



Contribuições da Psicanálise na construção de um lugar para a psicose no Hospital Geral

Psychoanalytic contributions to establishing a place for psychosis in the general hospital

Thais da Silva PEREIRA¹  

Maria Livia Tourinho MORETTO²  

¹ Faculdade Sírio-Libanês – FSL, Curso de Graduação em Psicologia. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo – USP, Instituto de Psicologia – IP. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:

Thais da Silva Pereira
thaissilv4@hotmail.com

Recebido: 11 jun. 2025

Revisado: 18 ago. 2025

Aprovado: 26 ago. 2025

Como citar (APA):

Pereira, T. S., & Moretto, M. L. T. (2025). Contribuições da psicanálise na construção de um lugar para a psicose no hospital geral. *Revista da SBPH*, 28(Esp 1), e004. https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.Esp_1.901.

Financiamento:

(Financiamento próprio).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Nota dos autores:

Este artigo é derivado de: Pereira, T. S. (2023).

A psicose no hospital geral:

um lugar a ser construído

[Tese de doutorado,

Universidade de São Paulo].

Repositório Institucional.

<https://doi.org/10.11606/T.47.2023.tde-29082023-122211>.



Resumo

O paciente psicótico com alguma frequência necessita de internação em hospital geral, seja por surtos psicóticos ou por algum adoecimento orgânico. Analisando as dificuldades apresentadas pelas equipes de saúde no cuidado a estes pacientes, evidencia-se que sua presença não garante um lugar na lógica de cuidado no hospital. O discurso médico, a organização institucional rígida, a divisão entre saúde mental e saúde e o encontro da psicose como um estranho familiar parecem favorecer um afastamento da psicose e do que ela anuncia como estrutura. O risco é que este afastamento atravesse o cuidado, tomando a psicose pela via do diagnóstico psiquiátrico ou do senso comum, sem espaços para vislumbrar seu modo singular de vivenciar a internação, recorrendo em medidas excessivas de controle e manutenção da ordem e do saber instituído. Assim, este trabalho visa descrever como este lugar pode ser construído no trabalho do psicólogo hospitalar junto a equipe de saúde, através do referencial teórico psicanalítico. Nota-se que, em sua posição de não recuar frente a psicose, o analista circunscreve uma borda entre os excessos nas relações de cuidado, operando a partir da transferência de trabalho construída com a equipe de saúde, oferecendo sua presença e escuta como suporte à formulação de uma questão que insira a psicose como parte do cálculo clínico da equipe. Desde este ponto, as operações analíticas com o caso podem ser transmitidas de um lugar para além do reconhecimento, mas também de construções de trabalho compartilhado em uma rede de cuidado a se estabelecer caso a caso. O trabalho do analista neste contexto é assim, clínico-institucional e político, por apostar na construção de um lugar para estes pacientes, onde antes não havia.

Descritores: Psicanálise; Hospitais gerais; Psicose; Pessoal da saúde; Psicologia hospitalar.

Abstract

The psychotic patient often requires admission to a general hospital, whether due to psychotic episodes or organic illness. Analyzing the difficulties encountered by health teams in caring for these patients reveals that their presence alone does not guarantee a place within the hospital's care logic. The medical discourse, rigid institutional organization, division between mental health and general health, and the encounter with psychosis as a familiar stranger seem to favor distancing from psychosis and what it announces as structure. The risk is that this distancing infiltrates care practices, reducing psychosis to a psychiatric diagnosis or common sense interpretation, leaving no room to consider the patient's singular experience of hospitalization, thus resorting to excessive measures of control and maintenance of institutional order and knowledge. This paper aims to describe how such a place can be built by the hospital psychologist in collaboration with the health team, based on psychoanalytic theory. It is noted that, in taking a stance of not retreating in the face of psychosis, the analyst delineates a boundary around the excesses in care relationships, operating from a transferential work built with the health team, offering presence and listening as support for formulating a clinical question that includes psychosis as part of the team's clinical reasoning. From this point, analytic operations with the case can be conveyed not only from a place of recognition but also through constructions of shared work in a care network to be established case by case. The analyst's work in this context is thus clinical-institutional and political, as it wagers on constructing a place for these patients where there previously was none.

Descriptors: Psychoanalysis; Hospital; Psychosis; Health personnel; Hospital psychology.

INTRODUÇÃO

Na maioria dos casos atendidos na instituição hospitalar, o orgânico se impõe como fato inicial, sendo priorizada, em um primeiro momento, a intervenção sobre o corpo, compreendido como um conjunto de órgãos. A subjetividade, por sua vez, não contemplada pelo discurso médico operante na área da saúde, tende a ser recalcada, com o intuito de preservar a neutralidade e a objetividade que sustentam os pilares teóricos, formativos e operacionais desse campo. No entanto, como aponta a psicanálise, o recalque não elimina o material psíquico. Aquilo que é excluído retorna, e esse retorno frequentemente ocorre justamente nos momentos em que o discurso médico encontra seus limites. É nesse ponto de impasse que se inscreve a convocação do discurso psicanalítico, abrindo a possibilidade de inserção do analista no ambiente hospitalar (Moretto, 2002/2019).

Frequentemente, a convocação do analista ocorre quando a dimensão subjetiva retorna sob a forma de sofrimento, crises, recusas, repetições, fantasias ou outras formações do inconsciente. Esse movimento sugere que, em algum momento, houve uma espécie de pacto simbólico pela priorização do organismo, relegando a subjetividade a um segundo plano. Esse pacto inicial pode ser nomeado como um processo de dessubjetivação, embora se reconheça que ele não se sustenta por muito tempo.

Entretanto, os analistas muitas vezes também são convocados para casos de psicose, em que este pacto simbólico da dessubjetivação, em nome do cuidado biológico, não se firma no hospital. Normalmente, os psicóticos são pacientes que apresentam sua subjetividade de modo evidente no hospital, seja por estarem em crise psíquica, seja por apresentarem sinais impossíveis de serem ignoradas pela sua exuberância, revelando um inconsciente a céu aberto.

Netto (2014) nos lembra que no hospital, nem sempre o psicanalista conta com o tempo necessário para o estabelecimento de um diagnóstico sob transferência. O que coloca o analista, muitas vezes, a realizar uma aposta clínica cuidadosa, para poder dirigir o tratamento no hospital. Isto é feito pelo recolhimento discursivo da equipe e do paciente em sua escuta. Diante da psicose e seu modo singular de se colocar diante do adoecimento e dos cuidados hospitalares, o encontro entre paciente e equipe de saúde revelam um estranhamento que pede atenção.

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 psicólogo ou psicanalista no hospital contem com substancial conhecimento psicopatológico para uma conjectura diagnóstica inicial; o que se sustenta na implicação com sua formação, ou seja, com análise pessoal, supervisão e estudos teóricos. Assim, ao reconhecer na escuta de pacientes, familiares e equipe de saúde alguns fenômenos elementares que constituem a psicose, pode-se dirigir inicialmente o tratamento no recorte hospitalar; o que inclui transmitir para a equipe a singularidade do caso e as especificidades no manejo (Netto, 2014).

Miller (1997) nos auxilia ao apontar fenômenos elementares presentes na psicose não deflagrada, os quais oferecem subsídios importantes tanto para a formulação da hipótese diagnóstica quanto para a intervenção do analista. Entre esses fenômenos, destacam-se: o automatismo corporal, com sensações de fragmentação ou afastamento do corpo, frequentemente descritas pelos pacientes como experiências

de não pertencimento; o automatismo mental, caracterizado pela invasão de vozes e pensamentos vívidos; e os fenômenos de sentido, marcados por vivências inexprimíveis, de difícil compartilhamento simbólico e pouca possibilidade de metaforização dialética.

Segundo Souza (2023), pensar a experiência psicótica exige conceber a psicose como uma estrutura singular. Estrutura, esta, que para Lacan (1955-1956/1998) se funda a partir da *foraclusão* 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, e tem consequências no campo da alteridade, do corpo e da linguagem, manifestados com frequência por exigências pulsionais, invasões de gozo, alucinações e delírios.

Estes são pontos cruciais no cuidado hospitalar, pois sabemos que o paciente psicótico entra na instituição, seja por adoecimento ou por quadros de crise psicótica. Reconhecer a singularidade de seu modo de adoecer implica, para a equipe, enfrentar um outro modo de laço social, de linguagem e de relação com o corpo.

Propõe-se aqui, a hipótese de que a psicose, enquanto estrutura clínica, não dispõe de um lugar previamente instituído na organização hospitalar. Tal hipótese se sustenta nos diversos impasses que atravessam o cuidado a esses pacientes, especialmente diante da tendência das equipes de se orientarem pela lógica do transtorno mental e pela busca da restauração da ordem fálica. Essa orientação resulta, por vezes, na supressão do reconhecimento do sofrimento psíquico e da lógica singular da posição subjetiva do paciente psicótico, comprometendo o próprio cuidado. Diante disso, este trabalho objetiva descrever o trabalho clínico-institucional a ser realizado para a construção de um lugar possível para a psicose no Hospital Geral – HG.

CONTEXTUALIZANDO OS DESAFIOS NO CUIDADO AO PACIENTE PSICÓTICO NO HOSPITAL GERAL

Na Idade Clássica e ainda em parte da Renascença, a loucura ocupava um lugar simbólico atrelado ao trágico e ao místico. Era uma figura que compunha o tecido social, dotada de uma função, frequentemente associada à enunciação de uma verdade fora da razão, vinculada ao sagrado ou ao enigmático. No século XVII, entretanto, a loucura passa a ser representada de forma mais polimorfa, reunindo os chamados “inconvenientes”, sujeitos que não correspondiam às normas de conduta e à ordem social emergente. Com o advento da valorização da razão como princípio organizador da modernidade, a loucura passa a ser associada ao irracional, ao animalesco e ao perigoso, sendo gradativamente excluída do espaço público e confinada entre aqueles que não respondem pela via da razão (Foucault, 1972/2012).

Com o avanço do saber médico na instituição hospitalar, depois dos séculos XVIII e XIX ocorre uma divisão institucional que atribui o HG para doentes e os hospícios para doentes mentais (Foucault, 1972/2012). Assim, as dificuldades no cuidado do paciente psicótico no hospital passam também pelo desafio à ordem institucional.

A medicina avançou ao longo do tempo, tanto no aumento de especialização em sua formação quanto de tecnologia em sua prática. Isto tem efeitos relevantes nos avanços nos procedimentos médicos, descobertas de doenças e tratamentos, mas também no modo de estabelecimento da relação com o paciente (Marcon, 2016).

Neste contexto, a psiquiatria, ao consolidar-se como especialidade médica, passou a tomar às doenças mentais como objeto específico de seu saber. Paralelamente, ao longo do tempo, a saúde mental se tornou especialidade em saúde. Isto parece ter efeito sobre como as demais especialidades da área da saúde se posicionam ao se depararem com a saúde mental, especialmente com a psicopatologia e o sofrimento psíquico, não os reconhecendo como parte constituinte de seu fazer cotidiano em certos momentos. Assim, a psicose tende a ser institucionalmente associada aos especialistas em saúde mental, como se fosse de sua responsabilidade exclusiva, ou então relegada ao senso comum, o que favorece a incorporação de estigmas ligados ao estatuto da loucura.

Não é raro, portanto, escutar entre os profissionais de saúde do hospital afirmações como: “esse paciente não é nosso, é da psiquiatria”, o que sugere o deslocamento da escuta e do cuidado destes casos para fora do campo da saúde geral.

O INQUIETANTE A MAIS QUE DESAFIA O CUIDADO

Há algo sobre o que a psicose diz ao outro que parece difícil escutar. Algo sobre o que a estrutura clínica diz. Ou, como coloca Mannoni (1970), aquilo que o louco exprime sobre a castração e a infelicidade negada pelos não psicóticos de forma radical, por meio da revolta e do 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 neurótico, dividido pela lógica do recalque, não quer saber. Os afetos, as inseguranças, os afastamentos e os excessos no tratamento destacam um campo de impasses na assistência hospitalar. Primeiro, pelo potencial de repercussão iatrogênica no cuidado aos pacientes psicóticos, sobretudo pelo risco de repetição de um discurso manicomial; segundo, pela necessidade de deslocamento dos desconfortos e queixas da equipe para um reconhecimento da demanda, através da escuta analítica, de modo que ocorram avanços em questões que propiciem um caminho possível de trabalho assistencial nesses casos específicos.

Freud, em 1919, escreve o texto “O inquietante”, *“Das Unheimliche”*, já traduzido por estranho, estranho familiar, estrangeiro e infamiliar (Freud, 1919/2010). 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 (1919/2010, p. 331) 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”.

Aqui, precipita-se algo que nos interessa, o estranho, o inquietante, o infamiliar é, em essência, familiar e conhecido. A partir deste ponto podemos articular a pergunta: e a psicose? O que dela, ou nela, desperta o inquietante no outro?

Em casos de esquizofrenia, o inconsciente a céu aberto seria para equipe mais que o retorno da subjetividade, seria a sua mais pura imagem. Imagem assustadora da loucura, do excesso e automatismo; lado simultaneamente recusado pelo discurso médico (Clavreul, 1978; Moretto, 2002/2019). Desta forma, pode-se pensar que, no hospital, o psicótico aparece como a mais pura constatação do estranho.

Freud (1919/2010, p. 360) aponta que os leigos veem na loucura a manifestação de forças que acreditavam não existir em seu semelhante, mas que sentem movimentar-se 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”. Mas, e quando a visão leiga invade o cuidado?

Segundo Mannoni (1970), o psicótico, em sua ruptura com a realidade externa, expõe-se a um vazio, apelando ao fantástico para suportá-la. Para a autora, tal fantástico fascina os não psicóticos, pois evoca aquilo que está em jogo nas suas próprias fantasias. Entretanto, esse vazio também gera mal-estar e angústia, o que, por vezes, promove na relação de cuidado do paciente psicótico o movimento de precipitação do uso de ferramentas como a contenção física, a transferência de responsabilidade do caso, o reforço de segurança, sem critérios clínicos e institucionais claros.

Complementando esta hipótese, Mannoni (1970) argumenta ainda que há algo de infamiliar na própria instituição. Assim, seria comum na cena institucional situações em que a equipe de saúde intervém de modo ambivalente, a partir de uma posição semelhante à ordem parental ou social. Toma-se, assim, o paciente como alguém que, para além de ser cuidado, deve ser monitorado e reorganizado em suas dificuldades. Entretanto, esta reorganização atribuída ao paciente sem contemplação das particularidades da organização subjetiva, mostra-se constantemente pouco eficiente.

Discute-se o processo de dessubjetivação pela psicanálise, como captura de aspectos singulares de pacientes e profissionais de saúde, através da instrumentalização e da responsabilidade da equipe pelas decisões sobre o cuidado. Assim, a entrada do psicanalista no hospital parte do interesse de retomar os efeitos da dessubjetivação que afetam o sujeito e seu tratamento. Pois, onde maior for a exclusão do sujeito, mais necessária será a psicanálise, sendo inevitável construir possibilidades para além do discurso da consciência (Moretto, 2002/2019; Moura, 2015).

Estes impasses clínicos e institucionais têm consequências no cuidado, começando pela dificuldade de reconhecer o psicótico como alguém a ser cuidado nesta instituição. Isso exige da equipe um trabalho de revisitação da sua relação com o saber, do seu mal-estar e da própria noção de cuidado. Assim, sem recuar frente à psicose, é preciso compreendermos a psicose como estrutura, pois é ela que se evidenciará no trabalho do analista.

A PSICOSE COMO ESTRUTURA E SEUS EFEITOS INQUIETANTES NO HOSPITAL

Freud (1924/1996) em “A perda da realidade na neurose e na psicose” deixa claro que tanto o neurótico quanto o psicótico precisam lidar com o confronto com a realidade. A diferença é que, enquanto o neurótico se defende por meio do recalque de fragmentos da realidade, iludindo-se com deformações e fantasias, o psicótico a rejeita e constrói a sua própria realidade. Nota-se que a psicanálise rompe, 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.

Com isto, Lacan (1955-1956/1998) vai se debruçar sobre a *verwerfung* freudiana, estabelecida como um modo de defesa característico das psicoses, desdobrando uma releitura que avança da ideia de rejeição para a *forclusão*. Lacan forja esta nomenclatura,

a partir do vocabulário jurídico, remetendo à perda do prazo para ajuizar uma ação. Esse giro apresenta uma marca de Lacan, pois inscreve a operação subjetiva em que, na psicose, algo fica fora do cálculo do sujeito. Especificamente, o significante nome-do-pai, um significante primordial que introduz a Lei, condiciona o desejo e ao qual o sujeito é chamado a responder.

A *foraclusão* implica a negativa de uma representação primordial do objeto e da castração, produzindo uma ausência de amarração simbólica diante do Outro. Isso repercute, sobretudo, em um retorno no real daquilo que não pôde se inscrever no simbólico, uma vez que não há a metáfora primordial da castração frente ao desejo do Outro. O sofrimento psíquico surge, então, como uma dificuldade do sujeito em barrar o gozo e conter a invasão do Outro, ficando vulnerável e muitas vezes submetido ao gozo de um Outro não barrado.

Este Outro absoluto implica a impossibilidade de uma divisão subjetiva, expondo as formações inconscientes ao 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. Assim, uma das marcas da psicose é, justamente, a certeza (Calligaris, 2013), sendo um ponto crucial que levou Freud a duvidar da possibilidade de tratamento psicanalítico das psicoses. Afinal, a transferência não se estabeleceria em função do represamento ou do retorno libidinal ao Eu nesses casos. Contudo, Freud (1938/1996) provoca os pós-freudianos a reavaliar essa hipótese, desde que houvesse uma reformulação da técnica para esses casos. Lacan aceita essa provocação e a transforma na missão de não recuar 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 supponho 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, 1955-1956/1998, p. 174).

Por um lado, vimos que a *foraclusão* do Nome-do-Pai traz consequências para a operação do sujeito psicótico, muitas vezes resultando em uma invasão do gozo e do Outro, gerando intenso sofrimento psíquico. Por outro lado, Freud (1911/2010) ao analisar a autobiografia do Presidente Schreber, aponta que a resposta psicótica é também 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, 1911/2010, p. 94).

Este ponto é de grande importância, pois sustenta a aposta psicanalítica na psicose ao considerar as produções do sujeito como um caminho de direção de tratamento possível. 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 fundamental compreender as especificidades da psicose para fundamentar o manejo do tratamento hospitalar, inclusive para que a equipe de saúde possa reconhecer a lógica do paciente como expressão de sofrimento singular, fora de uma perspectiva *patologizante* ou estigmatizante, tornando o cuidado mais efetivo.

O corpo e a linguagem na psicose ilustram bem o impacto da alteridade radical que tende a ser rechaçada no tratamento hospitalar, tanto pelos seus efeitos de furo no saber da equipe, quanto pela recusa em lidar com o que a psicose revela no real e no embate imaginário, durante a estadia institucional.

Não é incomum testemunharmos no contexto hospitalar situações marcadas por desencontros na comunicação, o que para um psicanalista constitui material clínico, por serem expressões da linguagem e do inconsciente. No entanto, nos casos de psicose, esses desencontros exigem atenção redobrada, uma vez que revelam diferentes formas de ocupação do campo da linguagem. Nessas circunstâncias, mesmo com as melhores intenções, os profissionais podem recorrer a metáforas, chistes ou ambiguidades na comunicação com o paciente, o que, para além de um mal-entendido, pode provocar efeitos de desorganização psíquica, impactando o próprio tratamento.

Segundo Guerra (2010), na psicose, a ausência estrutural do Nome-do-Pai e a não inscrição do Complexo de Édipo colocam em coincidência os registros simbólico e imaginário, alterando a estrutura do sujeito na linguagem. Pois, coincidem-se o sujeito e a sua imagem especular, o Outro e os objetos. Sem remetimento simbólico, o real fica sem contorno e o sujeito se encontra banhado pela linguagem.

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. Resulta-se assim, em fenômenos fundamentais à psicose, nomeados por Lacan (1955-1956/1998) como distúrbios de linguagem na psicose.

Os distúrbios da linguagem se relacionam à ideia de que, na psicose, há o movimento de tomar as palavras como se fossem coisas (Guerra, 2010). O Outro, campo da linguagem e das representações inconscientes, apresenta-se ao sujeito sem a barra da castração. Assim, o inconsciente emparelha-se ao real. Há linguagem, mas, na alteridade absoluta da psicose, o sujeito é invadido por ela, vindo de fora, alucinada ou condensada em delírio.

Segundo Lacet (2004), os neologismos, maneirismos na escrita, as frases interrompidas e outros fenômenos de linguagem observados na clínica das psicoses mostram que, aqui, palavra e coisa se confundem. As palavras ganham textura e substância com potencial de invasão do corpo do sujeito. A fronteira entre corpo e linguagem, ruído e voz, palavra e corpo, sem a função simbólica, não se coloca.

Estamos, então, diante da formulação lacaniana segundo a qual o psicótico é habitado pela linguagem (Lacan, 1955-1956/1998). A alucinação e o delírio são, nesta perspectiva, formulações do sujeito para responder no real as questões impossibilitadas de acesso pelo simbólico e sua cadeia significante. São testemunhos de que o sujeito é falado e de um inconsciente a céu aberto.

Para uma equipe de saúde que opera sob a lógica de um saber que toma o sujeito como objeto de cuidados, o enfrentamento com outra forma de posição na linguagem e no corpo representa um desafio. O desencontro entre o paciente e equipe nesta problemática pode colocar em evidência a operação da equipe sob uma norma fálica, mesmo conhecendo o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, mostrando-se insuficiente para garantir o cuidado e se aproximar da lógica subjetiva.

Ressalta-se, assim, a necessidade de apoio às equipes de saúde para o cuidado de pacientes que revelam outra forma de estar no mundo, outro modo de falar, ou de ser falado, cuja lógica subjetiva não cabe no repertório institucional pré-estabelecido.

O TRABALHO DO ANALISTA NA CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR PARA A PSICOSE NO TRATAMENTO HOSPITALAR

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 formal e a contratação pela instituição não garantem, por si só, que ele tenha um lugar na equipe de saúde, ou seja, que ele esteja de fato inserido.

A responsabilidade pela construção desse lugar recai sobre o próprio analista. O processo de inserção está relacionado ao ato do psicanalista, que envolve uma posição simbólica e subjetiva ao se colocar em alteridade com a equipe. Assim, dois pontos, em especial, interessam nesta relação entre inserção e lugar do analista: o tipo de demanda que a equipe dirige ao analista e a forma como ele escuta e responde a essa demanda.

Nos casos de psicose, compreendemos que, muitas vezes, o modo como a equipe nos aciona expressa um apelo que se manifesta por meio de queixas, solicitações ou outras formas de enunciação que revelam a vulnerabilidade de seu lugar no cuidado. Isso pode ser observado quando relatam que os casos são desgastantes, admitem não saber como conduzi-los, expressam medo ou sustentam a crença de que apenas recursos como a contenção física, a transferência para um hospital psiquiátrico ou o encaminhamento à psicologia e à psiquiatria seriam capazes de oferecer cuidado a esses pacientes.

Delineamos anteriormente a hipótese de que estes apelos são, na verdade, o primeiro sinal da ausência de um lugar para a psicose no raciocínio clínico-institucional de cuidado no HG. Essa ausência gera, simultaneamente, o mal-estar frente ao confronto com o infamiliar exposto pela psicose e a vulnerabilidade do saber previamente constituído pela equipe, o que mobiliza a sensação de insuficiência de que “Este paciente não é para mim”.

Diante disso, há um trabalho a ser realizado, a partir do lugar do analista, que compreende tanto o reconhecimento do saber e do não saber da equipe, quanto a inclusão do saber do próprio paciente. O objetivo é que, como efeito desse trabalho, se produza outro modo de relação, não mais marcado pela ameaça que a estrutura psicótica evoca, mas, quem sabe, por um campo de enigma e invenção, possibilitando que o trabalho compartilhado aconteça.

Nesse sentido, se, diante da solicitação de sua presença, o analista interpreta o pedido ou a queixa da equipe de saúde como algo a ser resolvido, sem escutar a demanda que a sustenta, tenderá a dar uma resposta que tamponará momentaneamente o desafio, sem efeitos de cuidado. Afinal, a demanda pulsa e diz respeito ao que o sujeito

endereça inconscientemente, exigindo o anteparo de um outro que escute e sustente o reconhecimento do sofrimento. Compreende-se, então, que existe um trabalho a ser feito entre pedido e resposta: a escuta da demanda. Só por meio dela, a resposta se dará ao real ponto de conflito para a equipe, ou seja, não apenas o que ela pede, mas o que ela deseja saber.

Resta a questão, como girar a posição da equipe diante da subjetividade, visto que pelos próprios efeitos do Discurso médico, a exclusão da subjetividade tende a ser regra? Para Moretto e Prizskulnik (2014), a saída está no trabalho, ou seja, atuar rigorosamente como analistas, sustentando o discurso psicanalítico. É importante considerar que construir um lugar na equipe de saúde não significa ocupar o lugar previamente atribuído, a partir dos pedidos que lhes são dirigidos. Em outras palavras, trata-se de operar, desde o lugar de suposto saber, por meio da transferência de trabalho, mobilizando a equipe a partir de pontos que nem sempre estão claramente colocados em sua demanda inicial, mas que, escutados analiticamente, pedem reconhecimento no campo do cuidado.

A formulação de questões em conjunto, entre analista e equipe, incluindo a singularidade do caso, é efeito da inserção. Ela é quem dá sinais de que saberes compartilhados impulsionam um desejo de saber sobre o ponto desafiador do cuidado.

CIRCUNSCREVENDO UM LUGAR

Pensando a relação entre psicanálise e literatura, Lacan (1971/2009) propõe uma invenção que nos interessa, *Lituraterra*, delineando a função da letra na articulação com o saber e o gozo, desde a 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” (Lacan, 1971/2009, 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” (Lacan, 1971/2009, p. 109).

No HG, o analista situado entre a equipe e o paciente psicótico busca a sustentar a tensão do cuidado por meio da transferência da equipe com o analista, da escuta e manejo do caso. Trata-se de um espaço de amarração entre dois elementos, equipe e paciente psicótico, que não compartilham reciprocidade nem continuidade, devido a descontinuidade estrutural de suas posições.

O impasse entre a *forclusão* do Nome-do-Pai na psicose e o funcionamento da equipe de saúde¹, normalmente sustentado na norma fálica, configura um cenário em que o paciente psicótico aparece como estrangeiro do estrangeiro (subjetividade a céu aberto). Essa configuração mobiliza excessos na relação de cuidado, trazendo desdobramentos que de alguma forma apontam para o saber em xeque da equipe, saber sobre si e saber sobre a psicose.

É fundamental pensar essa tensão persistente e seu potencial de conflito. Com dificuldades para manejar os impasses e pressionada por ideais de conduta, a equipe tende a recorrer à norma fálica, deixando de lado a lógica singular do saber psicótico. Lacan (1971/2009) indica que é na insistência do litoral, entre saber e gozo, que o literal pode surgir: a letra como possibilidade de amarração, suporte para o que não pode advir no campo do significante.

(. . .) 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? (Lacan, 1971/2009, p. 109).

Segundo Prado et al. (2022), a localização do gozo na letra bordeja o impossível de dizer, situado entre o querer saber e o querer gozar. Nesse contexto, a equipe tende a se ancorar na proteção do saber, enquanto o paciente psicótico está exposto a um gozo invasivo, sem amparo simbólico. Sem uma dialética entre essas posições, ambas escorregam para excessos — seja na defesa do saber, seja na defesa contra o gozo do Outro. O excesso do paciente rompe o saber da equipe; o excesso da equipe ameaça o laço possível com o Outro da psicose. Temos, assim, uma dupla fonte de ameaça.

Um dos riscos é que a equipe passe a ocupar o lugar de um Outro ameaçador para o paciente psicótico, que, sem apoio simbólico, pode ser invadido por um gozo destruturante. Isso pode resultar em crises, passagens ao ato ou desestabilizações graves, com repercussões diretas no tratamento em curso.

Desta forma, fazer borda aos desafios e excessos na relação de cuidado, atentando-se 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 iatrogênica no hospital.

Bordear o 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, em que o analista atue como anteparo da formulação de uma questão que coloque a psicose no cálculo de cuidado da equipe de saúde no hospital.

A penumbra, um significante construído na experiência em equipe multidisciplinar, pôde apoiar nesta discussão como forma de nomear a posição que os profissionais de saúde ocupam em casos de psicose no HG. Um confronto com o não saber, que desdobrado, poderia revelar algo sobre aquele paciente que muitas vezes não endereça seu mal-estar.

Sobre isto, Costa (2006) nos ajuda a pensar no lugar do analista, em casos da clínica da psicose em que o paciente fica no lugar do 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 norma compartilhada.

Sustentar esse ponto de sombra, sem apressar-se a preenchê-lo com explicações, rotulações ou discursos de controle, pode abrir espaço para que algo se inscreva no campo do cuidado. A presença do analista, nesse contexto, permite que a penumbra não seja vivida apenas como ameaça, mas como um lugar possível de escuta e elaboração coletiva sobre o que, ali, insiste em não se deixar capturar.

Se “entre centro e ausência, entre saber e gozo, há litoral” (Lacan, 1971/2009, p. 113), a função de bordejar os furos e excessos na relação entre paciente e equipes de saúde, coloca a escuta do analista no cruzamento de diferentes posições frente ao

inconsciente, buscando movimentar desde a letra alguma inscrição da psicose no campo discursivo do hospital.

Costa (2006, p. 160) coloca 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.

Assim, o analista alinhava, ao pé da letra, um espaço de contorno, apostando na construção de um saber compartilhado não apenas sobre o caso, mas também sobre o próprio modo de cuidar do paciente psicótico.

DEPOIS DA CIRCUNSCRIÇÃO, A OPERAÇÃO ANALÍTICA E SEUS EFEITOS

A partir da entrada da psicose nas relações de cuidado no hospital, como uma marca inicial do seu reconhecimento enquanto nomeação de trabalho, o analista pode operar tanto com o paciente quanto com a equipe com maior fluidez e apostas de construção.

A transferência na psicose, questionada por Freud, e reconhecida como possível por Lacan, tem sua dinâmica particular, coerente com os efeitos da *foraclusão* do Nome-do-Pai. Diferente da neurose, em que o analista pode ocupar um lugar de Sujeito Suposto Saber, investido libidinalmente neste 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 de 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 é a própria psicanálise, ocupada pelo analista sem ser representado como objeto a, causa do desejo, no campo simbólico. Para o autor, trata-se de um pedido pedagógico por parte do paciente, mas não que o analista ocupe lugar de mestre, como ocorre na histeria, nem de ensinar o saber psicanalítico. O pedido é percorrer este saber como parte de um saber total, coerente com a certeza psicótica e sua errância, sem espaço para a divisão subjetiva.

Lacan (1955-1956/1998) ao introduzir a noção do secretário do alienado como posição do analista na clínica das psicoses, propõe uma operação analítica singular, sustentada na ética e no discurso do psicanalista, mas com outra estratégia de manejo da transferência e do conteúdo inconsciente, sobretudo em seus delírios e alucinações.

No manejo transferencial da psicose, o analista precisa estar atento ao que ele recolhe no testemunho do sujeito e o que ele revela na sua relação com a linguagem. E mais, como manejar isto, pois dada a estreita relação entre Eu e Outro e seus efeitos nas relações imaginárias, o analista corre o risco de ocupar o lugar de invasor e perseguidor. Nas

manobras analíticas, é preciso intervir para não ser capturado nos lugares imaginários atribuídos pelo paciente, nem permitir que o sujeito permaneça na posição de objeto de gozo do Outro.

Assim, Soler (2008), aponta intervenções eficazes e cuidadosas, como: a) a abstenção da resposta, quando há uma convocação a preencher o vazio deixado pela *foraclusão*. Aqui, o analista se coloca como testemunha, que não sabe e nem goza, mas escuta o testemunho aberto do paciente; b) o exercício da função de limite ao gozo do Outro, retirando a paciente do lugar de objeto e o reinserindo como sujeito.

Guerra (2010) complementa 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) a retirada do sujeito da subordinação ao Outro; (b) a construção ou apropriação de objetos que espessem o gozo do sujeito, deslocando-o do corpo, por exemplo com a escrita; e (c) o apontamento de um Outro castrado, relativizando-o.

Aposta-se assim, que no HG, a operação analítica na vertente clínica da psicose, apoia para a saída ou não entrada da equipe do lugar do Outro ameaçador e do paciente da posição de objeto de gozo do Outro, favorece que o cuidado ocorra também pela entrada de novas figuras de apoio dentro do hospital, para além do psicólogo hospitalar e da psiquiatria, formando uma rede de atenção caso a caso. Assim, há a aposta de que estes efeitos possam retornar para a forma como o paciente vivenciará seus cuidados e seu sofrimento singular no hospital, mas também que a equipe possa revisitar seus modos de cuidado, aliando vertente clínica e vertente institucional.

No texto “O analista cidadão”, Laurent (1999) propõe uma posição ética para o psicanalista, sobretudo em instituições e em saúde mental, ao manejar as paixões narcísicas e redirecionar o grupo para suas verdadeiras tarefas. Simultaneamente, orientando posicionamentos diante de tentativas de normalizar ou universalizar aquilo que pertence à lógica do singular.

Assim, para Laurent (1999), há de se transformar em algo útil a transmissão da humanidade do singular, pois temos o que aprender com esta diferença. Participar das discussões e dos espaços de decisões compartilhadas, é um caminho para que o psicanalista saia da posição de ensaísta geral das cenas cotidianas externas e possa participar de outras 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, pp. 12-13).

Assim, é importante destacar que nos casos de psicose no hospital, o analista não pode desistir de deixar uma marca de sua presença na instituição. Primeiro entre o paciente e a equipe, a base onde constrói sua inserção e um lugar de trabalho

multidisciplinar. Depois, a partir deste trabalho, em que circunscreve as questões e recolhe os desafios, pode então desenvolver junto à instituição e à sua própria formação construções propositivas.

Diante da psicose, cabe ao analista assumir um papel clínico-institucional e político no cuidado compartilhado destes pacientes no HG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da psicose no HG não garante a ela um lugar. A rigidez institucional e formativa, o estigma da loucura e a cisão entre saúde e saúde mental dificultam o reconhecimento da lógica psicótica, essencial ao trabalho de cuidado. A psicose desafia a equipe ao escancarar, às vezes de forma insuportável, aquilo que não se quer saber sobre a subjetividade.

O analista, atento aos desafios do cuidado, trabalhando sua inserção institucional e sustentando sua posição frente à psicose, pode operar uma diferença, construindo analiticamente um lugar para a psicose na lógica de cuidado da equipe. Unindo a vertente clínica e institucional, transmitindo a posição singular do paciente diante da hospitalização, o analista pode abrir um espaço para que se construa compartilhadamente um lugar para a psicose no cálculo de cuidado da equipe hospitalar em uma rede de atenção articulada caso a caso. Assim, se a psicose não tem um lugar de antemão na instituição hospitalar, este lugar pode e precisa ser construído.

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL

Concepção do estudo: TSP, MLTM; **coleta de dados:** TSP; **análise dos dados:** TSP, MLTM; **redação do manuscrito:** TSP, MLTM; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** TSP, MLTM.

REFERÊNCIAS

- Calligaris, C. (2013). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Zagodoni.
- Clavreul, J. (1978). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Brasiliense.
- Costa, A. (2006). Uma experiência de clínica institucional. In S. Alberti, A. C. Figueiredo (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 155-168). Companhia de Freud.
- Foucault, M. (2012). *História da loucura: na idade clássica*. Perspectiva. (Obra original publicada em 1972).
- Freud, S. (1996). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. (Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud). Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1996). *Esboço de psicanálise* (Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 23). Imago. (Trabalho original publicado em 1938).
- Freud, S. (2010). *O inquietante* (Obras completas, Vol. 14) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010). *Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia Paranoides) relatado em autobiografia ("O caso Schreber", 1911)*. (Obras completas, Vol. 10) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911).

- Guerra, A. M. C. (2010). *Psicose*. Zahar.
- Lacan, J. (1998). *O Seminário: as psicoses*. Zahar. Lv. 3. (Trabalho original publicado em 1955-1956).
- Lacan, J. (2009). *O Seminário de um discurso que não fosse semblante* (Lições sobre a lituraterra). Rio de Janeiro: Zahar. Lv. 18. (Trabalho original publicado em 1971).
- Lacet, C. (2004). Da forclusão do Nome-do-Pai à forclusão generalizada: considerações sobre a teoria das psicoses em Lacan. *Psicologia USP*, 15(1-2), 243-262. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100023>.
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Revista Curinga*, 13(1), 07-13.
- Mannoni, M. (1970). *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. Zahar.
- Marcon, H. (2016). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde (pp. 25-45)). Escuta.
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado* (O método psicanalítico (pp. 221-286). Jorge Zahar.
- Moretto, M. L. T. (2019). *O que pode um analista no hospital?* (3a ed.). Ed. Artesã. (Trabalho original publicado em 2002).
- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 287-298. Recuperado em 25 de março de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Moura, M. D. (2015). Psicanálise e hospital: um lugar para o sujeito a partir de diferentes práticas discursivas. In V. A. Elias (Org.). *Horizontes da psicologia hospitalar: saberes e fazeres* (pp. 117-125. Atheneu.
- Netto, M. V. R. F. (2014). *Um psicanalista no hospital-geral: possibilidades e limites de atuação* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro]. Repositório Institucional. <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/14640>.
- Prado, E., Cenesin, J. D., Lima, J. C., Nubile, M., & Medrado, P. (2022). Perspectivas de lituraterra. *Leituras de Biblioteca*. Escola Brasileira de Psicanálise. Recuperado em 25 de março de 2023, de <https://ebp.org.br/sp/perspectivas-de-lituraterra/>.
- Soler, C. (2008). *Estudios sobre las psicosis*. Manantial.
- Souza, N. S. (2023). *A psicose: um estudo lacaniano*. Zahar.

NOTAS

- ¹ 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.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Angelo Márcio Valle da Costa

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias