões clínico-institucionais?

Para isso, apresenta-se a psicanálise como interlocutora na discussão, como um Outro saber, assim como colabora Moretto (2019), ao trazer a importância da sustentação da antinomia radical entre psicanálise e medicina (aqui representando o saber médico que circula no HG) para o estabelecimento da subjetividade como parte do cuidado no hospital. Marca-se de forma fundamental essa diferença, pois é justamente ela a razão e o porquê de, nesses espaços, o psicanalista ser convocado a ocupar um lugar nas discussões clínico-institucionais.

8.2.1. O que se forma para saber

Moretto (2019b) aponta o hospital como o lugar a partir do qual se pretendeu a operação da ordem médica e a implantação das bases de sustentação desse saber, como a pesquisa, a prática assistencial, o ensino e a transmissão. Tais bases ultrapassam a vertente clínica da atuação médica, dando lugar também à vertente institucional, o que fez do saber médico também um poder institucional, coordenando a estruturação e a administração da instituição.

Na história da medicina, encontram-se mudanças que atravessaram a relação médico-paciente, assim como a noção de cuidado em saúde. Aqui, contextualizaremos brevemente essa história, a fim de dar suporte a nossa construção.

Um primeiro paradigma foi traçado na antiguidade, posto em duas abordagens. A primeira abordagem marcada como medicina mágico-religiosa e a segunda pela lógica médica empírico-racional. Na primeira, o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, e o papel daquele que praticava medicina era cuidar das consequências das forças

sobrenaturais. Já na segunda, surge uma mudança de compreensão do adoecimento, não mais ficando à mercê do sobrenatural, mas do natural (Barros, 2002).

No Ocidente, a maior influência veio de Hipócrates, nomeado pai da medicina. Na Grécia clássica, antes de Cristo, revelava-se um esforço de compreensão da saúde e da doença que encontrou caminho na teoria humoral¹¹. O equilíbrio humoral estava ligado ao funcionamento de cada doente, ou seja, seu contexto singular. Na teoria hipocrática, os sintomas não eram isolados, sendo considerados na avaliação médica junto à história e às relações do doente (Barros, 2002).

Entretanto, contemporânea à clínica hipocrática, surge a escola dos cirurgiões, que tinha por foco a abordagem das doenças no sintoma, e pouco considerava os aspectos singulares e relacionais do paciente. Dessa forma, notam-se duas divisões na Grécia antiga: uma focada no funcionamento do organismo, inserindo o paciente, e outra, que não considera o sujeito no adoecimento (Marcon, 2016).

Fazem parte, posteriormente, da construção da medicina o paradigma empírico-racional de Galeno, predominante até o fim da Idade Média – paradigma que começa a pensar no potencial das drogas medicamentosas, na interferência do ambiente no adoecimento, mas que ainda tinha resquícios da teoria humoral. E o paradigma de Paracelso, que influenciou a centralidade do tratamento químico, mas ainda em uma visão holística (Marcon, 2016).

Por fim, o paradigma biomédico ou mecanicista se estabelece, a partir do século XVI, com forte influência ainda nos dias de hoje, apesar de ser atualmente discutido em maior complexidade. A entrada da anatomia faz diferença na influência dessa lógica de saber, associando-se a tecnologia de medicações, técnicas cirúrgicas, analgesias, exames. Há, desde a modernidade, um novo modo de construir o saber médico, que associa esse discurso ao discurso da ciência, apoiando-se na objetividade e na cientificidade (Marcon, 2016).

A formulação do discurso médico nesse paradigma acaba por diminuir, no protagonismo da cena, a relação médico-paciente, sujeito-sintoma, levando ao processo de compreensão da saúde e da doença pela objetividade que sobrepõe à subjetividade.

O discurso médico, objetivando o corpo e a doença, se sustenta no ideal de cura, suprimindo a subjetividade a fim de dar conta das problemáticas orgânicas. Segundo Moretto (2019b), há fenômenos que a medicina não consegue tratar ou que ela mesma produz, convocando outros saberes, como o psicanalítico, a ocuparem a cena hospitalar.

¹¹ Associando a bile amarela, a bile negra, sangue e fleugma, respectivamente, a fogo, terra, ar e água; humores que predominariam em determinada estação do ano, isto é, no verão (bile amarela), outono (bile negra), primavera (sangue) e inverno (fleugma) (Barros, 2002).

O discurso médico e o paradigma biomédico afetam tanto o paciente quanto o médico e a equipe de saúde, que precisam, no ideal de manutenção da vida, exclusão ou controle de sintomas, ter o sujeito sob uma barra. Pela psicanálise, discutem-se os processos de despersonalização ou dessubjetivação, como captura de aspectos singulares de pacientes e profissionais de saúde, através da instrumentalização da prática médica (Moretto, 2019), enquanto a dissimetria na relação médico-paciente centra-se no saber posto ao lado da figura do médico como aquele que assume responsabilidades de decisão sobre o cuidado.

A partir dos pontos acima, existem consequências clínicas que atravessam a compreensão e a intervenção clínica do sintoma e do sofrimento, assim como a concepção de saúde e doença; uma delas ocorre quando o paciente, de alguma forma, começa a responder à lógica de o saber sobre si advir do saber médico.

O fato é que quando o discurso médico opera no sentido de destituir também o paciente da sua subjetividade, o que constatamos é que isso gera consequências importantes para o psiquismo. Na maioria das vezes, em busca de alívio e na luta pela vida, ao submeter-se ao discurso médico, ao ocupar a posição de objeto de investigação médica, o sujeito perde seu referencial próprio e identifica-se com a própria doença. (Moretto, 2019a, p.63/64).

Lembremo-nos do que foi posto anteriormente nesta tese sobre o risco de o tratamento buscar ou levar ao paciente *curado-resignado* – ponto que endossa a importância de pensar o atravessamento do discurso médico no atendimento aos pacientes psicóticos, se restrito ao controle de sintomas e comportamentos.

Moretto (2019a) nos lembra que a suspensão da subjetividade executada pelo discurso médico é da ordem imaginária, e que ela fracassa. Fracassa por não perceber a relação que existe para além do que inventa. Ou seja, que o paciente, apesar de se submeter ao cuidado, enquanto sujeito, resiste.

Do lado do médico e da equipe, as consequências passam por uma inversão que se coloca a partir da supressão da subjetividade do médico, uma vez que quem fala é a instituição médica, estabelecendo, afinal, uma relação instituição-paciente. Sendo assim, a instituição reafirma-se como detentora do poder de estabelecimento da estruturação das relações de saúde, podendo gerar efeitos de impotência nas equipes de saúde.

A entrada do psicanalista no hospital parte do interesse de retomar os efeitos da dessubjetivação que afetam o sujeito e seu tratamento. Há sofrimento! Assim, o discurso psicanalítico entra em cena, propondo um outro olhar clínico, uma escuta que faz diferença e pode abrir outros modos de cuidado no HG.

Uma primeira diferença que se apresenta com a presença do analista no hospital é a inclusão do conceito de pulsão. Segundo Moretto (2019a), a psicanálise apresenta a compreensão do sujeito diante da doença como um diferente processo, sustentado em outra posição epistemológica. Afinal, o conceito de pulsão põe em discussão o que seria “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social” do paradigma de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde, com relação ao qual se questiona se realmente rompe com o discurso médico, uma vez que também se insere no discurso da ciência e insiste em um sujeito pleno, sem furos e divisões. A repetição pulsional, para além do princípio do prazer, revela o impossível de uma relação de plenitude e satisfação. O adoecimento e seu potencial de excesso na vida psíquica insistem por reconhecimento, mesmo que a oferta de cura se cumpra. Por isso, muitas vezes vimos no HG casos de pacientes se deprimindo após o sucesso da cirurgia, por exemplo – enigmas a serem decifrados por uma lógica que extrapola a busca do completo bem-estar.

Um segunda diferença diz respeito à compreensão do sintoma e do sofrimento. Se, para a psicanálise, estes falam de uma posição singular de cada sujeito, para o discurso médico, a eliminação ou controle de sintomas deve ser alvo dos cuidados. A escuta do sintoma pelo psicanalista é feita sob transferência, o que não é considerado em si pela medicina, mas a interessa em seus efeitos. Assim, cabe espaço ao discurso analítico nas instituições de saúde.

Segundo Moretto (2019b), quando Freud extrapola o interesse pela histeria e seus sintomas, direcionando seu interesse para a histérica, uma inversão de saber se coloca. Ao considerar o saber do paciente, o saber psicanalítico gera outra perspectiva clínic: a escuta da subjetividade como tratamento. Isso não quer dizer que a psicanálise não se interesse pela melhora de sintomas, sobretudo os que impactam a vida do paciente, mas, sim, que acredita em um trabalho a ser feito através da escuta do sofrimento e que possibilite ao sujeito posicionar-se diante deles e, conseqüentemente, dissolvendo os sintomas ligados à subjetividade. Obviamente, os sintomas físicos precisam de uma ação imediata; quando se quebra o fêmur, é disso que se trata. Contudo, a forma como o sujeito vivencia esse acontecimento e o insere na sua experiência não se faz pela via do controle do sofrimento e de seus sintomas singulares. Por isso, a interlocução é necessária não para que os saberes se complementem, mas para que avancem a construção compartilhada que vise o cuidado no hospital.

O exemplo da histeria se mostra oportuno, pois o desafio proposto pela histérica ao saber médico diz muito sobre este. Não desempenhando bem o papel de doente – tanto por sua posição frente ao outro, como pelo curso esperado de evolução das doenças orgânicas –, a histérica põe em questão a equipe de saúde e seu saber. A tomada do fenômeno incompreendido

ganha o trato do saber e do discurso prevalente em cada tempo. Assim, se a ciência toma a histeria como uma doença, do ponto de vista biomédico nada tem. Anteriormente, no discurso religioso ou místico prevalente, as histéricas eram tomadas como bruxas, feiticeiras, possuídas (Moretto, 2019b).

Tomemos como apoio o ponto acima, a fim de pensarmos o desenvolvimento de nossa questão sobre o que a formação em saúde marca como saber e não saber diante da psicose.

A psicose também foi atravessada pelos discursos prevalentes de cada tempo, como vimos no sexto capítulo deste trabalho. De iluminados portadores de um saber profético a malignos e excêntricos, passaram ao posto de inconvenientes e miseráveis, perigosos e, então, doentes mentais. Desses últimos – os doentes mentais – encarregou-se o discurso da ciência, desenvolvendo-se junto à psiquiatria, que se ocupa do louco como seu objeto de estudo. Entretanto, o estigma não parece ter cessado aí, assim como vimos em nossas vivências e no relato de profissionais de saúde apresentados na literatura. Soma-se, assim, ao estigma da loucura a loucura como objeto de estudo e seus efeitos clínicos, políticos, sociais e institucionais.

No Brasil, com a criação do primeiro manicômio, “Hospício Dom Pedro II” no Rio de Janeiro, marca-se a entrada da loucura no discurso científico e médico-psiquiátrico (Vechi, 2004).

Com ela no discurso científico (médico), a loucura passou a ser definida como patologia, tanto de ordem moral como somática. A medicina se tornou, então, a instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz, portanto como sujeito a ser tratado e protegido. Apenas quando foi constituída uma inteligibilidade capaz de apreender e identificar a loucura como doença é que a Psiquiatria foi viável. (Vechi, 2004, p. 490)

Como indivíduo a ser protegido e tomado em incapacidades, em um espectro de doenças e transtornos mentais, alguns efeitos emergem na noção de tratamento e podem impactar o cuidado. A queda do sujeito e, conseqüentemente, da clínica é uma delas, em que a escuta da posição subjetiva não é lida, visto que sua posição já se dá no discurso médico de antemão: aquele que deve ser tratado em uma lógica específica.

Outro ponto da entrada da saúde mental no campo do discurso da ciência e do discurso médico é novamente o ideal de saúde na contemporaneidade que, como visto, faz par com a ideia de “completo bem-estar biopsicossocial e espiritual”. Envolvem-se, nessa nova perspectiva, a tecnologia e os avanços no campo médico que alcançam a especialidade da psiquiatria. Medicações de ponta, mapeamento cerebral, e uma nova elevação da compreensão

e terapêutica da psicose como doença mental: a psicofarmacologia e as neurociências (Vechi, 2004).

Na perspectiva contemporânea, idealiza-se também que o tratamento em saúde mental que inclua psicóticos, além de compreensão e cuidados, insira a produção de saúde mental (Vechi, 2004). A família é reinserida no cuidado e o HG é inserido como estratégia de atenção desta proposta¹², como alternativa à internação em Hospitais psiquiátricos que foram marcados pela iatrogenia estrutural de sua forma de tratamento, favorecendo a cronicidade dos pacientes e marcando a segregação.

Por fim, outro aspecto do paradigma atual é o trabalho em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, em que se aposta em um modelo de interlocuções de saberes, a fim de manter um cuidado compartilhado do paciente por vários vieses e perspectivas. Essa mudança exigiu e ainda exige construções contínuas na formação de profissionais de saúde e realidades de trabalho em instituições de saúde.

Nesta reconfiguração temos, primeiro, a entrada da loucura – pelo significante *saúde mental* – no discurso médico e científico, seguida pela reforma psiquiátrica, pelo avanço do modelo biopsicossocial de saúde, e pela formação de profissionais de saúde que pede a inserção da saúde mental em seus currículos. Ao mesmo tempo, a saúde mental se torna uma especialidade em saúde, mas também faz parte de uma rede de atenção que ultrapassa as instituições de saúde especializadas. Esse cenário complexo leva às seguintes questões: qual a compreensão de psicose apresentada na formação contemporânea de profissionais de saúde? Como essa apresentação impacta na formação do profissional de saúde que cuida do paciente psicótico no hospital?

8.2.2. A psicose apresentada na formação em saúde

Segundo Batista & Gonçalves (2011), com a Implantação do Sistema Único de Saúde surge uma tensão no campo da saúde no Brasil. Diferentes visões de cuidado ficam entre as expectativas de usuários, trabalhadores de saúde e gestores. Enquanto a formação profissional entra em pauta de discussão para preparação para novas dinâmicas de atuação nos equipamentos de saúde, com redefinição de responsabilidades entre os serviços/gestores, os trabalhadores e a população.

¹² Capítulo 6

A formação continuada, a formação permanente, a capacitação e a reformulação de projetos pedagógicos foram ações importantes para que os profissionais de saúde se habilitassem a dar conta das novas exigências vindas com o SUS e a Reforma psiquiátrica: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, promoção e prevenção de saúde, controle social, entre outros.

Sardinha Peixoto et.al. (2013) ressaltam que o Ministério da Saúde aprovou, em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que

propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e ressaltou que as demandas por mudanças e melhorias devem ser baseadas na análise do processo de trabalho, nos seus problemas e desafios. (p.326).

Assim, a proposta de educação permanente ou continuada pode ser uma possibilidade de compromisso com a problematização do campo de trabalho e seus desafios, convidando o profissional de saúde a se colocar como sujeito implicado com o trabalho que realiza, reconhecendo suas dificuldades e construindo/propondo saídas. Desta forma, pensa-se a importância de estabelecer espaços de formação nas instituições de saúde.

A saúde mental, um dos caminhos institucionais para discutir a psicose, levanta o cruzamento do discurso universitário, discurso do mestre/médico e discurso psicanalítico no âmbito da formação em saúde. Esse cruzamento pede análise, sobretudo após a constatação do baixo número de pesquisas que propõem a psicose no HG como recorte de investigação, o que revela um campo a ser explorado.

No artigo “Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica”, Carneiro e Porto (2014) discutem o tema da saúde mental na formação profissional dos cursos de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional em duas universidades de Goiânia-GO/Brasil, analisando os dados em fontes como matriz curricular dos cursos, programas de disciplinas de saúde mental e questionários com os docentes da área. O resultado da pesquisa mostrou que há uma breve apresentação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e das Diretrizes Curriculares Nacionais, com atravessamentos tanto do modelo biomédico prevalente, como da proposta de modelo biopsicossocial.

Assim, os autores apontam que há formações que ainda privilegiam o modelo biomédico, mesmo com a presença do modelo biopsicossocial. Isso nos parece importante, visto que pode indicar que alguns profissionais têm referenciais formativos que pouco

problematizam a interlocução entre saberes para um cuidado compartilhado em prol do paciente em diversos aspectos que impliquem a relação com a saúde, a doença e o sofrimento.

Em contrapartida, há as novas exigências de formação vindas das Diretrizes Curriculares Nacionais, a partir do SUS – Sistema Único de Saúde, e pela Reforma Psiquiátrica. Assim, em termos curriculares e em nível de graduação, a formação em saúde precisa compor novos arranjos de conteúdo, ensino e práticas.

Os resultados da pesquisa de Carneiro e Porto (2014), descrito em termos mais minuciosos, nos chamam a atenção:

- Cinco cursos de graduação, entre dez contatados, foram excluídos da pesquisa por não apresentarem claramente o ensino da saúde mental em seu currículo, como um dos critérios.
- No curso de Psicologia, com maior carga horária das disciplinas de saúde mental analisadas, o correspondente foi de 5,8% do total do curso. O curso de Medicina, com menor carga horária relativa à disciplina analisada, preenchia 1,2% da carga total.
- No que se refere à distribuição dos locais de prática, o hospital psiquiátrico esteve presente em 35,7% das disciplinas e os CAPS em 28,6% das disciplinas.
- A disciplina mais presente nos cursos foi “Avaliação em Saúde Mental”, que inclui a classificação dos transtornos mentais e os quadros psicopatológicos.
- Em menor número apareceram os temas: saúde mental e sociedade, políticas de saúde mental, transtornos de personalidade, saúde mental na atenção básica e aspectos éticos.

Esse recorte da realidade da formação em saúde no Brasil tem obviamente seus limites, apresentando vieses a que não temos acesso, como a profundidade de discussão nas aulas e estágios, os trabalhos de extensão e pesquisa, o contexto regional, as características das universidades participantes, o que não nos impede de tomá-lo como parte da discussão deste trabalho. Importante também lembrar que os cursos de graduação seguem perfil generalista, incluindo a graduação em psicologia (Resolução CNE/CES n. 5, de março de 2011). Não há expectativas, aqui, de que diante do universo de conteúdos e competências a se desenvolverem em um curso de graduação na área da saúde, a psicose e a saúde mental ganhem espaço majoritário. Entretanto, nossa ideia é tensionar esse ponto, por muitas vezes ocorrer o seu

extremo oposto. O espaço destinado ao sofrimento psíquico é mínimo e insuficiente, mesmo para um profissional generalista.

A saúde mental se torna especialidade na área da saúde e poucas vezes insere o sujeito para além da nosologia psiquiátrica. Conseqüentemente, a psicose, apresentada pela via do ensino nos cursos da área da saúde e nas disciplinas de saúde mental, tem marcas do discurso universitário, médico e da ciência, sendo comumente apresentadas como transtornos mentais, com classificação de sintomas a serem regulados. Obviamente, na vivência prática, a psicose será facilmente tomada como recorte teórico de um quadro clínico que não fala do caso clínico, ou seja, a evidência se fixa no sintoma e no tratamento, não no sofrimento psíquico e na transferência consideradas no cuidado. Por fim, chegamos ao que vamos avaliando como a ausência de um lugar para a psicose no repertório dos profissionais de saúde, o que se deve a sua ausência na lógica da saúde contemporânea.

Pensando, então, que muitos profissionais chegam ao HG sem suporte formativo para o cuidado de pacientes psicóticos em sua rotina assistencial, entende-se como importante que consideremos que será, muitas vezes, com base na presença do analista, que a equipe obterá a oportunidade e a possibilidade de entrar em contato com a psicose, enquanto estrutura, a partir da necessidade de cuidado.

Assim, torna-se importante seguir na compreensão dos dispositivos já existentes sobre o trabalho do analista no cuidado compartilhado de pacientes psicóticos em instituições de saúde, para além do HG, avaliando a viabilidade de trabalhos já existentes, com suas possibilidades e limites, na realidade hospitalar.

8.3. Dispositivos clínico-institucionais existentes: viabilidade, contribuições e limites para o trabalho do analista no cuidado compartilhado ao paciente psicótico no Hospital Geral

A presença do analista pode ser a oportunidade para que a equipe de saúde no hospital entre em contato com a originalidade da psicose, para além de um diagnóstico psiquiátrico e mobilizando outros caminhos para o cuidado ao paciente psicótico, por dar a ele um lugar. Isso não se dá que o reconhecimento das dificuldades da equipe pela via do espaço para a diferença e o não saber. Pensamos, aqui, em dispositivos e operadores clínico-institucionais, para que se encontrem outros caminhos que não sejam o afastamento, a terceirização ou a hostilidade no cuidado ao psicótico no HG.

Fica a questão de entender se o analista pode, a partir de seu dispositivo analítico cotidiano na instituição, atento aos casos de psicose, construir outros espaços que favoreçam o cuidado compartilhado de tais casos na instituição. Para isso, vamos primeiro reconhecer alguns dispositivos comuns ao campo das instituições de saúde que já conseguem destinar espaço para a saúde mental, colocando-as em um campo de tensão com a psicanálise e as especificidades no trabalho no HG, a fim de refletir sobre suas possibilidades e limites no cotidiano hospitalar.

8.3.1. Construção de caso clínico

Com o texto “Construções em análise”, Freud (1937) nos traz algumas contribuições sobre o modo de intervir frente aos fragmentos de verdade e às resistências presentes em uma análise, através de 3 pontos: (a) pela repressão, (b) pelo retorno via formações inconscientes e associação livre, (c) pelas associações indiretas e deformações. Freud diz que é pelo discurso de quem se escuta na análise que se capturam os fragmentos a serem construídos sobre um saber inconsciente e transmitidos ao paciente.

“A ocasião e o modo como transmite suas construções à pessoa que está sendo analisada, bem como as explicações com que as faz acompanhar, constituem o vínculo entre as duas partes do trabalho de análise, entre o seu próprio papel e do paciente” (Freud, 1937, p.272).

Entretanto, podemos pensar se esse trabalho de construção (ou reconstrução) cabe ou não na escuta em transferência de trabalho com uma equipe de saúde. Sabemos, conforme posto por Fender e Moretto (2020), que a comunicação sobre o que ocorre em uma análise se dá pela via da transmissão. E que, nas instituições da saúde, essa comunicação ultrapassa a transmissão aos pares psicanalistas e avança a pares de trabalhadores da saúde, mas com outros saberes e formações. Esse tipo de trabalho exige a passagem do quadro clínico ao caso clínico, ou seja, mais que uma descrição da evolução da doença, surge a necessidade de tomar o caso como via de composição de fatos, histórias e saberes a serem transmitidos.

Na psicanálise, Freud inaugura uma nova forma de apresentar os casos clínicos em seus textos, levando a sério tanto a descrição dos sintomas, como a etiologia da doença e procedimentos, mas sem deixar de lado a associação de história de vida do paciente e as formações inconscientes, levando tudo a uma construção do caso.

Temos, assim, três dimensões da noção de construção em análise que serão muito importantes para pensarmos a construção de caso: a verossimilhança alcançada pela reconstrução tal qual a de um arqueólogo, o critério de eficácia

pela confirmação indireta e a aproximação com o que não pode ser lembrado. Para Dunker (2011, p.541, parênteses nosso), “essas três dimensões no método de tratamento (construções em análise) são também aplicáveis ao método de investigação (construção do caso clínico)”. (Fender e Moretto, 2020, p.06)

Há um estabelecimento de relação entre as construções em análise – como metodologia de tratamento – e as construções de casos clínicos – como metodologia de investigação. Esse é o ponto fundamental para compreendermos o lugar do analista junto à equipe de saúde, manejando uma transferência de trabalho a favor de uma construção compartilhada sobre o caso. Fender e Moretto (2020) afirmam que tanto em Freud, quanto em Lacan, a construção do caso clínico está inevitavelmente relacionada à transmissão.

O trabalho de psicanalistas em instituições, sobretudo de saúde mental, transmitindo essa metodologia como forma de trabalho com equipes é conhecida. Em hospitais gerais também tem sido avaliada como possível, como vimos na Tese de Netto (2022), que discute a construção de caso clínico em cuidados paliativos. Esses trabalhos nos interessam para refletirmos sobre o cuidado compartilhado de pacientes psicóticos no HG e os impasses descritos. Por isso, avencemos um pouco mais no conhecimento dessa proposta, a fim de pensar a sua contribuição para o nosso trabalho.

Viganò é um dos nomes mais centrais na literatura existente sobre construção de caso clínico. Assim, ele a define:

A construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do caso (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição, de uma forma que parecerá paradoxal somente àquele que está doente de tecnocracia e de modelos cibernéticos. Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências etc. (Viganò, 2010, p. 02)

A transferência é elemento fundamental no relato de Viganò (2010) sobre o método da construção de caso, tendo função política e ética. É pela transferência que a diferença da psicanálise se coloca no campo da saúde e das políticas de cuidado vigente, fazendo frente não

só à cronificação do sofrimento psíquico no escopo de transtorno mental, como também ao apagamento do sujeito. Segundo o autor, uma das hipóteses de esvaziamento das “terapêuticas de transferência”, em comparação com o excesso de práticas cognitivas, é a seguinte: enquanto a primeira muitas vezes age rápido no sofrimento psíquico, mas precisa de um aporte social para a estabilização de quadros de sofrimento psíquico grave, a segunda refere a si mesma como terapêutica breve e de cura, mas que, no fim, oferece ao paciente a cronicidade.

Figueiredo (2004), outro nome relevante no tema, apresenta a via da construção de caso, para além da escuta dos relatos dos sujeitos, em três eixos: história/caso, supervisão/construção, conceitos/distinções. A autora relembra, a partir de Freud (1937), que construção é diferente de interpretação, uma vez que visa o arranjo dos elementos do discurso e não a intervenção em um ponto específico que tenha em vista um sentido.

Em suma, a construção do caso clínico em psicanálise, é o re(arranjo) dos elementos do discurso que caem, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra. Incluímos aí também as ações do sujeito, entendendo que são norteadas por uma determinada posição no discurso. (Figueiredo, 2004, p.79)

Neste recolhimento discursivo, a diferenciação entre história e caso se torna fundamental. Sendo a história o relato detalhado de cenas e conteúdos. O caso é o produto que só se dá após o trabalho via transferência e seu relato. Ou seja, não se trata de saber apenas sobre os fatos, ou de conhecer o diagnóstico e a evolução da doença, mas de levantar os significantes do sujeito em meio à sua história.

Figueiredo (2004) aponta a importância do que é chamado nas políticas públicas em saúde de projeto terapêutico – uma proposta que deve ir na contramão da hierarquia de saberes que determina um saber sobre o paciente, e que navega, ao invés disso, em busca de “boas perguntas” sobre como o sujeito pode lidar com aquela situação e qual seria nosso papel.

No HG, esse é um grande desafio, pois a insistência de uma fragmentação de saberes e a hierarquização destes, colocam a construção em conjunto e o cuidado compartilhado como incitação constante ao analista. Figueiredo (2004) aponta que, tanto a formação hierárquica quanto a formação “igualitária” têm seus impasses, não sendo sem conflito a relação em equipe. Afinal, a primeira coloca em pauta a problemática da verticalização de saber/poder e um risco de burocratização da clínica. Já a segunda coloca em pauta a problemática do risco de uma horizontalização que homogeneiza os saberes e apaga as especificidades, o que também pode comprometer a referência clínica necessária para o estabelecimento da transferência.

A clínica também fica comprometida quando a ideia de responsabilização é apagada do cuidado, realizando uma atenção tutelada que desimplica o paciente do seu tratamento. Isso é comum na clínica das psicoses, em razão de um comportamento de excesso de controle por parte da equipe de saúde, confundindo controle e cuidado. Esse comportamento acaba por se sustentar na visão de um paciente que não pode se responsabilizar, que irá transgredir, que não irá entender ou poderá colocar a si ou a alguém em risco. Quando o paciente é visto nessa posição de irresponsabilizável, exacerbam-se as tensões, e o modo de cuidar pode ficar submetido a uma necessidade excessiva de proteger e responder pelo outro.

Quanto ao sujeito, o importante é seguir seu estilo para a partir daí lhe indagar o que é pertinente a seu sintoma, e fazê-lo tomar sua responsabilidade como tal, por seus atos, no mínimo que seja, mesmo que não tenha responsabilidade plena, no sentido jurídico. É preciso separar esse campo de responsabilidades porque, na maioria das vezes, os sujeitos se apresentam tutelados, desresponsabilizados, mas nem por isso sentindo-se menos culpados, ainda que se percebam como vítimas (em muitos casos o são de fato). Isso os leva à imobilidade, à falta de solução, à confirmação da doença. Se nesse momento lhes apresentamos o “remédio, sabemos que este não é a cura, nem a restituição pura e simples ao estado anterior à crise ou ao surto. (Figueiredo, 2004, p. 82)

Segundo a autora, a construção de caso clínico é associada à retomada e ao aprendizado da clínica, recolhendo os fragmentos discursivos do sujeito e da equipe, na aposta de que, a partir disso, invenções de cuidado surjam, considerando a verdade do sujeito e sua implicação. Assim, a heterogeneidade de profissionais e seus diferentes saberes e tempos de formação colocam o discurso do sujeito em circulação e produzem coletivamente os próprios indicadores do tratamento.

Retomando Fender e Moretto (2020), conectando os conceitos teóricos e clínicos, o sintoma, a demanda e a transferência, torna-se possível construir o caso e realizar a sua transmissão. A comunicação do analista, partindo da construção de caso clínico, pode tocar a posição da equipe diante da subjetividade, mantendo sua ética pela via da transmissão.

Pensando em nosso problema de pesquisa, há de se circunscrever que a instituição hospitalar tem a hierarquização e as especialidades como características que tendem a uma fragmentação de saberes que desafiam a comunicação e a construção coletiva. Muitas vezes, a função do analista é circular por esses diferentes discursos e transmitir aquilo que do caso a caso aponta a posição do sujeito diante da doença ou da hospitalização, repercutindo em seu cuidado – em uma espécie de tessitura de uma colcha de cuidados que indica um ponto de tensão que fale dos impasses em torno da subjetividade.

Entretanto, como construído até aqui, em casos de pacientes psicóticos no hospital, primeiro: a) a clínica das psicoses não é reconhecida no HG, tanto como parte de seu escopo de trabalho, quanto como modo singular de sofrimento psíquico; b) a equipe tende a se precipitar em excessos no cuidado, como, por exemplo, na medicalização sem avaliação – o paciente é visto como alguém incapaz de participar do tratamento, o que revela não só os efeitos discursivos do saber médico em relação à subjetividade, mas também o mal-estar diante da verdade exposta pelo sujeito; c) a fragmentação discursiva e de saberes deixa a equipe sem amparo teórico-clínico para manejar os desafios no cuidado.

A ideia de que a saúde mental é uma especialidade do cuidado aos pacientes com sofrimento psíquico grave retira e desimplica a equipe de saúde no HG da responsabilização de se ver parte fundamental do caso clínico. O que pode ser um trabalho em conjunto com os especialistas torna-se o que se tem chamado aqui de terceirização do cuidado: “Este paciente é para a psicologia ou psiquiatria”.

Talvez seja necessário, primeiro, que a equipe reconheça a psicose como sofrimento psíquico em uma lógica singular e que a sua presença faz diferença no cuidado. Para isso, é importante que ocorra a inserção, não só do analista na equipe, mas da psicose no raciocínio clínico-institucional da equipe, e da equipe como parte fundamental do cuidado ao paciente psicótico. Tudo isso se favoreceria em um espaço menos fragmentado e hierarquizado a ser construído, considerando cada equipe no hospital. Assim, é possível seguir para a estratégia de construção de casos clínicos como dispositivo clínico-institucional a ser inserida como suporte para as construções assistenciais diárias.

8.3.2. Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Matriciamento

Outro dispositivo muito utilizado na Saúde Mental, sobretudo na atenção primária e nos CAPS, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2007, p.40), “o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas”.

Essa proposta leva em conta a atuação integrada da equipe de saúde, visando a singularidade de cada caso, incluindo a diferença em um projeto de ação de saúde, inserindo o paciente como protagonista do seu tratamento. Dessa forma, o PTS tem quatro momentos em sua estruturação teórico-clínica:

- 1- O diagnóstico: sempre sistêmico e considerando a subjetividade do sujeito diante da doença e do tratamento.
- 2- Definição de metas: propostas construídas em equipe a serem negociadas com o paciente, a partir de um profissional de referência (aquele com quem o paciente tem maior vínculo).
- 3- Divisão de responsabilidades: definir as tarefas de cada membro do projeto.
- 4- Reavaliação: discussão da evolução do projeto e correções necessárias.

De Luccia et.al (2015) fazem uma reflexão sobre as contribuições da Psicanálise ao PTS e sua aplicabilidade na atenção terciária. As autoras apontam que existe uma interlocução possível entre a proposta da inclusão da singularidade na discussão e decisões da equipe e a sustentação do sujeito e de suas demandas pelo psicanalista no hospital. Entretanto, na investigação realizada, elas compreendem um grande desafio da aplicabilidade do PTS na atenção terciária, devido ao excesso de especialização, à rigidez do discurso médico no HG, à hierarquização e à burocratização dos espaços de cuidado e seus impactos na construção conjunta de discussões e decisões no cuidado hospitalar – o que implica o risco de transformar um dispositivo clínico-institucional em protocolo e espaços formais que não viabilizem a inclusão do sujeito em um projeto de cuidado.

Assim, concluem que, no modelo hospitalar atual, a singularidade tem sido possível de ser sustentada através da inserção do psicanalista e da sua articulação entre as redes discursivas pela transferência de trabalho, que impacta os modos de cuidar no hospital. Porém, um dispositivo de construção conjunta dos saberes em torno de um caso complexo ainda parece um desafio, com risco importante de burocratização, caso se faça sem articulação a uma desconstrução estrutural.

O matriciamento¹³ parece também cair no mesmo ponto problema: o modelo de estruturação hospitalar e sua fragmentação de saberes e responsabilidades em torno de protocolos, que dificultam uma relação de trabalho que se organize de um modo mais coletivo. O que não quer dizer que fora do hospital e nas instituições de saúde em níveis primários e secundários haja garantia de que um espaço coletivo, de construções conjuntas e que incluam o sujeito e sua diferença aconteçam. Mas é inegável que há um desafio estrutural maior no

¹³ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Brasil, 2011).

ambiente hospitalar tradicional, dada a fragmentação original que compartimenta saberes e responsabilidades sob o objetivo de prestar assistência em casos de alta complexidade em saúde.

Em seu trabalho e inserção em equipes hospitalares, o analista pode se apoiar em um giro na posição da equipe diante da subjetividade que favoreça a construção de dispositivos a partir de um desejo da própria equipe. Podemos pensar que há, no horizonte de muito trabalho, uma aposta: que urja na equipe o desejo de ser um coletivo, e não apenas uma soma de partes que visem um todo.

8.3.3. O trabalho em equipe pela via do coletivo

Como um modo de estabelecimento de relações entre os sujeitos que impliquem o espaço para a falta e a diferença, a psicanálise traz considerações importantes sobre o coletivo. Figueiredo (2005) nos lembra que a reunião de profissionais em um serviço não é suficiente para se constatar que haja uma equipe. O modo como a reunião de profissionais articula seu laço social e suas produções aponta para o modo que constituem seu trabalho juntos.

Figueiredo (2005) afirma que, apontando para a noção de saber não-todo, mesmo que se unam várias partes de saber, revela-se inevitavelmente uma fenda, que permite que no interior da equipe o próprio paciente faça furo. Uma fala delirante ou um comportamento disruptivo pode ser o furo – como o que vem do real – revelando a falha na ilusão do todo. Podemos entender, aqui, esse saber todo como uma tentativa de sustentação de um saber sem furos. Essa tentativa pode estar associada ao ideal de equipe igualitária ou aos fluxos e protocolos institucionais que prometam alguma garantia frente ao real da clínica. Os fluxos, ações, protocolos, dispositivos têm seu lugar na instituição, e podem ser ferramentas úteis para a organização e o tempo necessários para circunscrever o problema nas relações de cuidado. Contudo, se amparada apenas em um desvio do confronto com a falta e o real, volta a burocratizar a clínica e não caminha para um cuidado suficiente dos desafios cotidianos.

Como, então, intervir em equipe? Figueiredo (2005) atenta para a relevância de saber que o trabalho não se faz sozinho, que não deve apagar a responsabilidade do ato do um a um. O ato é sempre solitário, o que não quer dizer também que não possa ser transmitido. Para a autora, é na transmissão e na partilha do ato que se produz um saber, o que implica a responsabilidade de buscar o coletivo sem renunciar à própria responsabilidade.

A transferência de trabalho também é lembrada pela autora como um caminho para pensar o coletivo através da psicanálise, e para lidar com a “cola imaginária” presente nas relações de grupo como rivalidades narcísicas que comumente levam à exclusão. A partir do conceito de transferência, a transferência de trabalho surge como uma via de trabalho que possibilita um modo de laço que permite a produção de um saber e de um fazer na clínica, através de uma questão e de um objetivo partilhado.

A relação entre os profissionais não se dá então pela via da identificação imaginária de afinidades pessoais, mas de uma escolha a ser feita pelo trabalho; uma escolha que considere as diferenças e faça uma parceria que não seja cega e nem acima da ética, ou priorizando um desejo de ser amado. Manejar essa transferência de trabalho é identificar que há entre o analista e os outros membros da equipe um objetivo em comum, que a equipe de saúde nos endereça algum suposto saber, e que nesse endereçamento incluirmos a diferença, a falta e o inconsciente.

No hospital, com sua intensa especialidade, escutamos com frequência a divisão das equipes em suas áreas profissionais. “Equipe de enfermagem, equipe médica, equipe de fisioterapia”. Em alguns momentos a equipe pode ser referida à unidade de trabalho. “Equipe da UTI, equipe da pediatria, equipe de oncologia”. Parece haver um outro modo de pensar a equipe quando ela sai da especialidade de uma profissão e passa à especialidade de uma clínica de cuidado. A ideia se move da burocratização de uma classe de profissionais para um interesse comum de trabalho. E aposta-se que, com a inserção do psicanalista, o objetivo em comum expanda-se da especialidade (oncologia, por exemplo) e avance a modos de cuidado, inclusive quando a subjetividade chega pela estrutura psicótica do paciente e convoca a equipe a lidar com seus furos em questão. Aqui temos uma especificidade que se levanta por esta tese, pois mesmo que o HG conte com uma unidade de psiquiatria ou saúde mental, ali ele não encontrará de antemão uma clínica das psicoses na qual se inserir. A clínica das psicoses existirá no HG, se construída no trabalho em equipe, e será favorecida se existir em uma lógica de coletivo.

O investimento compartilhado e em comum do coletivo também convoca a equipe à desconstrução do modelo hierárquico de grupo, distribuindo as responsabilidades, sem necessariamente diluir as diferentes competências específicas em termos técnicos, legais e funcionais.

Compreende-se assim que existem grandes desafios no cuidado compartilhado de pacientes psicóticos no HG, e não sendo um caminho viável a simples transposição de dispositivos já existentes em outras instituições de saúde para dentro do hospital. Entretanto, a construção desta tese arrisca uma tentativa e aposta que a alta complexidade não isenta o

psicanalista de atuar em cada caso na direção da implicação das equipes no reconhecimento da psicose e no cuidado compartilhado ao psicótico.

Esse trabalho a ser realizado pelo analista é favorecido pelo reconhecimento e conhecimento dos dispositivos e operadores clínico-institucionais acima destacados, com os quais podemos inserir em nosso repertório de atuação algumas ferramentas necessárias para o trabalho com a psicose no HG. Que contemos, assim, com a inserção, a transmissão, a transferência de trabalho, o reconhecimento da singularidade e do não saber, a construção de uma questão em comum e a aposta na mobilização de desejar saber sobre o cuidado dos pacientes psicóticos no HG.

9. A PSICOSE COMO EFEITO DO TRABALHO DO ANALISTA NO HOSPITAL GERAL: CONDIÇÃO PARA O CUIDADO COMPARTILHADO

Neste trabalho, já percorremos o lugar da psicose no contexto sócio-histórico, nas políticas públicas e instituições de saúde. Em seguida, desenvolvemos a psicose como organização psíquica estruturada pela psicanálise, com suas repercussões no corpo e na linguagem, que promovem a compreensão de que o psicótico experimenta o adoecimento ao seu modo.

Descrevemos, ainda, os desafios do cuidado compartilhado ao paciente psicótico no hospital, circunscrevendo a perspectiva subjetiva da equipe ao se deparar com o que a psicose revela de infamiliar em cada um, assim como o problema das formações em saúde. Observamos que pouco se estuda sobre o sofrimento psíquico, mesmo em uma perspectiva de saúde mental, tanto na graduação, quanto nas especialidades da área da saúde.

Delineamos, também, os desafios específicos da transposição, para dentro do hospital, de dispositivos clínico-institucionais ao sofrimento psíquico grave – que consideram a psicose – já existentes nas instituições de saúde não hospitalares. Assim, entende-se como mais viável ao analista no hospital conhecer, aprender e se deixar provocar por esses dispositivos, observando suas contribuições e alimentando seu repertório teórico-prático para a construção de dispositivos clínico-institucionais que sejam possíveis no HG, hoje, e que promova avanços para o futuro.

Dessa forma, seguiremos neste capítulo com o objetivo de compreender o trabalho a se construir pelo psicanalista nos casos de psicose no hospital, buscando para ela um lugar de fato existente nas relações de cuidado. Iniciaremos pela condição inicial de inserção do psicanalista na equipe de saúde como meio de construção de um lugar para operar analiticamente no HG, para, posteriormente, a partir de fragmentos clínicos, desenvolvermos o trabalho específico nos casos de psicose em nossa experiência no hospital. Buscaremos apontar as possibilidades de operação junto à equipe de saúde, visando o cuidado compartilhado desses pacientes e os efeitos na instituição que favoreçam um lugar de cuidado ao paciente psicótico no HG.

9.1. Tudo começa com a inserção

Por que tudo começa com a inserção? Moretto e Prizskulnik (2014) apontam que a inserção do psicanalista na equipe de saúde é um processo e, ao mesmo tempo, um pré-requisito para seu trabalho na instituição de saúde. Assim, a sua entrada e contratação pela instituição não garantem que ele tenha um lugar na equipe de saúde, ou seja, que ele esteja inserido.

Vimos pelos fragmentos clínico-institucionais disparadores, sobretudo a Vivência 1, que a entrada no hospital não dava sinais de que o estágio com sua supervisora e estagiários tinham um lugar para a equipe de saúde. As consequências foram não só as resistências esperadas, mas dificuldades de operação, como as negativas de participação nos casos de saúde mental que incluíam pacientes psicóticos. Ao serem interpretados, esses sinais provocaram a supervisora a rever a posição do estágio e a buscar outras estratégias de trabalho para a possibilidade de inserção.

Em diversos momentos da nossa experiência, notamos que há, para cada profissional ao entrar no HG, um trabalho a ser realizado, no sentido de construir um lugar junto à equipe e na instituição. Notamos também que, o fato de, antes da entrada do profissional, a área a que ele se atrela – em nosso caso, a psicologia hospitalar – ter um trabalho reconhecido e um lugar na instituição, favorece a nossa apresentação inicial. Seria como uma espécie de cheque caução de cada entrada, com alguma aposta de que faremos diferença. Entretanto, isso não traz garantia, uma vez que, se o profissional não operar uma real diferença, seu lugar não será reconhecido; assim como, também, não é um impeditivo que uma equipe de psicologia hospitalar não reconhecida impeça a inserção de um psicólogo, desde que ele trabalhe e transmita o seu saber-fazer.

Assim, voltamos a Moretto e Prizskulnik (2014), que indicam que a responsabilidade da construção do lugar do analista na equipe de saúde é do próprio analista. O processo de inserção tem a ver com o ato do psicanalista, que inclui uma posição simbólica e subjetiva em se colocar em alteridade com a equipe. Em alteridade, não em complementariedade, considerando a diferença e a posição singular de cada equipe. Esse ato inclui, então, delimitar um processo psíquico de dentro e fora, eu e outro, a partir da marcação de uma demanda de trabalho.

Ligados a esse processo, as autoras definem dois pontos de relação entre inserção e lugar do analista, que aqui nos interessam: o tipo de demanda que a equipe dirige ao analista e a forma como o analista escuta e responde à demanda. O primeiro ponto dá sinais de como a equipe se relaciona com a subjetividade; o segundo ponto favorece ou não a inserção do analista.

Nos casos de psicose, compreendemos que muitas vezes a forma como a equipe nos aciona é tal qual um pedido de socorro, como se o caso colocasse a equipe em apuros. Isso se transmite com queixas ou solicitações em diversos tons; irritação, “já não basta tudo que a gente faz, e ainda tem estes casos”; insegurança, “não sei muito como lidar com ele”; apelo a ordem “a gente precisa que alguém faça alguma coisa”; dúvida, “te chamei, mas nem sei se este caso é para você ou para a psiquiatria”; entre outros modos que anunciam uma dificuldade de apreensão de seu lugar no cuidado, como se estivessem sob alguma ameaça diante desses casos. Delineamos anteriormente a hipótese de que essa ameaça é o primeiro sinal da ausência de um lugar para a psicose no raciocínio clínico-institucional de cuidado no HG, que promove tanto o mal-estar frente ao confronto com o infamiliar exposto pela psicose, como a vulnerabilidade do saber constituído pela equipe até ali – o que mobiliza a ideia de insuficiência de saber: “Este paciente não é para mim”.

Dessa forma, existe um trabalho a ser feito a partir do lugar do analista; um trabalho de reconhecimento do saber e de não saber da equipe, mas também da inclusão do saber do próprio paciente. E ainda, buscar como efeito desse trabalho outro modo de relação que não seja de ameaça pela estrutura psicótica, mas, quem sabe, de enigma e invenção, para que o trabalho compartilhado possa acontecer.

Diante da solicitação de sua presença, se o analista interpreta o pedido ou a queixa da equipe de saúde como algo a ser resolvido, sem apurar a demanda, tenderá a dar uma resposta que tampone momentaneamente o desafio, sem efetividade alguma. Afinal, a demanda pulsa, diz respeito ao que o sujeito endereça inconscientemente, necessitando do anteparo de um terceiro que o escute e apoie no reconhecimento do próprio sofrimento ou, no HG, dos desafios em relação ao sofrimento de um outro ou do cuidado. Compreende-se, então, que existe um trabalho a ser feito entre pedido e resposta, que é a escuta da demanda. Só assim, a resposta se dará ao real ponto de desafio para a equipe, ou seja, não somente ao que aquela equipe pede, mas ao que ela deseja saber.

Existem equipes de saúde, segundo Moretto e Prizskulnik (2014), que apresentam uma relação de consideração da subjetividade, e outras que a excluem. Ou seja, equipes de saúde que desejam ou não desejam saber sobre a subjetividade, sendo o segundo caso um complicador da inserção do analista na equipe. Afinal, mesmo que o psicanalista cumpra seu trabalho clínico com o paciente, se não houver a operação com a equipe sobre o que pôde escutar do paciente e transmitir o que disso implica no cuidado, tenderá a ficar isolado. Ou seja, o analista não ocupará espaços nas decisões compartilhadas e reconhecimento do sofrimento do paciente em seu tratamento.

Vimos nesta tese que, sobre a psicose, há um desafio constante em se haver com o que ela revela sobre a subjetividade. Entretanto, é inegável que, reconhecendo o lugar da subjetividade no cuidado, há maior espaço para desejar saber sobre o paciente psicótico, apesar do que isso implica de desafios subjetivos e cuidados específicos. O analista é aquele que pode propiciar um espaço de favorecimento de desejo de saber, com sua escuta, retornos e transmissão àqueles que cuidam desses pacientes. Do mesmo modo, compreendemos que aqueles que excluem a subjetividade terão ainda mais dificuldades com a psicose – casos em que a subjetividade sem barra impelirá a equipe, a todo momento, a considerá-la. Nesses casos, a atenção do analista aos pedidos e apelos à ordem, custe o que custar, deverá ser redobrada para não incorrer em situações de hostilidade e segregação no cuidado dos pacientes psicóticos no HG.

Fica a questão de como fazer girar a posição da equipe diante da subjetividade, visto que, pelos próprios efeitos do Discurso médico, a exclusão da subjetividade é o mais comum. Para Moretto e Prizskulnik (2014), a saída é o trabalho, ou seja, atuar rigorosamente como analistas, sustentando nosso discurso, e para isso é importante considerar que construir um lugar na equipe não é ocupar o lugar que a equipe pede. Ou seja, é a partir da transferência de trabalho que isso se torna possível, pela operação do analista, a partir de um lugar de suposto saber que mobiliza a equipe; e que a mobilize em pontos que não estão necessariamente em sua questão inicial, mas, sim, supostas em suas demandas, quando escutadas analiticamente, pedindo por reconhecimento no cuidado ao paciente. A formulação de questões em conjunto, entre analista e equipe, incluindo a singularidade do caso, é efeito da inserção. É ela que dá sinais de que saberes compartilhados movem um desejo de saber sobre o ponto desafiador do cuidado.

A sustentação de um lugar na equipe necessita do mesmo trabalho de construí-lo. O analista deverá marcar com constância sua diferença entre os diversos discursos existentes na instituição, articulando entre eles a transmissão do que escuta e maneja em cada caso e em cada demanda apurada nas discussões em equipe (Moretto e Prizskulnik, 2014). E assim também deverá ser nos casos de psicose, considerando ainda suas diferenças estruturais no encontro com a equipe hospitalar e os desafios únicos de cada caso.

O paciente psicótico pode estar na instituição devido ou não a alguma crise psicótica. Esses pacientes também adoecem organicamente e circulam em diversas unidades do hospital. E não poderia ser diferente. O paciente psicótico adoecerá como um psicótico, incluindo sua relação singular com o corpo e a linguagem, como vimos anteriormente.

Assim, considerar o cuidado compartilhado destinado a esses pacientes não quer dizer que seja, necessariamente, um dispositivo especialista da clínica das psicoses, colocando a

diferença no guarda-chuva da especialidade. Mas que seja, sim, um dispositivo que oferte escuta e localize a posição do paciente, incluindo sua diferença estrutural e seu modo singular de adoecimento, transmitindo isso para a equipe do HG e, do mesmo modo, localizando a posição da equipe diante da psicose, suas dificuldades específicas e os modos de cuidado que ali se apresentam.

Não há diferença na ética e escuta do analista, mas a localização diagnóstica, mesmo que em aposta, é necessária para que possa dirigir o tratamento na psicose com os manejos necessários, diferentes da neurose; o que no HG inclui também a equipe. É importante, assim, que o analista some ao cálculo clínico-institucional de seu trabalho as especificidades da herança histórica do estatuto da loucura e período manicomial nas instituições, a singularidade da psicose diante do sofrimento e de seu manejo, e as resistências e dificuldades da equipe em cada caso de psicose no hospital.

9.2. Um lugar a se vislumbrar na penumbra entre a equipe e o paciente psicótico

No Seminário 18, Lacan nos apresenta “Lições sobre a *Lituraterra*” (1971), um texto que pode auxiliar na nossa construção desse lugar do analista *entre* o paciente psicótico e a equipe de saúde.

Pensando a relação entre psicanálise e literatura, Lacan faz uma invenção, “*Lituraterra*”, delineando a função da letra na articulação com o saber e o gozo, a partir da apresentação de duas representações, a fronteira e o litoral.

Primeiro, ele apresenta a fronteira como meio de separar dois territórios por uma falha-limite da continuidade, afinal os dois territórios são o mesmo, “pelo menos para quem atravessa” (p.109). Já o litoral “é aquilo que instaura um domínio inteiro como formando uma outra fronteira, se vocês quiserem, mas justamente por eles não terem absolutamente nada em comum, nem mesmo uma relação recíproca” (p.109).

Depois, o psicanalista levanta duas questões guias (p.109): “será que a letra não é o literal a ser fundado no litoral?”; “não é a letra propriamente o litoral? A borda no furo no saber que a psicanálise designa, justamente ao abordá-lo, não é isso que a letra desenha?”

No HG, entre a equipe e o paciente psicótico, o analista busca a sustentação da tensão no cuidado, através da transferência da equipe com o analista, e na escuta e manejo do caso.

Nessa cena, falamos de um espaço de amarração entre dois elementos sem reciprocidade e continuidade aparente, devido à descontinuidade estrutural que revelam em suas posições.

O impasse entre a forclusão do nome-do-pai na psicose e o funcionamento normalmente sustentado na norma fálica da equipe de saúde¹⁴, em um espaço em que o psicótico é estrangeiro do estrangeiro (subjetividade a céu aberto), mobiliza possíveis excessos na relação de cuidado. Excesso que traz desdobramentos e que de alguma forma apontam para o saber em xeque da equipe – saber sobre si e saber sobre a psicose.

É importante para nós pensar essa tensão insistente e o seu potencial de conflito. Sobretudo quando a equipe, diante do furo em seu saber, com as dificuldades de repertório para manejar os conflitos e os imperativos do ideal de conduta, convoca a norma fálica no cuidado, sem incluir a lógica do saber do paciente psicótico, como no caso da estagiária Cinderela¹⁵. Aqui, o conflito do caso, em que a equipe tenta conter a paciente e proibi-la de fumar a qualquer preço, se torna uma explosão pulsional, que escorre até os corredores, sem dentro e fora, anunciando o impasse de dois elementos sem contorno. Com potencial de desencadeamento de crise, a convocação da norma fálica desarticulada da singularidade da psicose é material que deve ser tratado com o analista no cuidado compartilhado e nas construções em equipe.

Nesse transbordamento pulsional nos corredores do hospital, no caso dessa estagiária, rompem-se os semblantes do pedido, escancarando uma demanda que só se nomeia na supervisão. Assim, lemos inicialmente o pedido de “contenha a paciente”, e a demanda de “não sabemos conter e cuidar dessa paciente, não damos conta”, que se inverte para as estagiárias como “você não sabem e não dão conta”.

Tomadas pelo pedido, as estagiárias escorregam para dentro da cena e seus excessos, sendo capturadas pela necessidade de alguma resposta à imagem caótica, sem conseguirem circunscrever alguma borda. Sem isso, o espaço de trabalho potencial *entre* paciente e equipe perde sua potência, sem forças para manejar na relação transferencial com a equipe o desencontro que vai a público e que convoca a todos algum contorno. Cabe dizer que a supervisão está ali para isso, sobretudo no início da formação, quando as capturas imaginárias das solicitações da equipe e dos fenômenos clínicos são ainda mais comuns. A supervisão é dispositivo necessário não só para a formação do analista, mas para bordeamentos de excessos transferenciais que a clínica, sobretudo no hospital, traz.

¹⁴ Pensa-se aqui na organização sustentada discursivamente, não na posição subjetiva dos membros das equipes, mas, sim, na equipe como aquela que responde e enuncia uma posição discursiva.

¹⁵ Capítulo 5

Lacan (1971) destaca que é na insistência do litoral entre saber e gozo, que o litoral pode virar literal, sendo a letra alguma amarração possível. E é “somente a partir daí que podem tomar-se pelo agente que a sustenta” (p.113). Assim, é na insistência da borda no real que alguma literalidade se apresenta, anunciando algo do agente do discurso. A letra, na função de demarcação entre saber e gozo, permite que advenham efeitos de escritura ao gozo, sendo suporte ao que não consegue advir no simbólico/significante.

Segundo Prado et.al (2022), a localização do gozo na letra bordeja o impossível de dizer entre o querer saber e o querer gozar. Na tensão entre equipe do HG e paciente psicótico, podemos supor que a equipe fica ancorada em sua necessidade de se amparar na norma fálica e na proteção do saber. Já o paciente psicótico fica ancorado nas convocações que retornam no real, invadido por um gozo abundante, sem amarração do nome-do-pai. Sem dialética entre um e outro, os dois acabam resvalando em excessos (proteção do saber, proteção do gozo do Outro), sem uma marca inicial que insira um cuidado possível. Digamos que os excessos do paciente furam o saber da equipe e os excessos da equipe ameaçam o estreitamento com o Outro na psicose, constituindo dupla fonte de ameaças.

Um dos riscos é o de que a equipe de saúde caia num lugar de Outro ameaçador para o paciente psicótico que, sem apoio da função simbólica, fica invadido por um gozo que o coloca num lugar de objeto de gozo do Outro, podendo ter repercussões de crise, passagem ao ato e desestabilização que levantam sofrimento psíquico e podem pôr em risco o próprio tratamento realizado no HG.

Segundo Figueiredo (2005, p.49):

a referência ao gozo localiza a dimensão pulsional como o modo de relação do sujeito ao objeto. Ou seja, de que modo o objeto, que Lacan nomeia de objeto a, incide sobre o sujeito como significante no corpo, circunscrevendo modos de gozo. Estamos no campo da satisfação pulsional que não se resume ao prazer e, portanto, inclui a forma mais radical de gozo que é a angústia. O sujeito é tomado pelo gozo que pode ser avassalador (nas psicoses, por exemplo), a ponto de reduzi-lo a posição de objeto.

Se o paciente fica literalmente em um lugar de objeto de cuidado, pela intolerância ao não saber, potencializado por aquilo que não se quer saber (subjetividade a céu aberto), riscos no cuidado emergem como a repetição da segregação que a psicose sofreu ao longo dos anos. Um modo de cuidado permeado de excessos, como a lógica manicomial, denuncia pelos controles uma tentativa de afastamento da loucura que vai na contramão do cuidado. Esse é um ponto extremo, ao qual os desafios no cuidado compartilhado ao paciente psicótico podem

levar, caso a psicose não tenha reconhecimento. Por isso, o analista não é vigia da relação equipe-paciente, mas é participante fundamental, que destaca as nuances psíquicas e inconscientes na relação de cuidado, vislumbrando outro destino ao que poderia ser iatrogenia ou hostilidade no tratamento de saúde na psicose.

Dessa forma, fazer borda aos desafios e excessos na relação de cuidado, atentando ao lugar do paciente psicótico nos fragmentos recolhidos da equipe, torna-se importante ao analista que visa não só a inserção do sujeito no cuidado, mas a sustentação de uma clínica que não seja segregatória no hospital.

Bordear esse furo no saber da equipe requer a construção de um espaço desde dentro da equipe, perto, atento, acolhendo e recolhendo os fragmentos institucionais da equipe e do paciente, buscando tecer uma rede que promova um espaço para o não saber, para o mal-estar, para a falta e para o estranho. Por isso a defesa de um espaço analítico *entre*; um espaço em que o analista possa se fazer de anteparo a uma questão que inclua a psicose no cálculo de cuidado da equipe de saúde no hospital.

Apresento um fragmento clínico-institucional que pode colaborar com nossa questão sobre o lugar do analista junto à equipe para localizar no cuidado um lugar para o paciente psicótico na instituição hospitalar.

O caso chega a partir de um pedido médico de avaliação psicológica para o paciente e sua acompanhante, em que se nomeia o paciente como “esquizofrênico com doença respiratória” e a sua mãe idosa como “super ansiosa”. Um dos enfermeiros no cuidado ao paciente, nomeia como “penumbra” a posição da equipe de saúde diante de casos como esse. Pergunto sobre a penumbra e ele diz “é porque a gente não sabe como o paciente está, ele não manifesta. Para alguns dá medo, porque nem todos sabem como enfrentar”.

Esse paciente em questão, segundo a equipe, praticamente não falava, mas tinha tido duas crises durante a internação. A mãe, que falava por ele ou falava por dois, gerava preocupação e irritação na equipe. Ao mesmo tempo, o paciente quase não aparecia no discurso da equipe. Quando digo que o paciente falou pontualmente comigo, o enfermeiro manifesta espanto: “nunca ouvi a voz dele”. A presença maciça da mãe mobilizava questões, aparecendo no pedido como centro do mal-estar do caso. Entretanto, na escuta à equipe de saúde, o que se revelou como demanda foi o mal-estar por saber que o paciente fala, mas não fala com a equipe. ‘E como vamos saber como ele está?’, diz o enfermeiro. Daí foi se

construindo uma questão sobre cuidar do paciente, colocando a mãe como alguém que falava desde si e não desde o paciente.

No dia seguinte, outra enfermeira de plantão fala da sua impressão de que o paciente “não fala, porque não precisa. A mãe fala por ele. Entrei no quarto e ela (a mãe) estava no banho. Ele respondeu tudo que perguntei, do jeito dele, né?”. Complementa dizendo que não quer julgar a mãe, mas nota a falta de espaço e seus efeitos no paciente. Eu destaco a importância de sua percepção e de que um ponto não exclui o outro, a mãe pode estar em sofrimento e assim tomar um espaço de fala em que o paciente fica fora. E complemento “parece importante para ele (paciente), para ela (mãe) e para nós (equipe) esse gesto de convidá-lo a falar, a partir disso que você está me dizendo”.

Do enunciado da penumbra, algo se esclarece sobre a dificuldade da equipe diante do não endereçamento de questões do paciente e do “super” endereçamento da mãe que atravessa o cuidado. Assim, alguma inscrição inicial pode incluir o paciente no olhar da equipe, construindo uma questão a ser desenvolvida, circunscrevendo o dentro e o fora da experiência de desafios de cuidado da própria equipe.

Nessa operação, vamos de o paciente “não fala” para “o paciente fala”, mas a mãe fala por ele”, recorrendo ao “precisamos convidá-lo a falar”. Se para a equipe é importante que ele fale, que seja “do jeito dele”, como disse a enfermeira, e quando ele quiser. A presença do analista abre um caminho para que ele seja incluído no cuidado, que a mãe fique em um lugar menos inflado na transferência, e que a equipe se escute em relação ao seu ideal de um paciente que responda de um lugar endereçador, para que seja considerado como parte do cuidado.

Costa (2006) nos ajuda a pensar no lugar do analista em casos da clínica da psicose em que o paciente fica no lugar de Outro anônimo, sem sujeito e sem endereçamento na instituição de saúde. O analista, para a autora, faz-se suporte de uma pergunta, em toda a ignorância, no ponto de resistência, fazendo-se parte da questão, mediando o endereçamento aos outros e inserindo o sujeito na transferência. E assim, ao reintroduzir “o que não se sabe como eficácia operatória”, possibilita que um sujeito se represente no suporte enunciativo da ordem pública.

Se “entre centro e ausência, entre saber e gozo, há litoral” (Lacan, 1971, p.113), a função de bordear os furos e excessos na relação entre paciente e equipes de saúde dispõe a escuta do analista no cruzamento de diferentes posições frente ao inconsciente, buscando movimentar a partir da letra alguma inscrição da psicose no campo discursivo do HG.

Costa (2006, p.160) observa que:

a transferência insere uma borda, no lugar da qual pode advir um significante que represente o sujeito do inconsciente, é uma colocação lacaniana que precisa ser situada no tema que nos ocupa. Essa borda diz respeito à construção das condições do laço discursivo, ou seja, daquilo que modula um gozo em comum. Somente nessa condição o gozo da exclusão pode ser inscrito na repetição na transferência.

Então, em nossa discussão, pensamos no analista junto à equipe de saúde do HG, fazendo borda nos enunciados de dificuldades e excessos diante do estranho convocado pela psicose. Ao pé da letra, alinhavando e inscrevendo um espaço de contorno, na aposta de que um saber compartilhado sobre o caso se construa, mas também sobre nosso modo de cuidar.

9.3. O caso Eduardo¹⁶: a transmissão, a analista-testemunha e a manobra transferencial construindo uma rede de cuidado

Conheço Eduardo em sua primeira internação, quando foi diagnosticado com leucemia. Estava acompanhado de sua mãe, a quem foi feito o pedido de atendimento para a psicologia, por perceberem sua fragilidade com o diagnóstico do filho e por ser uma idosa. Eduardo tem o diagnóstico psiquiátrico anterior de Esquizofrenia há muitos anos. Seguiu uma vida restrita socialmente, desde então, em um círculo social que inclui pouquíssimos familiares, apoio doméstico, psiquiatra e acompanhante terapêutico (AT).

No primeiro atendimento já se evidencia o fato de que o paciente pouco falava, pouco me olhava, mas escutava atento às colocações da mãe. Enquanto ela me conta todo o percurso da internação até o diagnóstico de leucemia, Eduardo interrompe abruptamente, dizendo: “mas esta doença é coisa daquela gente que fez isso comigo”. Peço que o paciente fale mais, ao mesmo tempo contorno para que a mãe participe, mas o deixe falar. Vou entendendo que existe um discurso paranoico recorrente, não muito estruturado e anterior à internação. No que podemos observar como delírio, surgem perseguidores, que se instalam ao redor de Eduardo e provocam males difusos. Sua maior preocupação era com a casa que estava sozinha há dias, não formulando nenhuma questão sobre o diagnóstico de câncer, o tratamento, os efeitos colaterais e os riscos de morte. A mãe era quem endereçava questões sobre isso. O paciente se preocupava com os invasores.

¹⁶ Nome fictício

Sigo no caso, voltando-me cada vez mais para o paciente. Em outro atendimento, estava à beira de seu leito, quando a Enfermeira, com quem eu já trabalhava na rotina, no intuito de não interferir no atendimento, gentilmente fala “é rapidinho, não vou atrapalhar” e instala uma bolsa de alguma medicação no acesso venoso já existente no braço de Eduardo. Depois escreve algo em um quadro de controle de informações e parte rumo à saída. Vejo o olhar do paciente assustado, mais que assustado, havia algum pavor. Chamo a Enfermeira e peço que ela se aproxime, convidando que se apresente e conte o que colocou em sua veia. O paciente parece ficar menos desconfiado.

Busco transmitir para a equipe que o paciente tem uma dificuldade de confiança, sentindo-se em ameaça e submetido a invasões. Compreendemos em conjunto, a partir do manejo de apresentação da enfermeira e da medicação, a importância de se apresentarem e dizerem objetivamente o que estão fazendo ao entrar no leito, cuidando para que o paciente não fique especulando ações da equipe. O risco identificado ali era o de que a equipe ou a medicação entrasse no lugar de Outro invasor, favorecendo a entrada do paciente em crise e impactando seu tratamento oncológico.

O paciente, dias depois, muda de setor e vai para a enfermaria de oncologia. Recomeço o trabalho de transmissão, conhecendo uma equipe que não era a de meu cotidiano e que não conhecia Eduardo e sua acompanhante. Surge a repetição para a equipe da percepção do paciente bonzinho e da mãe demandante de preocupação, por endereçar várias queixas e questões. Vou entendendo que a interpretação da equipe de um paciente bonzinho devia-se à passividade inicial que ele apresentava, não questionando condutas e procedimentos. Nos retornos com a equipe, discutindo o caso depois dos atendimentos, vou provocando a nova equipe a colocar em questão a leitura da passividade como aceitação. O paciente assustado não parecia estar de acordo, só não conseguia nomear. Nós teríamos que nomear a novidade que éramos para ele, sabendo do seu estranhamento frente à série de relações e procedimentos que invadiam sua vida.

Entretanto, inevitavelmente, acontece novamente de alguém entrar e realizar o seu trabalho sem se apresentar para o paciente e explicar o que estava fazendo. Entro no quarto momentos depois e aquele paciente passivo, obviamente não estava mais assim. Eduardo estava em pé, agitado, andando de um lado para o outro, irritado. Falava alto para mim que não entendia o que queríamos com ele, que estávamos gerando danos a ele. Percebo que algo da assistência resvalou no lugar de Outro invasor e que não adiantariam só intervenções com

a equipe, mas também com o paciente. O paciente não apresentava ainda uma crise, mas estava próximo à beira do abismo.

Falo para o paciente que sabíamos que éramos uma grande novidade junto com a doença atual, e que ele estava assustado, mas que a equipe estava ali para tratar seu corpo e a doença ameaçadora, que os remédios eram parte importante deste combate. “Precisamos da equipe e precisamos do remédio para seu corpo se proteger”. Digo que se alguém não havia deixado isto claro, eu estava deixando. Algum efeito surte e nos outros dias não surgem mais dificuldades com a equipe nesse aspecto. Busquei colocar a equipe e o remédio como parte da proteção da ameaça da doença e evito colocar o invasor e o delírio em inflação, mas circunscrevo um limite em seu corpo e ao diagnóstico diante da vulnerabilidade que retornava pela ameaça de invasão.

Desde o início, faço uma série de articulações com o oncohematologista, o psiquiatra e, sobretudo, o AT do paciente. Com este, começamos um trabalho de nos introduzir como parceria para Eduardo. Falo sempre que estive em contato com o AT, que sou sua dupla dentro do HG. E o AT falava sempre de mim como alguém com quem ele podia contar dentro da internação. Isso parece ter favorecido alguma relação transferencial possível ao caso e a construção de uma rede de atenção ao paciente que passaria por uma longa jornada de tratamento.

Eduardo se internou mensalmente, por quase um ano, para realizar suas quimioterapias. Com o apoio da psicóloga de referência do setor, indicamos que de preferência ele ficasse no mesmo setor, com a mesma equipe. Paciente, familiar e equipe foram se familiarizando, se conhecendo e descobrindo formas de fazer o cuidado funcionar. O paciente conseguiu terminar o tratamento hospitalar.

O caso Eduardo levantou grandes desafios para a equipe e traz questões importantes para o papel do psicanalista no cuidado compartilhado aos pacientes psicóticos no HG. O cruzamento de dois relevantes diagnósticos, Esquizofrenia e Câncer, mobilizou a necessidade de uma rede de saberes trançarem apoio para a complexidade que o tratamento exigia. Notamos que esse movimento de construir uma rede em torno do caso endossa a importância de articulações dentro e fora do hospital em caso de psicoses.

Nesse cruzamento de saberes, o analista precisou se colocar como ponto de tessitura, pois a fragmentação de discursos e condutas no HG, junto ao discurso paranoico do paciente e à complexidade do tratamento a se realizar (várias internações, procedimentos invasivos e diversas equipes) anunciavam um risco de espedaçamento importante que colocaria em risco o paciente.

Essa tessitura só foi possível com a transmissão para a equipe do que se recolhia de cada ponto do caso, junto à formulação, em conjunto, de saídas. Por isso, torna-se fundamental a discussão sobre a transmissão, como apoio fundamental para a inserção da psicose no cuidado compartilhado do paciente psicótico no HG.

9.3.1. Discussões sobre a transmissão

Um dos grandes pontos levantados e reforçados nesta tese é o atravessamento do estigma social da psicose, a formação geral de profissionais de saúde e a resistência ao estranho, que interferem no cuidado aos pacientes psicóticos, podendo recorrer em excessos.

No caso de Eduardo, vimos que apesar de a equipe realizar o seu trabalho, conforme preconizado pelos protocolos institucionais, o estigma do paciente dócil e o anúncio da doença como efeito do Outro invasor revelam as dificuldades da equipe em reconhecer os aspectos subjetivos do caso. O analista, em seu papel, recolhe, a partir do pedido de avaliação e suporte da psicologia hospitalar (área institucional na qual a analista está vinculada ao título de psicóloga, ocupando-a a partir da ética e sustentação teórico-clínica psicanalítica) e das discussões com a equipe, a leitura da equipe e o discurso do paciente psicótico, alinhando a questão compartilhada com a equipe: esse paciente se sente sob ameaça, somos uma grande novidade e precisamos cuidar para não ficarmos no lugar comum do invasor. O que podemos fazer em relação a isso?

Existe o desafio na transmissão da analista em precisar destacar a diferença da estrutura psicótica de Eduardo, presente em sua forma de comunicar seu sofrimento psíquico e se colocar na relação com a equipe, destacando que o paciente precisa de alguma atenção no cuidado, sem estigmatizá-lo como o caso difícil. Transmitir a complexidade do caso e a reformulação do cuidado pela via do que há de singular, convidando a equipe a participar da construção de saídas e aproximação do caso, é um ponto a se desenvolver.

Para entender a diferença proposta pela transmissão nas discussões de caso com a equipe, precisamos seguir com algumas formulações teóricas que nos apoiam nesta discussão. Afinal,

no HG e na psicologia hospitalar, existem práticas de comunicação e discussão de caso em equipes de saúde estabelecidas, com as quais precisamos dialogar e entender as diferenças e interlocuções com a psicanálise.

9.3.1.1 A transmissão em tensão com outras intervenções comuns no HG

Instrumentalização e psicoeducação são dois termos muito utilizados na área da saúde e pela psicologia da saúde, inclusive no universo hospitalar. Elas são ferramentas que compõem o que se chama de educação em saúde que, para Salci et.al (2013, p.225), “é compreendida como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não, cujas críticas têm evidenciado sua limitação para dar conta da complexidade envolvida no processo educativo”.

Advinda da percepção de desconhecimento importante dos usuários do SUS – com impactos na adesão aos equipamentos e tratamentos, participação e controle social e acesso a saúde –, associada à necessidade de cuidar da qualidade da formação profissional das equipes de saúde, a educação em saúde é pauta importante nas políticas públicas em saúde.

Para que a promoção da saúde efetivamente ocorra com a instrumentalização da educação em saúde, além da compreensão da temática, dos conceitos e dos aspectos que ela abrange, é imprescindível a associação dessa prática à comunicação, informação, educação e escuta qualificada. (Salci et.al, 2013, p.225)

A instrumentalização como um dos métodos da educação em saúde, mais especificamente no que diz respeito aos profissionais de saúde, é compreendida como oferta de subsídios para o atendimento especializado (Fundação Osvaldo Cruz, 2015).

Já a psicoeducação é, segundo Lemes e Ondere Neto (2017), uma intervenção terapêutica de caráter mais educativo para pacientes e cuidadores, a princípio no universo da psicoterapia. A ideia seria orientar sobre os processos psicoterapêuticos para que o seguimento se desse com consciência de seus aspectos psicoemocionais com autonomia, através do fortalecimento da comunicação, estratégias de enfrentamento e adaptação. Em expansão, a intervenção começou a ser aplicada em diversos espaços de saúde.

Maia et.al. (2018) complementam que a psicoeducação é uma técnica que tem grandes influências da teoria cognitivo-comportamental e é muito utilizada como ferramenta no tratamento de transtornos psiquiátricos, visando ampliar o conhecimento do paciente e do

cuidador sobre o quadro clínico e o tratamento. Com foco em informar, reunindo conhecimentos multidisciplinares, a intervenção é caracterizada como complexa e de olhar integral.

Essas compreensões e intervenções estão em interlocução com o psicanalista na área da saúde, sendo difundidos, sobretudo na área da psicologia hospitalar, como ferramenta de trabalho multidisciplinar. Há questões a serem pensadas nessa interlocução, já que, pela ética da psicanálise, a oferta de instrumentos e informações pela via da posição de saber sobre o outro não são compatíveis com o dispositivo analítico. O que não quer dizer que o psicanalista que atue na área da saúde não possa orientar ou até mesmo instrumentalizar as equipes, quando necessário.

Apesar de a ideia de educação em saúde – tanto pela via da educação permanente dos profissionais de saúde, quanto pela via da aproximação com a comunidade – sustentar-se em métodos pedagógicos que evitem o que chamam de “transmissão de conteúdo”, buscando reconhecer o conhecimento do profissional ou usuário e visando a ampliação do conhecimento, corre-se o risco do que é nomeado, pela leitura psicanalítica, como mestria. Ou seja, a transmissão proposta pela psicanálise não é a transmissão de deslocamento de saber, que a educação em saúde evita. Aqui, estamos na mesma página. O ponto é que se não inserirem o saber sempre como saber não todo, a instrumentalização e a psicoeducação podem promover aquilo que evitam: a tentativa de garantia de que um saber se some ao outro fechando a questão.

Apresentamos, assim, contribuições da psicanálise, a fim de colaborar nessa discussão e nos auxiliar na construção do lugar do analista na circunscrição de questões compartilhadas com a equipe nos casos de psicose. Como apresentar a psicose, incluindo sua diferença no cálculo do cuidado, sem colocá-la como uma ameaça ao saber e sem colocar a psicanálise como a resposta ou o saber total para essa problemática?

9.3.1.2 Sobre a impossibilidade de governar, educar, psicanalisar

Em “Análise terminável e interminável”, Freud (1937) aponta três ofícios impossíveis. São eles governar, educar, psicanalisar. E chega a esse ponto do texto a partir da construção de considerações e reflexões críticas sobre os nós e desafios da análise. Inicia discorrendo sobre o tempo e a duração de uma análise, questionando se “existe algo que se possa chamar de término de uma análise” (p.232), provocando ainda a comunidade analítica ao afirmar que os analistas deveriam se indagar sobre os obstáculos para a cura, em vez de se ocupar em como se dá a cura.

A cura se torna o horizonte em que, nesse texto, Freud navega sobre terminalidade e não terminalidade, impossibilidades e possibilidades. Um dos desafios da cura é a impossibilidade da cessação da exigência pulsional – o que nem seria um objetivo para a psicanálise, mas, sim, as tratativas para seus destinos.

Em certo ponto do texto, Freud chega à reflexão sobre o método psicanalítico diante do desafio da força pulsional e dos meios possíveis e impossíveis de evitar um conflito. Algo importante para a nossa discussão neste momento. Ele levanta a hipótese de o analista, buscando uma espécie de profilaxia ao conflito, introduzir ao paciente visualizações de possibilidades de outros conflitos pulsionais futuros. Como se despertando expectativas de que aquilo possa ocorrer ao próprio paciente, a informação e a advertência tenham o efeito de precipitar o conflito na análise. Eis que Freud afirma claramente: o resultado esperado não ocorre. O paciente pode até achar interessante, mas não se relaciona de fato com o conflito em si. “Aumentamos seu conhecimento, mas nada mais alteramos nele. A situação é muito semelhante à que acontece quando as pessoas leem trabalhos psicanalíticos” (p.247). Freud deixa claro que não vê na aproximação teórica do inconsciente um problema em si, mas sim em sua supervalorização de efeitos clínicos.

Bom, torna-se inevitável associarmos este ponto à intervenção de psicoeducação, instrumentalização e outras perspectivas da educação em saúde, se a informação surge externamente, teoricamente e buscando garantia de prevenção. Há um limite claro na aposta da informação teórica como garantia de cuidado, como se anunciando a evolução da doença, inserisse no sujeito um desejo de cuidado ou de saber sobre o que o afeta. A informação para efeitos de cuidado parece não poder prescindir da subjetividade.

Voltemos ao texto freudiano “Análise terminável e interminável”. Ao ponto em que o autor, ao falar, enfim, diretamente dos três ofícios impossíveis, articula algo que podemos ler como um ensaio ao que futuramente Lacan irá chamar de transmissão.

Partindo da reflexão sobre as condições psíquicas de um analista, Freud (1937) pontua a impossibilidade da exigência ao analista de estar a salvo de conflitos psíquicos, mesmo que se recomende alguma posição em que possa agir como modelo ou professor para seu paciente, mas não sem amor à verdade. Em seguida, insistindo na construção de referências ao psicanalista, Freud destaca a importância da análise pessoal, que desenvolva no futuro analista a “convicção firme da aposta no inconsciente” (p.262).

Chegamos ao ponto da transmissão, em que Freud, no tempo de sua construção pioneira não o faz sem renunciar ao ensino de alguma fonte de mestria. Mas, ao mesmo tempo, deixa pistas sobre a relação entre o impossível, a pulsão, a verdade e o inconsciente, para que o

analista, sem o poder de prevenir ou educar, aposte na escuta e na transmissão do inconsciente como possibilidades de trabalho.

Lacan (1970) retoma os três impossíveis freudianos no Seminário 17, O avesso da Psicanálise, em sua proposição sobre a Teoria dos Discursos, mais especificamente na aula sobre a impotência da verdade.

O impossível é o real (p.157), acentua Lacan (1970), o que marca nesse impossível o ponto de escape nos quatro discursos propostos – Discurso do mestre, Discurso da histérica, Discurso universitário e Discurso analítico. E seria por amor à verdade que o analista marcaria sua posição, mesmo diante do impossível de analisar ou fazer desejar. Mesmo com o impossível no caminho, Lacan sublinha que governar, educar e psicanalisar seguem firmes, justamente por forçarem no impossível e no real um ponto de arrebentação que abre outras saídas. Porém, se não é possível fazer desejar, sendo um dos impossíveis o analisar, por que seria possível fazer saber ou reconhecer?

Há algo de inarticulável em nível simbólico no real, sendo impossível nomear. Assim, aquilo que não cessa de não se inscrever, ou seja, o pulsional, insiste e configura a realidade psíquica do sujeito. Essa seria a régua para medir o amor pela verdade e o que toca os impossíveis. É a própria articulação com o impossível que abre a chave de giros possíveis.

Segundo Lollo (2018, p. 18-21):

O ato analítico e o ato educativo, assim como o ato político, podem ser julgados ‘apropriados’, talvez ‘eficazes’, mas certamente não ‘exatos’. Reconhecer essa imprecisão significa reconhecer a liberdade de um real que se submete dificilmente ao simbólico, mas permite ficar à escuta do imprevisto para imaginar (formular a hipótese de) o futuro. (...) a questão da transmissão só é concebível nessa passagem do impossível ao possível, uma passagem em que o real e o *simbólico se reencontram*. Esse reencontro traumático se torna desejo se ele chegar a tornar possível todo evento novo que faça sair, mesmo por um instante, o real da *necessidade*; *assim*, o possível está aí: “isso cessa de se escrever”. Esse reencontro pode, então, tornar possível alguma coisa da transmissão para educar, psicanalisar e governar.

Podemos dizer que para a transmissão acontecer é necessário incluir o real na leitura do caso e na discussão com a equipe. Ou seja, é necessário transmitir com a equipe a impossibilidade de a função simbólica advir do modo como o paciente psicótico irá vivenciar seu adoecimento, reverberando na forma como iremos dele cuidar. Para isso, informar os fenômenos clínicos do paciente ou fragmentos de relatos, assim como oferecer puros aspectos

teóricos, podem não surtir efeitos na posição da equipe frente ao caso e no reconhecimento da dimensão do sofrimento psíquico para além do diagnóstico.

Na tensão com o real, a equipe é convocada a pensar o seu lugar no cuidado, como no caso Eduardo, reconhecendo a forma como o paciente anuncia seus conflitos na internação e refazendo uma rota possível de cuidado. Isto não se deu, no caso de Eduardo, apenas pela informação do cerne de invasão no delírio do paciente. Também não houve uma aula sobre pacientes psicóticos e diagnóstico estrutural. Foi necessário construir uma transmissão sobre o que pulsava no paciente e seu modo singular em relação à doença, tomando o delírio como parte de uma construção que revelava o sofrimento psíquico do sujeito. Essa construção parece ter favorecido o reconhecimento da equipe sobre suas precipitações, seguindo em um reposicionamento no cuidado, como fosse possível, sem tomar o caso como uma impossibilidade.

Podemos, a partir deste ponto, avançar nas contribuições da psicanálise sobre o saber, a fim de pensar na forma como a transmissão favorece o reconhecimento do não saber e o desejo de saber da equipe em relação à subjetividade. Em nosso caso, a subjetividade da psicose.

9.3.1.3 O que vale saber na transmissão do caso?

Em a “Alocução sobre o ensino”, Lacan (1970) retoma a teoria dos quatro discursos para discutir a relação entre ensino e saber, mas sobretudo entre saber e verdade. O saber, para a psicanálise, trata do saber inconsciente, e a verdade é o que remete ao Real, ponto do impossível, mas estruturante, na medida em que cada sujeito o toma de uma posição singular. A psicanálise toma esse saber sempre como não-todo, prevenida da impossibilidade de se fazer “Um” e do ideal de complementariedade, devido à descontinuidade fundamental entre o eu e o outro.

Lacan (1970) explicita que a verdade não é ensinável, o que “nem por isso nos liberta da hipoteca do saber” (p.308). Apesar da barra que anuncia a equiparação impossível entre verdade e produção (ver Figura 1), o Discurso do analista (ver Figura 2) revela que há um modo de laço possível que viabiliza que o sujeito (\$), ao associar livremente, produza seus próprios significantes-mestres (S1) e desloque o saber (S2) para o lugar da verdade.

Figura 1

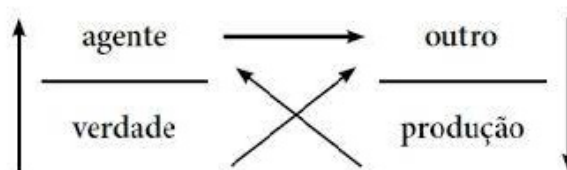


Figura 2

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Assim, sustentando seu discurso, o analista possibilita que o outro, no caso a equipe, construa, a partir da discussão de caso e da transmissão, um saber (não-todo) sobre a verdade do caso, ou seja, a posição singular do paciente psicótico diante do real e do inconsciente. Nas palavras de Lacan (1970, p.308), “(...) o saber faz a verdade de nosso discurso. Nosso discurso não se sustentaria se o saber exigisse a intermediação do ensino. Daí o interesse do antagonismo que enfatizo aqui entre o ensino e o saber.”.

Se o saber não se articula pelo ensino, como o analista – em posição de suposto saber para a equipe – pode apresentar o que pode ler do caso? Lacan (1970) afirma que apenas pela posição de analisante é possível transmitir algo da experiência psicanalítica, dando lugar às formações inconscientes, o saber que ninguém quer saber (sob a barra).

Em nosso problema de pesquisa temos o cruzamento de dois pontos frente ao saber: (1) aquilo que não se quer saber sobre a psicose, que remete à própria relação com o inconsciente em recalque; (2) aquilo que não me formei para saber, que aponta o que da formação em saúde não permite acesso à relação com a subjetividade, em recalque na instituição.

Importante marcarmos, aqui, a diferença entre saber e conhecimento, visto que alguns profissionais podem conhecer mais ou menos do transtorno psicótico no diagnóstico médico ou ter notícias teóricas da psicose como estrutura clínica no diagnóstico psicanalítico. Mesmo em um espaço de ensino, apresentando a psicose como estrutura, o psicanalista obviamente não deixará de lado o conhecimento teórico construído pela psicanálise na clínica das psicoses, mas não poderá prescindir da clínica, e precisará apontar o saber do inconsciente para além do conhecimento.

O que realmente me cabe acentuar é que, ao se oferecer ao ensino, o discurso psicanalítico leva o psicanalista à posição do psicanalisante, isto é, a não produzir nada que se possa dominar, malgrado a aparência, a não ser a título de sintoma. (...) A verdade pode não convencer, o saber passa em ato. (Lacan, 1970, p.310)

A presença do analista junto à equipe provoca a tensão necessária com o real para que haja espaço e possibilidade para que ocorram transferências de trabalho e invenção desejo de saber. Para isso, não necessitamos apontar o furo no saber da equipe, mas reconhecê-lo ao escutar a equipe e colocar o que dela se escuta em tensão com o saber revelado na escuta do paciente. As formações sintomáticas do paciente psicótico – como o delírio – manifestam a forma como ele se posiciona diante da doença, e, na transmissão do analista, tornam-se motor para que a equipe construa seu saber sobre o caso, junto ao analista, através do desejo de saber cuidar desse paciente.

No caso de Eduardo, é a transmissão da vulnerabilidade da fronteira entre dentro e fora da psicose, quando o paciente, sentindo-se ameaçado pela doença, anuncia o delírio de invasão em seu corpo e dá sinais que tornam possível que a equipe compreenda que deveria adentrar com mais cautela, não medo, aos cuidados desse paciente. A equipe revê a ideia de que o paciente acatava passivamente suas condutas e formula meios de se aproximar do caso pela via da construção do reconhecimento do seu lugar no cuidado.

A equipe era uma ameaça até ser incorporada como parte da rede de proteção do paciente. Essa incorporação é possível a partir da intervenção da analista, que insere um lugar para a equipe nas construções do paciente, através da articulação da proteção da doença invasora. Ou seja, a analista oferta a possibilidade de reconhecimento de um lugar para paciente e equipe que não seja no embate imaginário do “ou eu ou o outro”.

A transmissão favorece alguma prótese dialética para que a equipe e o paciente abram espaços entre si e construam as possibilidades de tratamento. Para isso, além da transmissão com a equipe, destaca-se a importância do reconhecimento do lugar da analista na psicose, como parte da construção de uma barragem ao Outro invasor, no seguimento da tese.

9.3.2. O testemunho do Analista e a instauração da barreira ao Outro invasor

Através de seu delírio, Eduardo consegue apresentar para a analista sua relação com um Outro invasor, que entra em sua casa, mexe em suas coisas, atrapalha sua vida e agora invadiu

seu corpo com uma doença. O diagnóstico do câncer não entra em uma cadeia significativa que possibilite articulação simbólica na apreensão do sujeito sobre seu diagnóstico. Pelo contrário, retorna pelo real e pelo delírio, colocando o paciente como objeto de gozo do Outro.

A equipe, desavisada da posição singular do paciente frente ao adoecimento e com o intuito de cumprir seu deveres do tratamento, insere esse paciente como objeto de cuidados, buscando incluir a humanização. Assim, o paciente deverá receber suas medicações para o tratamento psiquiátrico e oncológico, precisará de apoio do psiquiatra e do psicólogo, não deixando de cuidar da acompanhante, que demonstra fragilidades emocionais. Entretanto, o seguimento do tratamento humanizado não contempla necessariamente o inconsciente e sua existência a céu aberto na psicose, e que em algum momento irá se revelar a seu modo, convocando a equipe a considerá-la no cuidado.

A passividade inicial mascara na leitura da equipe a real posição de Eduardo, que estava ameaçado. A interpretação algo estigmatizada do paciente bonzinho e docilizado como aderente exige que, na discussão da analista com a equipe, ocorra a torção do significante bonzinho, que desliza para o significante passividade, e depois para a ideia de consentimento. A frase popular de quem cala consente não faz sentido do ponto de vista inconsciente nesse caso. E a passividade do paciente no tratamento é posta em oposição pelo seu discurso de desconfiança em relação à equipe; ou seja, não havia consentimento. Desavisada, a equipe, dentro do delírio do paciente, começa a se aproximar do lugar do Outro gozador.

O delírio foi chave-mestre para iniciar alguma possibilidade de amarração do cuidado compartilhado do paciente. Com ele, Eduardo anuncia sua sensação de vulnerabilidade e insegurança no hospital e frente à doença. Assim como vimos em Freud (1911), essa tentativa de cura abre a possibilidade para que a analista – como parte da equipe, mas no lugar privilegiado na amarração entre saber e gozo do paciente e furo no saber da equipe – insira alguma inscrição que possibilite algum manejo inicial.

Segundo Lacan (1955-56, p 105), “um delírio não é forçosamente sem relação com um discurso normal, e o sujeito é bem capaz de nos participar, e de se satisfazer com isso, no interior de um mundo em que toda comunicação não foi rompida”. A partir dessa partilha de um testemunho aberto de suas construções singulares a respeito de suas aflições, o analista pode operar e dirigir o tratamento, obviamente dentro da própria lógica da clínica das psicoses.

Em nosso caso, percebendo a impossibilidade de prevenir o retorno no real do delírio psicótico e os limites do cuidado apenas pela via de transmissão para a equipe, e reconhecendo ainda o empuxo da ameaça psíquica de a internação se instaurar como catalisador de dano ao paciente, a analista intervém com o paciente em seu delírio, por ver que ele inflava de gozo,

trazendo riscos de desagregação. O manejo busca não inflar e entrar no delírio do paciente, mas, de fora, balizá-lo nos contornos da situação ameaçadora. Dessa forma, não confrontamos a possibilidade de haver um invasor, mas situamos a equipe com suas condutas e procedimentos como barreira à doença-invasora.

A partir de uma relação transferencial afiançada pelo AT e pela escuta-testemunha de suas construções delirantes, o paciente consegue não só falar para a analista de sua posição de ameaça, mas da associação que tem feito com a equipe. Assim, foi possível que a analista entrasse como parte da sua rede de segurança externa (família, psiquiatra e AT) literalmente, possibilitando a operação analítica no ponto central da ameaça: a equipe como parte dos invasores.

A transferência na psicose, questionada por Freud e reconhecida como possível por Lacan, tem sua dinâmica particular, coerente com os efeitos da forclusão do nome-do-pai. Diferente da neurose, que consegue inserir o analista em um lugar de suposto saber, investindo libidinalmente esse lugar e apresentando sua série de cadeias significantes que vão compondo suas relações com os objetos, seus sintomas e suas repetições, na psicose o analista ocupa um outro lugar. O lugar do analista não é um lugar de suposto saber, mas sim, como vimos anteriormente¹⁷, um lugar a ser percorrido pelo saber psicótico.

Segundo Calligaris (2013, p.85), “a posição do analista é homóloga ao que formulamos a respeito do saber inconsciente de um psicótico; o analista é interpelado como um saber sem agente, sem sujeito suposto, portanto um saber mesmo”. Esse saber mesmo seria a própria psicanálise, ocupada pelo analista, sem sua figura representativa de objeto *a* – causa de desejo – a ser vivenciada no campo simbólico. Para o autor, seria um pedido pedagógico do paciente, mas não que o analista ocupe lugar de mestre, como na histeria, ou de ensino do saber psicanalítico. O pedido pedagógico é o de percorrer esse saber como parte de seu saber total, da certeza psicótica e de sua errância, sem espaço para a divisão subjetiva.

Ao inserir a noção do ‘secretário do alienado’ como posição do analista na clínica das psicoses, Lacan (1955-56) retoma a possibilidade de operação analítica singular, ainda sustentada na ética e no discurso do psicanalista, mas com outra estratégia de manejo da transferência e do conteúdo inconsciente partilhado ou manifestado pelo paciente, sobretudo em seus delírios e alucinações. Assim, cabe ao analista recolher e ler ao pé da letra o que o paciente diz, recolhendo-se da interpretação que vise o sentido.

¹⁷ Capítulo 7

E não é isso também o que construímos anteriormente neste capítulo em nosso lugar na rede de cuidado compartilhado? Obviamente, com suas diferentes possibilidades de articulação simbólica, já que, com a equipe, o analista pode se colocar como lugar de suposto saber, recolher os significantes do caso e da equipe, e manejar uma relação transferencial de trabalho que leve à construção de uma questão que insira a possibilidade de desejo de saber, diferente de seu papel com o paciente psicótico. A transferência de trabalho, contudo, estabelece o limite no lugar do analista no hospital, no que diz respeito às interpretações dos significantes, visto que ele não é analista dos membros da equipe. Com a equipe, o ponto de basta é sempre o retorno ao caso. O que, pela via da transmissão, que partilha o testemunho do que pode se recolher ao pé da letra do discurso do paciente, constrói uma presença possível.

No manejo transferencial da psicose, o analista precisa estar atento ao que recolhe ao pé da letra, ao testemunho do sujeito que revela sua relação com a linguagem, ou seja, o campo do Outro. E mais, ao que fará com isso, uma vez que, pelo estreitamento entre eu e Outro e seus efeitos nas relações imaginárias com o outro, a presença do analista pode facilmente resvalar no lugar de invasor e perseguidor. Nas manobras analíticas, o analista precisa intervir para que não fique nos lugares imaginários em que o paciente o coloca, ou, para que o sujeito não fique no lugar de objeto de gozo do Outro.

Em seu retorno a Freud, mais precisamente ao caso Schreber, Lacan (1955-56, p.244) aponta uma fissura que aparece nas relações com o outro na paranoia, gerando profundas perturbações, sendo sua aposta a de que isso se inicie nas origens do eu:

Essa problemática se insere entre a imagem do eu e essa imagem encarecida, cumulada em relação à primeira, a do grande Outro, a imago paterna, enquanto ela instaura a dupla perspectiva, no interior do sujeito, do eu e do ideal do eu, para não falar, nessa circunstância do superego. Temos a impressão de que é na medida em que ele não conseguiu, ou perdeu esse Outro, que ele encontra o outro puramente imaginário, o outro diminuído e caído com o qual não pode ter outras relações que não as de frustração – esse outro o nega, literalmente o mata. Esse outro é o que há de mais radical na alienação imaginária.

Nesse ponto, a posição do analista como eu ideal ou ideal do eu no campo do imaginário tem seus riscos. Um grande cuidado a se tomar é com a interpretação. Ela não é recomendada, pois interpelaria o conteúdo recalcado, o que já vimos que na psicose não se opera. Dessa forma, poderia convocar o sujeito ao nome-do-pai e seus significantes primordiais, foracluídos e imersos no real, o que poderia mobilizar uma crise, além de colocar o analista em lugar ameaçador, rompendo a transferência psicótica.

Compartilhando suas experiências na clínica da psicose, Soler (2008) divide algumas manobras eficazes e cuidadosas com o paciente, como a abstenção da resposta, quando há uma convocação ao preenchimento de um vazio da forclusão. Aqui, compreende que o analista se coloca como testemunha, que não sabe e nem goza, e que só recebe o testemunho aberto do paciente. Outro caminho partilhado pela autora é o da função de limite ao gozo do Outro, recolhendo a paciente do lugar de objeto e a reinserindo no lugar de sujeito.

Guerra (2010) colabora dizendo que a interpretação na clínica das psicoses não está do lado do analista, mas sim do sujeito psicótico. Por isso, o analista deve operar na direção de construir circunscrições do gozo e intervenção sobre o Outro. As saídas possíveis são: a) retirada do sujeito subordinado ao Outro; b) construção ou apropriação de objetos que espessem o gozo do sujeito, retirando-se do corpo, por exemplo a escrita; c) o apontamento de um Outro castrado, relativizando-o.

Assim, não podemos dizer que Eduardo estabiliza sua psicose a partir do ponto de entrada do dispositivo analítico no HG, como a saída via uma metáfora delirante que reconstrua seu mundo e a relação com o Outro para fora do hospital. Essa discussão tem limites no HG, assim como a ideia de que uma psicanálise pura ocorra no hospital (Netto, 2014). Por outro lado, podemos, sim, considerar que a presença do analista e as manobras entre equipe e paciente têm efeitos de estabilização da situação de crise, que pode coincidir ou não com a crise psicótica.

A saída da equipe do lugar de Outro ameaçador, somada à saída do paciente da posição de objeto de gozo do Outro, favoreceu que o cuidado ocorresse pela entrada de novas figuras de apoio dentro do hospital. Assim, há a aposta de que esses efeitos podem retornar para a forma como o paciente vivenciará seus cuidados e seu sofrimento singular fora do hospital.

9.4. Rebeca e uma posição inédita da equipe

A equipe me aciona aflita, pois Rebeca se recusa a aceitar a internação psiquiátrica e seu esposo fragilizado não consegue autorizar a internação compulsória. Como já acompanho o caso há algumas semanas e me pego surpresa com a decisão médica de transferência para hospital especializado, visto que paciente tem construído uma estabilização importante desde a crise psicótica, sigo rapidamente à enfermaria.

Aproximo-me e busco entender a situação em escuta com a equipe multidisciplinar. Grata surpresa, encontro uma equipe dividida. A divisão era o conflito em reconhecer o trabalho construído em conjunto com a paciente, com efeitos de saída do surto e condição de cuidado com manejos pela via da palavra, em contraposição à conduta médica de transferir compulsoriamente a paciente, com medicações e contenções a serem realizadas como for necessário.

Em equipe, fomos reconstruindo os efeitos do cuidado e o vínculo construído com essa paciente como ponto de referência, ao mesmo tempo em que aponto o mal-estar da equipe em seguir uma conduta contraditória a isso tudo. O que faremos com isso? Em seguida levantamos questões em conjunto de pontos objetivos. Essa conduta está evoluída no sistema? Isso pode ser feito sem a presença médica? Qual a orientação institucional frente à contenção involuntária de uma paciente fora de crise e aceitando cuidados? O esposo fragilizado tem condições de decisão?

Combinamos que uma liderança da equipe multidisciplinar presente falaria com o serviço social e outras lideranças institucionais. Enquanto isso, entro em contato com a equipe de psiquiatria e solicito a presença da colega que atende o esposo. Encontramos dois cenários: 1- uma equipe médica angustiada pelo que chamava de risco de não adesão da paciente; 2- um esposo em sofrimento e dividido, afirmando não compreender a internação psiquiátrica involuntária como saída de cuidado, visto que havíamos amarrado toda uma rede de seguimento a se inserir na realidade pós hospitalar, porém, tratava-se de uma avaliação médica.

No contato com a equipe médica, busco várias vias de transmissão e manobra, mas algo do saber atrelado a uma sensação de dever coloca a equipe em extrema rigidez. Apesar de reconhecer a saída do surto psicótico, a ausência de algum risco de desagregação psíquica e social no momento, toda amarração de cuidados intra e extra hospitalar feita com paciente e família, a psiquiatria não se flexibilizava, ancorada na visão de que, sendo psicótica, o risco de não adesão da medicação até um ponto ideal era razão de internação involuntária. Tento de diversas formas inserir alguma questão frente a tanta certeza. Tudo volta no discurso de é uma paciente psicótica e o marido precisa entender. Entendo que não há só um limite, mas algo da relação com a psicose que fazia um muro, e decido recuar em outra estratégia.

Sigo com a equipe de enfermagem e serviço social, construindo paralelamente caminhos institucionais, sustentados na transmissão do caso, para cuidadosamente colocarmos limites em nosso papel no cuidado e diante da solicitação médica. Isso sem deixar de estar sempre em comunicação com a equipe médica. Surge tempo, a internação compulsória é adiada por intervenções institucionais e pelo pedido do esposo de mais tempo para decidir. A equipe, ao longo das discussões diárias, vai se sustentando no reconhecimento do saber construído pelo cuidado da paciente.

Ao longo dos dias, o esposo, em seu atendimento, reconhece a escolha da paciente em não se internar e sua decisão de se responsabilizar em conjunto pelos cuidados fora do hospital, incluindo seus limites e necessidade de recorrer aos serviços hospitalares, se necessário. O acompanhante decide por alta, a pedido. Encontro a equipe de psiquiatria, que agradece o apoio e fala em tom de alívio: “enfim acabou”.

Rebeca convocou a equipe de assistência hospitalar a uma posição inédita. O ineditismo tem a ver com o fato de, através da transferência de trabalho, do saber construído em conjunto com a paciente e do reconhecimento de seu lugar no cuidado, se posicionarem clínico-institucionalmente diante de uma conduta que divergia da noção de cuidado estabelecida.

Isso só foi possível porque a equipe de saúde se permitiu conhecer Rebeca para além do significativo psicótico. Somente ao reconhecer a posição da paciente frente ao sofrimento psíquico e aos cuidados, os profissionais de saúde conseguem se posicionar, pela via do coletivo e da amarração institucional, frente a uma conduta que os colocava como corresponsáveis.

Essa conjuntura abriu espaço para que o esposo, responsável legal, reconhecesse que Rebeca, uma vez fora da crise, poderia ter outras opções de cuidado diante de sua recusa e tomasse sua decisão. A decisão poderia ser a internação. O ponto não era internar ou não internar a paciente apenas, mas o reconhecimento do cuidado construído até ali e dos efeitos na paciente, que vinha construindo um percurso de se implicar com o próprio tratamento. Quais os efeitos de compulsoriamente levá-la a outra instituição, pelo risco de não aderir ao tratamento a que já estava aderindo?

A equipe e o esposo reconhecendo seu lugar no cuidado da paciente – co-responsáveis – conseguem apostar no saber construído sobre a paciente em seu processo de cuidado no hospital. Saber não-todo, incluindo o não saber e a impossibilidade de garantias, buscando outros saberes. O papel da analista foi o de se fazer suporte para o reconhecimento e a escuta do que a equipe sabia sobre a paciente e seu trabalho, possibilitando que se escutassem e

ampliando margens para possibilidades de decisão e articulação. Claro, nada disso sem a transmissão com equipe e familiar das construções realizadas com a paciente, indicando uma saída da crise não só pelo desinflar dos fenômenos delirantes e alucinatórios, mas pelo reconhecimento, a seu modo, do sofrimento adjacente à crise; o que possibilitava a entrada em outras redes de cuidado para seu sofrimento psíquico.

Foi um trabalho muito cuidadoso, em que não houve confronto em disputa de força com a conduta médica, mas não houve também submissão. Respaldados pelo que acompanhamos do caso, avaliações claras da analista, serviço social e orientações institucionais, fomos colocando balizas para não abrir mão do cuidado.

A equipe se autorizou a inventar e ocupar uma posição singular no cuidado. Poucas vezes vimos isso acontecer, mesmo em casos que não fossem de psicose no HG, visto que a hierarquia de saberes ainda insiste. Por outro lado, a equipe médica com maiores resistências mostra-se aliviada com a resolução do caso, como se encontrasse um destino para algum mal-estar.

Insistem duas questões ao analista: como interpretar a rigidez frente à psicose? Seria uma aposta viável, que a psicose nos convoque à revisão dos modos de cuidado e posição frente à subjetividade enquanto equipe?

9.4.1. A psicose como disparadora de interrogação ou ponto final

Construímos, ao longo da pesquisa, os desafios anunciados pelas equipes de saúde no cuidado compartilhado ao paciente psicótico. E, por fim, com o caso Rebeca, vimos a potência de uma equipe se permitir conhecer o caso, incluindo a psicose como estrutura, saindo da estigmatização da paciente incapaz, lendo o que era uma crise psicótica e a saída dela, reconhecendo a possibilidade de incluí-la no cuidado e na rede a se organizar fora do hospital. Podemos dizer que a equipe aprendeu com o caso Rebeca; aprendeu sobretudo a compreender as resistências existentes em relação à psicose e como sua posição faz diferença no cuidado. Assim, apostamos que o reconhecimento da subjetividade radical da psicose, incluída em uma lógica de cuidados, não passa sem efeitos em uma equipe.

No texto “O encontro com a psicose como via de transmissão”, Sá (2005) propõe, a partir da ideia de que a clínica psicanalítica não surge como uma clínica das psicoses, que a psicose convoca Freud e o põe para trabalhar, referindo que o que a estrutura psicótica revela serve à transmissão da psicanálise, favorece o trabalho clínico e ilumina o lugar do analista.

Sá (2005) frisa a importância da transmissão do que a própria clínica das psicoses tem a anunciar. A recusa da especificidade da estrutura psicótica estabeleceria uma relação do saber com a psicose que reduz o sujeito às faculdades mentais, impondo um ideal de autonomia, e encontrando disfunções que excluem o louco de uma realidade a ser restabelecida terapêuticamente: tudo isso implica uma escuta que pode apontar para uma realidade ideal, suprimindo aquilo que é anunciado pelo sujeito sobre sua estrutura.

Sustentando-se em Lacan (1967), é necessário que o analista ofereça lugar às questões trazidas pela loucura, já que o saber psiquiátrico tende a colocar a escola entre ele e o louco, como forma de não escutar o que a psicose levanta sobre o sujeito. Assim, a psicose, como vimos ao longo da pesquisa, não endereça uma demanda sobre si à equipe. Entretanto, ao anunciar sua posição estrutural, convoca a equipe a formular questões sobre o paciente, a subjetividade e seu papel no cuidado. Entretanto, essa convocação sem espaço para o saber não todo e a diferença, acaba substituindo perguntas por respostas precipitadas.

Lacan introduziu a apresentação de pacientes como uma forma de incidência clínica na interlocução entre psicanálise e psiquiatria, deixando que o discurso do paciente ressoasse na instituição e na formação.

Segundo Dias e Medrado (2013), a apresentação de pacientes é uma prática com a presença de um psiquiatra conduzindo uma entrevista com o paciente diante de alunos e colegas. O objetivo é demonstrar os fenômenos clínicos, pensar e discutir os mecanismos psíquicos, avaliando diagnósticos e tratamentos.

Lacan estabelece essa prática como um dispositivo clínico, ao seu modo, no Hospital Saint-Anne – Paris, por cerca de 30 anos. Em vez de uma entrevista com o paciente, tratava-se de um encontro com um analista, uma oportunidade de fala e escuta do sujeito inconsciente, com efeitos de ensino e transmissão em psicanálise. Guia-se esse encontro pelo discurso, não por uma anamnese ou um saber anterior que não fosse o do próprio sujeito. A partir desse ponto, podiam discutir, através do relato do próprio paciente, sua história, sintomas e relação com a linguagem (Dias e Medrado, 2013).

De fato, ao aplicar a escuta psicanalítica a essa prática originalmente psiquiátrica, Lacan a renovou, pois introduziu no dispositivo da apresentação a subversão freudiana. Como sabemos, Freud subverteu a perspectiva médica justamente ao deslocar o lugar do saber do médico para o paciente. Assim, instituiu uma clínica que supera essa perspectiva médica, estabelecendo um verdadeiro corte discursivo. O sujeito, até então alienado no saber médico, toma a palavra, é ele quem tem algo a dizer. Não se trata de classificá-lo ou de dar-lhe respostas, mas, antes, de dar-lhe condições para que produza, ele mesmo, um saber sobre seu sofrimento. (Ferreira, 2007, p. 303)

Assim, na perspectiva da apresentação de paciente, notamos que a experiência de encontro com o paciente psicótico só tem efeitos de transmissão porque marca a importância do que por ele é anunciado. Lacan leva isso às últimas consequências em seu ensino, prática e transmissão, subvertendo um dispositivo de ensino a uma experiência que se produz pela transmissão analítica da posição subjetiva do paciente, em muitos casos, pacientes psicóticos.

Essa subversão psicanalítica de convidar o psicótico a falar não como amostra de uma psicopatologia, mas como sujeito a ser escutado, transmite não só uma posição clínica diante das psicoses, mas também uma posição ética e política.

Em “Pequeno discurso aos psiquiatras”, Lacan (1967) provoca o público com a seguinte questão sobre a formação: Síntese ou monturo (depósito de lixo)? – pergunta. Com essa pergunta, instiga a reflexão sobre a tentativa de garantir pelo acúmulo de falas e comunicações, conferências e aulas, algum saber formativo que não passe pelo sujeito ou pela escuta do paciente.

Nessa conferência, Lacan retoma pontos importantes como a insistência na busca de compreensão na clínica, quando o psicótico nos traz uma grande lição, “há algo que não funciona do lado da compreensão”, e que nos obriga a mudar de registro quando falamos desse paciente. Assim, o psicanalista francês insiste: “há coisas que não penetram simplesmente por serem ensinadas (*ex-cathedra*)”¹⁸. Não recolhendo sentido ou compreensão pela via analítica, não saímos intactos dessa experiência. Nesses casos, principalmente no atendimento da loucura, não é incomum o surgimento da angústia; angústia essa atrelada à sensação de passividade, que revela que a constatação de que a psiquiatria, ao entrar na medicina geral e no dinamismo farmacêutico, sofreu modificações às quais não é possível também oferecermos sentido.

A angústia sinalizaria a relação com um objeto ausente, que afeta o psiquiatra concernido pela loucura. Se não concernido, o profissional está provavelmente protegido. Nas palavras de Lacan (1967, p.6): “quer dizer que ele coloca entre ele e o louco um certo número de barreiras protetoras (...) uma ideia que os separe desse...dessa espécie de ser que está diante de vocês, que é o louco, que os separe dele, fixando-o, não é mesmo?”. Fixação que, mais à frente, é compreendida no texto como a fixação aos preconceitos; preconceitos que não são impedidos por cursos de formação.

Lacan aponta que o louco resiste à formação se ela se torna falação, ou se sustentada em terapêuticas da razão ou da ordem farmacológica.

¹⁸ Com conhecimento de cátedra.

(...) os homens livres, os verdadeiros, são precisamente os loucos. Não há demanda do pequeno *a*, seu pequeno *a* ele o detém, é o que ele chama de suas vozes, por exemplo. E o motivo pelo qual vocês ficam, na presença deles, a justo título, angustiados, é porque o louco é o homem livre. Ele não se liga ao lugar do Outro, do Outro grande, pelo objeto *a*, o *a* ele o tem a sua disposição. O louco é verdadeiramente o ser livre. O louco, nesse sentido, é de uma certa maneira esse ser de irrealidade, essa coisa absurda, absurda... aliás, magnífico como tudo que é absurdo. O bom Deus dos filósofos, chamaram-no de “*causa sui*”, causa de si, digamos que ele tem sua causa no bolso, é por isso que ele é um louco; é por isso que vocês têm diante dele um sentimento bem particular que é o que deveria, para nós constituir o progresso – progresso essencial – que poderia resultar do fato que alguém psicanalisado se ocupe um dia verdadeiramente do louco. (Lacan, 1967, p.15)

Esse trecho reafirma o que trabalhamos em nossa pesquisa: 1- o louco em sua relação original com o Outro desperta angústia; 2- a formação em saúde não só não acessa o louco, como insere barreiras à loucura.

Lacan (1967) alerta ainda para o risco da posição psiquiátrica, que pode comprometer a posição analítica. A posição psiquiátrica não é sem seu percurso histórico e seus efeitos na constituição da loucura como objeto da psiquiatria. A diminuição do isolamento do paciente não assegura a imposição de outras barreiras, estabelecendo uma relação de objeto de estudo em lugar de uma relação de sujeito. Consequentemente, a saída para a posição de angústia da equipe sustentada no discurso médico diante do louco é, muitas vezes, o deslocamento para uma posição de autoridade. Entretanto, por essa via, o saber psiquiátrico assume a impossibilidade de abordar a realidade do louco a partir de um novo ponto de vista que não seja o do saber previamente construído.

Com o caso Rebeca, na interlocução com a psiquiatria, nota-se uma inviabilidade de escuta da paciente pelo seu próprio discurso e lógica, atribuindo sua posição como doente pelo já sabido Transtorno Psicótico previamente diagnosticado. A rigidez de posições no discurso médico inviabilizava qualquer movimento de reconhecimento do que o próprio caso anunciava como saídas de cuidado e implicação com o tratamento. A participação da paciente entrava como descrédito, pela posição psicótica, mas também como se a saída do lugar de objeto de estudo e intervenção ameaçasse o saber da equipe.

Por outro lado, a analista que notava uma equipe multidisciplinar permeável ao caso e suas interrogações, consegue, pela via da transmissão, convidá-los a uma decisão diante da divisão subjetiva em que se encontravam: qual cuidado iremos seguir? Assim como nós psicanalistas, a equipe não responde ao pedido médico, obedecendo a sua conduta, mas se permite interpretar a demanda e construir seu lugar no laço de cuidado.

A equipe multidisciplinar, assim como na apresentação de pacientes, reconhece que o saber se construiu no encontro com a paciente. E pela transmissão estratégica a vários pontos de decisão institucional, alertando quanto aos riscos reais de uma conduta sem cuidado, consegue não só contornar o pedido, mas respalda o cuidado do que adveio de construção do caso com a inserção do sujeito.

Segundo Moretto (2019) o que muda quando uma equipe de saúde passa a trabalhar sem garantias é sua postura em relação à responsabilidade frente ao que não se sabe e ao outro, pelo que não se pode. O efeito é uma relação de cuidado com menor tensão e decisões compartilhadas mais justas.

Entretanto, diante da proteção discursiva e do saber enrijecido, o giro não se deu pela transmissão à equipe médica. Como anunciamos, havia um muro, não só um limite. Digamos que a saída foi um giro pelo coletivo, recolhendo as diversas leituras singulares do caso de Rebeca (enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, família, paciente), fazendo uma bricolagem¹⁹ coletiva e apresentando a instituição como representante simbólica do laço social de cuidado entre os saberes.

Apesar da rigidez da psiquiatria diante da transmissão do caso, não renunciando à ideia de que a conduta determinada era seu dever, não se pode dizer que nada da transmissão tocou na posição discursiva. Afinal, a equipe não se mostrou ressentida pela posição da equipe multidisciplinar e, por fim, conseguiu nomear certo alívio com a resolução da alta pedida. Ou seja, a decisão de internação compulsória parecia ocupar muito mais um lugar rígido de ideal do dever médico naquele contexto, do que com a compreensão do cuidado em si. Por isso cabe ao analista não recuar da sua posição ética no cuidado, mas de ser, ao mesmo tempo, cuidadoso, para não ocupar um lugar policialesco frente às equipes mais enrijecidas. Assim como posto por Lacan na discussão acima, existe uma proteção do saber psiquiátrico frente à loucura, que pode ser interpretada como dual: a proteção da loucura como objeto de saber e a angústia advinda dessa relação de ausência de repertório de formação para manejar a convocação da loucura.

Dessa forma, a presença e o trabalho do analista trazem a possibilidade de reconhecimento não só da subjetividade, mas dos seus efeitos de cuidados e eficácia em casos de psicose. A transmissão precisa ser um caminho de insistência, mas articulada e amparada à capacidade do analista de ler o tempo de sua inserção e dos cenários do hospital com suas

¹⁹ Segundo Miller (2003), a bricolagem é um modo de invenção de saídas na psicose. Opondo-se à descoberta, a invenção parte de materiais existentes.

possibilidades de articulações discursivas, para que a subversão não seja uma retirada da equipe do caso ou uma exposição gratuita.

9.4.2 Um desafio que convida ao avanço e à invenção

No texto “O analista cidadão”, Laurent (1999) propõe uma posição ética do psicanalista, sobretudo em instituições e em saúde mental, ao manejar as paixões narcísicas e redirecionar o grupo para suas verdadeiras tarefas, mas que, também, se posicione frente a situações que tentem normalizar ou universalizar o que é da lógica do singular.

A saída do analista de uma posição distante e crítica é uma aposta do autor, que apresenta a importância da escuta, mas destaca a potência elevada quando isso se torna transmissão, sobretudo quando falamos de pacientes em sofrimento psíquico, que têm sua liberdade e direitos atravessados pela norma.

Para Laurent (1999), há de se transformar em algo útil a transmissão da humanidade do singular, pela ideia de que ela é interessante a todos. Ou seja, temos o que aprender com essa diferença. Estar presente às discussões, nos polos de decisões compartilhadas, como comitês, é um caminho para uma posição em que o analista saia do ensaísta geral das cenas cotidianas externas, e possa de fato participar de mudanças.

Neste sentido, o analista útil, cidadão, é alguém que avalia as práticas e aceita ser avaliado, mas ser avaliado sem temor, sem um respeito temeroso, cauteloso diante dos pré-julgamentos da ciência. (...) Ou seja, que os analistas, se são cidadãos úteis, são avaliadores das práticas de uma civilização no campo da saúde mental, entendido como o campo efetivo das diferenças com respeito às normas. Os psicanalistas avaliam os procedimentos de segregação em uma dada sociedade. (Laurent, 1999, p.12/13)

No caso de Rebeca, nota-se que a transmissão aponta para a voz do que a equipe, a família e a paciente constroem sobre as possibilidades e limites do cuidado, promovendo implicações sobre a forma como irão compor esse cuidado. Isso traz uma aposta, pela via da equipe, de considerar sua leitura do caso para seu posicionamento institucional e assistencial.

Lembremos que o HG tem sua rigidez de processos, protocolos e papéis destinados de antemão, sendo um desafio a abertura aos modos de cuidado que privilegiem espaços de horizontalização de decisões. Visto isso, a equipe circulou nas hierarquias e saberes para circunscrever seus limites de atuação, protegendo o que nomearam como cuidado.

A analista precisou se colocar não somente entre equipe e paciente, mas entre as equipes, transmitindo aos espaços institucionais a relação de excesso que atravessa o trabalho assistencial. Com Laurent (1999), vimos a necessidade de o analista, frente ao risco de segregação, não colocar apenas sua escuta, mas transmitir o que está em jogo. Há a importância de o analista se manifestar juntos com outros discursos nas questões que são caras à saúde mental, publicando, intervindo e se manifestando sobre um ponto de cuidado democrático, ou seja, o debate no laço social; o que não quer dizer assumir qualquer pauta em qualquer debate.

Assim, torna-se importante destacar que, nos casos de psicose no hospital, o analista não pode abrir mão de deixar uma marca de sua presença na instituição. Primeiro, junto ao caso e à equipe, a base a partir da qual constrói sua inserção e um lugar junto à equipe, através do trabalho. Nesse local em que circunscreve suas questões, recolhe os desafios e pontos problemáticos, pode, depois, desenvolver junto à instituição e sua própria formação construções propositivas.

Diante da psicose, seu potencial de ensino, mas também de riscos de rupturas ao cuidado, cabe ao analista assumir um papel clínico-institucional e político no cuidado compartilhado desses pacientes.

*Algumas considerações finais sobre o trabalho do analista
na construção de um lugar para a psicose no HG*

Podemos compreender que o primeiro desafio ao analista é que ele construa seu lugar junto à equipe, possibilitando uma transferência de trabalho que abra as portas ao cuidado compartilhado ao paciente psicótico no hospital. Para isso, não se pode recuar frente à psicose, seus desafios e as resistências clínico-institucionais.

Quando inserido junto à equipe, o analista pode inscrever o paciente psicótico no cálculo dessa equipe, como uma primeira marca, manejando e bordeando ao pé da letra as tensões desse des-encontro.

Com o paciente psicótico inscrito e reconhecido não como objeto de cuidado a ser contido, mas como um paciente em sua singularidade a ser cuidado, é possível formular questões em conjunto sobre o caso e construir ao seu redor uma rede de atenção no HG.

Por fim, vimos que é possível que, junto com essa construção, surjam efeitos, como o reconhecimento da psicose como uma experiência possível e passível de cuidado e de aprendizado, na qual a equipe pode rever seus modos de trabalho e sua relação com o (não) saber.

Reconhecida a psicose e seus efeitos no trabalho em equipe, o analista é convocado a levar suas composições clínico-institucionais e as questões em aberto para outros espaços de trabalho e de compartilhamento de dificuldades e decisões. Em nosso caso, cá estamos na universidade e na pesquisa, buscando transmitir e construir, através das vivências no hospital geral, uma experiência a ser apropriada e compartilhada. Um gesto de convite aos avanços no cuidado compartilhado de pacientes psicóticos no HG.

CONCLUSÃO

Para iniciar nossas últimas considerações, é necessária a marcação do resultado mais significativo desta tese: a psicose não existe no Hospital Geral.

A psicose não existe no HG, pois não há na instituição um lugar e a articulação de uma clínica que reconheça o psicótico como paciente a ser cuidado. O paciente psicótico circula em seus corredores – marcado ou não por um diagnóstico psiquiátrico anterior – como um estrangeiro que mobiliza inquietações na equipe de saúde, por levantar o que existe de familiar: os aspectos inconscientes que pulsam e transbordam em seu modo de adoecer.

Buscando sustentar e proteger o ideal de saber, a equipe de saúde coloca o paciente como objeto desconhecido e, portanto, ameaçador da ordem. Frequentemente, confunde-se, nos casos de psicose no HG, saídas de controle como cuidado; o que acaba por não só excluir o sujeito do cálculo do tratamento, mas também por inserir na relação de cuidado uma rivalidade imaginária com o paciente, sem perceber, podendo desencadear uma crise. Ou seja, o modo como cuidamos pode colocar em risco o próprio tratamento.

Os casos de psicose e sua subjetividade sem barra convocam a equipe a trabalhar e a construir um lugar para o paciente em seu cuidado. Fator que, complicado ou facilitado pela relação da equipe com a subjetividade, encontra desafios pela ausência de repertório, pelos limites do Discurso médico, pelo retorno do estatuto da loucura e pelas resistências ao que a psicose anuncia sobre a subjetividade, sobretudo em seu modo de vivenciar o corpo e a linguagem.

O analista pode ser peça chave no trabalho com a psicose no HG, dado que a reconhece como estrutura e organização psíquica a partir da qual o sujeito apresentará seu sofrimento psíquico. Desde que não recue diante da psicose, a figura do analista pode operar como meio de circunscrição e anteparo para que a equipe de saúde possa se interrogar sobre quem é aquele paciente, do que ele sofre e como iremos cuidar desse caso. Contudo, isso não ocorre sem a inserção do psicanalista na equipe de saúde e a transmissão do que pôde se escutar do caso. Unindo as vertentes clínica e institucional, o analista poderá abrir um espaço para que se construa, de forma compartilhada, um lugar para a psicose no cálculo de cuidado da equipe hospitalar em uma rede de atenção articulada singularmente.

Assim, se a psicose não tem um lugar estabelecido de antemão na instituição hospitalar, esse lugar pode e precisa ser construído caso a caso. E a pesquisa mostra, pela experiência, que ao dar a ela um lugar de cuidado, não de controle a ser terceirizado sem reflexão (Hospital

Psiquiátrico ou especialistas), a equipe acaba por se beneficiar de seus efeitos, sendo convocada ao trabalho, não só girando sua posição diante da subjetividade, mas também diante da burocratização da prática, o saber não todo e a hierarquização sem crítica e ação.

Esta pesquisa dá um passo importante na delimitação de um lugar a ser construído para a psicose no HG, a partir do reconhecimento de sua existência e do cuidado a ela necessário. Serão muito bem-vindas pesquisas futuras que possam pensar dispositivos clínico-institucionais que avancem para a sustentação de um lugar para a psicose no hospital e seu cuidado compartilhado, articulando-se à formação em saúde e escutando outras experiências fora do país. Que esta tese seja um convite a maiores reflexões sobre o cuidado desses pacientes nas instituições de saúde hoje.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 2067-2074, 2018.
- APA – American Psychiatry Association. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. (Trabalho original publicado em 2013).
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**. São Paulo. 11 (1), 67-84, 2002.
- BARROS, M. **Memórias inventadas**. Rio de Janeiro: Alfabeta, 2018.
- BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, 20(4), 884-899, 2011.
- BERLINCK, M.T. (2000) *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- _____. Editorial: Missão da Psicopatologia Fundamental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 18(4), 595-598, 2015.
- _____. O método científico nos primórdios da Universidade: o caso de Andreas Vesalius de Bruxelas. **Ensino Superior**, 11. 51-64, 2013.
- _____. Editorial: O método clínico: fundamento da psicopatologia fundamental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 12 (3), 441-444, 2009.
- _____.; MAGTAZ, A.C; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, 11(1), 21-28, 2008.
- BOTEGA, N.J., & DALGALARRONDO. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. 2.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- BRASIL. **História e evolução dos hospitais**, 1965 (Publicado originalmente em 1944).
- BRASIL. **Portaria nº 224/ms**, de 29 de janeiro de 1992.
- BRASIL. **Portaria n. 106**, de 11 fevereiro de 2000.
- BRASIL. **Portaria no 1220/GM**, de 7 de novembro de 2000.
- BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001.
- BRASIL. **Portaria n.336**, de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. **Lei 10708**, de 31/07/2003.
- BRASIL. **Portaria n. 154**, 24 de janeiro de 2008.
- BRASIL. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012.

- BRASIL. **Portaria N. 1727**, de 24 de novembro de 2016.
- BRASIL. **Resolução CNE/CES n. 5**, de março de 2011.
- BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BROGNOLI, F.F. Saúde mental e Reforma Psiquiátrica: avanços, retrocessos, impasses e possibilidades. In: KAMERS, M.; MARCON, H.H.; MORETTO, M.L.T. (Org). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, 2016.
- CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. São Paulo: Zagodoni, 2013.
- CAMPELLO, B.S. Teses e Dissertações. In _____.; CENDÓN, B.V.; KREMER, J.M. (Org.) **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. (Trabalho original publicado em 1943).
- CARNEIRO, L.A. PORTO, C.C. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e a reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 14 (6),150-167, 2014.
- CASTELLANI, M.M.X. **Uma escrita psicanalítica da experiência do diagnóstico médico e seus tempos subjetivos: revelação, identificação e nomeação**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2019. 322 f.
- CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. Tradução de Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antônio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Editora Brasiliense, 1978.
- CORDEIRO, A.M; OLIVEIRA, G.M; RENTERIA, J.M; GUIMARÃES, C.A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** 34 (6). 428-431, 2007.
- COSTA, A. Uma experiência de clínica institucional. In: **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- De LUCCIA, D; De FREITAS, C.C.S; Di RIBEIRO, D.L; SACCANI, L.P; BRAGA, M.B; VALLE, S.H.A; BALDARINE, S; MONTANHER, V.F; MORETTO, M.L.T. O protagonismo

no projeto terapêutico singular: singularidade e implicação do sujeito no nível terciário em saúde. **A peste**. São Paulo. V.7, n.1, p.49-64, jan./jun.2015.

DIAS, E. C.; MEDRADO, P. A entrevista de apresentação de pacientes: o quê? Por quê? Para quem? In: **Territórios Lacanianos**. 07. Diretoria na Rede – Boletim Eletrônico da Escola Brasileira de Psicanálise, 2013.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. Tradução de Noemi Moritz e Marise Levy. São Paulo: Perspectiva, 2015. (Original publicado em 1984).

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: AnnaBlume, 2011.

ENDO, T.C. **Sofrimento psíquico à margem do SUS**: vastidão e confinamento na clínica. São Paulo: Zagodoni, 2017.

FENDER, W.D; MORETTO, M.L.T. Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. **Revista da SBPH**, 23(1), 3-15, 2020.

FERNANDES, M.H. (2011). **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

FERREIRA, C.M.R. (2007). Apresentação de pacientes: (re)descobrimo a dimensão clínica. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, 10(2), 295-310.

FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 75-86, março, 2004.

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, 3(5), 43-55, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2015. (Trabalho original publicado em 1979).

_____. **História da loucura**: na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2012. (Trabalho original publicado em 1972).

_____. O que é um autor?. **Bulletin de la Société Française de Philosophie**, 63 (3). 73-104. (Société Française de Philosophie, 22 de fevereiro de 1969).

FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é Loucura?** São Paulo: Brasiliense, 1984.

FREIRE, A. (2002). A constituição do sujeito e a alteridade: considerações sobre a psicose e o autismo. **Estilos da Clínica**, 7(13), 78-91.

FREUD, S. **Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia** (“O caso Schreber), artigos sobre a técnica psicanalítica e outros textos.

Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1911).

_____. O estranho. In Freud, S. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Trabalho original publicado em 1919)

_____. [1921]. Psicologia dos grupos e análise do ego. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. 18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. [1924]. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1912]. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Editora Imago, 125-133, 1996.

_____. [1938]. Esboço de Psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1996.

_____. [1914]. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas**. 1. ed. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, p. 85-119, 1974.

_____. [1917]. Luto e melancolia. In: _____. **A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Rio de Janeiro: Imago, p. 249-263, 1996.

_____. [1937]. **Análise Terminável e interminável**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

_____. [1937]. **Construções na análise**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Instrumentalizando a rede de atenção a saúde**. Brasília: Fiocruz, 2015.

GOIDANISH, M. Configurações do corpo nas psicoses. **Psicologia & Sociedade**, 15 (2). 65-73, 2003.

GUERRA, A.M.C. **Psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LACAN, J. [1949]. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1955-1956]. **O Seminário, livro 3: As psicoses**. Tradução de de Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

- _____. [1962-1963]. **O Seminário, livro 10: A angústia**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- _____. [1967]. *Pequeno discurso aos psiquiatras*. Traduzido da versão disponibilizada em www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan.php. Tradução de Claudia Malvezzi Simões.
- _____. [1954]. Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a Verneinung de Freud. In: **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- _____. [1971]. Lições sobre a Lituraterra. In: _____. **O Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- _____. [1970]. **O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise**. Tradução de Ary Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- _____. Alocução sobre o ensino. (1970). In: **Outros escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
- LACET, C. Da forclusão do Nome-do-Pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em Lacan. **Psicologia USP** [online]. v. 15, n. 1-2, 2004.
- LAURENT, E. O analista cidadão. **Revista Curinga**, 13(1), 07-13, 1999.
- LEMES, C.B; ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, 25(1), 17-28, 2017.
- LEUERMANN, J.D.; BORGES, Z.N. Saúde mental e hospitalização: qual a percepção dos profissionais de saúde? **Revista de Psicologia da UNESP**. 13(1) 11-20, 2014.
- LOLLO, P. Os ofícios impossíveis e o chamado do real. **Reverso**, 40(75), 15-24, 2018.
- MAGTAZ, A.C., BERLINCK, M.T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo, v. 15, n. 1, p.71-81, 2012.
- MAIA, R.S; ARAÚJO, T.C.S, MAIA, E.M.C. Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. psicoter.** 20(2):53-63, 2018.
- MANNONI, M. *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.
- MARCON, H. O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. In: **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, 2016.
- MILLER, J-A. O método psicanalítico. In: **Lacan elucidado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- _____. A invenção psicótica. **Opção Lacaniana**. 36, 2003.
- MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do ‘outro em si’.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2018.

_____.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Rev. Tempo psicanalítico.** Rio de Janeiro, V. 46.2, P. 287-298, 2014.

_____. Dispositivos clínicos de atenção, acolhimento e atendimento psicológico nas instituições de saúde. In: **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde.** São Paulo: Editora Escuta, 2016.

_____. **O que pode um analista no hospital?** Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2019a.

_____. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde.** São Paulo: Zagodoni, 2019b.

MOURA, M. D. Psicanálise e hospital: um lugar para o sujeito a partir de diferentes práticas discursivas. In: ELIAS, V. A. [et.al] (Org). **Horizontes da psicologia hospitalar: saberes e fazeres.** São Paulo: Atheneu, 2015.

NETTO, M. V. R. F. Um psicanalista no hospital-geral: possibilidades e limites de atuação. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. 2014.

_____. Psicanálise e Cuidados Paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico para uma equipe de saúde. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) de doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2022.

NOGUEIRA, L.C. A pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP** [online]. v. 15, n. 1-n.2. pp. 83-106, 2004.

OLIVEIRA, D.C. Entre a clausura do desatino e a "inclusão" da anormalidade: vicissitudes da loucura na obra de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, 22(2), 395-410, 2010.

PEREIRA, T.S. **A oralidade esquizofrênica.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo,SP, 2015.

PHILLIPS, A. Louco para ser normal. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

PRADO, M.F; SÁ, M.C; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde debate (Rio de Janeiro)**. 39 (especial). 320-337, 2015.

PRADO, E.; CENESIN, J.D.; DE LIMA, J.C; NUBILE, M.; MEDRADO. P. Perspectivas de literatura. **Leituras de Biblioteca.** São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção São Paulo, 2022.

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

_____. **Os outros em Lacan.** Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

- RODRIGUES DE OLIVEIRA, N; TAFURI, M.I. O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, 15 (4), 838-850, 2012.
- ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. 20 (2). abr-jun, 5-6, 2007.
- SARDINHA PEIXOTO, L.; CORTEZ, E.A; CAVALCANTI, A.C.D; TAVARES, C.M.M; COSTA, T.D.; GONÇALVES, L.C. Educação Permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. Enfermeria Global**. 12 (1): 307-323, 2013.
- SÁ, R. O encontro com a psicose como via de transmissão. **Clínica psicanalítica das psicoses**. Niterói: EdUFF, 2005.
- SALCI, M.A.; MACENO, P.; ROZZA, S.G. DA SILVA, D.M.G.; BOEHS, A.E.; SCHULTER, I.T.; HEIDEMANN, B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 22(1): 224-30, 2013.
- SOLER, C. **Estudios sobre las psicosis**. (1a ed. 5a reimpr) Buenos Aires: Manantial, 2008.
- SOUZA, N.S. **A Psicose: um estudo lacaniano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- TENÓRIO, F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. v. 23, n. 4, 2016.
- VECHI, L.G Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, 9(3), 489-495, 2004.
- VIDAL, P. O ensino da psicanálise e a clínica das psicoses. **Clínica psicanalítica das psicoses**. Niterói: EdUFF, 2005.
- VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. **Opção Lacaniana**. 1(1), 2010.
- ZBRUN, M. A clínica diferencial das psicoses e as psicoses ordinárias. **Opção Lacaniana**. N.3.1-9, 2010.

