

## **A Psicanálise nos dispositivos de saúde mental: um tratamento possível com as psicoses**

Lucas Ribeiro Vaz Vitorino<sup>1</sup>  
Regina Coeli Aguiar Castelo Prudente<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Pós-graduando em Teoria Psicanalítica pelo Centro Universitário Academia. Atuante nas áreas de Saúde Mental e Clínica Psicanalítica.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Academia (UniAcademia). Mestra pela UniAcademia.

## Introdução

O modelo de tratamento asilar da loucura como único modo possível de intervenção era, muitas vezes, máscara de uma tentativa higienista de suprimir aqueles que a sociedade não queria ver nem ouvir, retirando qualquer princípio de cidadania desses ditos loucos. A figura do louco, mais precisamente daquele que desafiava as convenções sociais, era vista com certa repulsa e digno de reclusão, fazendo com que durante muitos anos tais indivíduos que se enquadravam nessa lógica não tivessem tratamento de fato.

O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil foi batizado de Hospício Pedro II, em 1852, localizado na Praia Vermelha, município do Rio de Janeiro (Conselho Federal de Psicologia – CFP, 2019), foi criado no intuito de retirar os chamados alienados das ruas, colocando-os em um hospital no qual receberiam acompanhamento psiquiátrico. Devido à superlotação e à localidade do hospital ter grande visibilidade, os pacientes foram gradualmente transferidos para outras instituições com as mesmas características asilares, principalmente para o Hospital Engenho de Dentro, no qual os pacientes não eram tão visíveis quanto no litoral. Esse hospital foi posteriormente batizado como Centro Psiquiátrico Pedro II.

Foi nessa instituição que algumas figuras importantes para o movimento antimanicomial surgiram, por exemplo, a psiquiatra Nise da Silveira, uma das pioneiras no cuidado da saúde mental pautado não exclusivamente na interação medicamentosa, mas sim na tentativa de favorecer as produções dos sujeitos e escutando as singularidades por meio de atividades expressivas. Em sua homenagem, o que antes era o Centro Psiquiátrico Pedro II transformou-se no Instituto Municipal Nise da Silveira, no qual se encontra o Museu de Imagens do Inconsciente, estando em exposição os trabalhos artísticos dos pacientes outrora ali internados.

Tais propostas pioneiras deram espaço para o que viria ser a reforma psiquiátrica no Brasil, mudança política e paradigmática no cuidado e atenção à saúde mental. Nesse modelo, há outra forma de enxergar o indivíduo em sofrimento psíquico. O que antes era chamado de alienado, ou simplesmente doente, agora passa a ser visto como um sujeito digno de exercer sua cidadania e seus direitos por meio de uma proposta de um modelo biopsicossocial de tratamento.

A partir da redemocratização do país e de uma legislação favorável à criação de um Sistema Único de Saúde, abriu-se espaço para a continuidade da reforma sanitária na saúde mental, tendo como um dos principais marcos a chamada Lei Paulo Delgado, de 2001, que assegurava os direitos dos indivíduos com diagnóstico de transtorno mental (CFP, 2019). Assim, os dispositivos substitutivos das internações psiquiátricas foram tendo cada vez mais espaço, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

No Caps, por intermédio das oficinas terapêuticas e de outros dispositivos, o sujeito em sofrimento psíquico é convidado a dizer sobre seu mal-estar, possibilitando formas

únicas de expressão. As oficinas são espaços que possibilitam aos sujeitos expressarem e explorarem suas potencialidades com o que lhe é próprio, por meio da música, pintura, ou situações da vida cotidiana. Esse modo de intervenção terapêutica converge com a ética da psicanálise, que tem como norteamento o desejo singular do sujeito.

Contudo, hoje é possível dizer que o país se encontra em retrocesso no campo das políticas de saúde pública e, nesse caso, na saúde mental. Isso faz com que a luta antimanicomial seja uma luta diária, tanto dos usuários dos serviços quanto dos próprios profissionais, que pretendem se colocar em um tratamento digno, assegurado como direito. Pautados nos modelos neoliberais de gestão econômica e política, o Brasil se movimenta há alguns anos para um desmonte nas instituições de saúde, tornando-se precária e, muitas vezes, impossibilitando o cuidado em liberdade.

Dessa forma, é preciso dar lugar a propostas de intervenções que fortaleçam o movimento antimanicomial, implicando as bases teóricas que sustentam e possibilitam a existência desses dispositivos de cuidado. Para a psicanálise, o sujeito não é dado ou inato, mas sim constituído por intermédio de seus impasses frutos da interação e inseridos em um contexto cultural, político e econômico. Logo, ser sujeito de desejo é estar em contato com o outro, que por sua vez também deseja algo, possibilitando infinitos encontros e desencontros, sendo causa, muitas vezes, de sofrimento. A ética da psicanálise implica possibilitar que o sujeito em sofrimento se coloque quanto ao seu desejo.

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar a atuação do psicólogo no campo da saúde mental que favoreça a escuta singular de cada indivíduo, tal como compreender e discutir a atual conjuntura política que influencia no cuidado e as possibilidades substitutivas da internação psiquiátrica e medicalização. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa que tem como critério de seleção dos trabalhos de referência textos psicanalíticos de uma mesma linha teórica, a saber, freudiana e lacaniana e seus comentadores.

## **Crítica da razão diagnóstica em psiquiatria**

Quais são os critérios que perpassam um diagnóstico? Ou mais: diagnosticar para que (ou quem)? Pensar em um diagnóstico psicopatológico em saúde mental compreende uma forma de não rotular, mas sim um “ponto de orientação num percurso a ser construído na história do sujeito” (CFP, 2013, p. 86), tendo em mente não só as próprias alterações nas funções psíquicas, mas as variantes culturais e territoriais estabelecidas. Dessa forma, o diagnóstico seria não somente uma nomeação do mal-estar, mas sim uma forma de conduzir um processo terapêutico.

Esse modelo de cuidado em saúde mental vai de encontro à ideia de razão diagnóstica da psiquiatria, pois, tendo como base o Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais (DSM), o médico especialista adota os critérios estatísticos e não etiológicos como base do diagnóstico, ignorando qualquer produção e participação ativa do sujeito em seus sintomas, tais como a capacidade de articulação e significado subjetivo para o indivíduo em específico (Dunker, Safatle, & Silva, 2018). Ou seja, a lógica diagnóstica da psiquiatria moderna é pautada, essencialmente, em categorizar sujeitos em grupos específicos de patologias.

Segundo Lacan (2002), a partir da existência de uma Organização Mundial da Saúde (OMS), a figura do médico passa a ser colocada como um tipo de objeto de uma empresa na qual a produção é a patologia e conseqüentemente seu diagnóstico. Assim, passa a ser um pilar da psiquiatria a demanda do doente, que pode, muitas vezes, ser lida como demanda da doença, fazendo com que a saúde e o cuidado psíquico se tornem um certo tipo de negócio. Com isso, podendo gerar lucros ou prejuízos, tal relação se coloca como um dos “dispositivos de manutenção da lógica econômica da atualidade” (Calazans & Matozinho, 2021, p. 47).

De início, na história do DSM, as categorias diagnósticas se dividiam entre dois principais grupos: os de ordem neurótica e os de ordem psicótica. Esse primeiro grupo se subdividia entre os diagnósticos ligados à depressão e ansiedade; já o segundo grupo era voltado para a presença de alucinações e delírios. Isto é, os grupos diagnósticos eram separados tendo como principal determinante elementos fenomenológicos, não sendo do interesse da obra conceituar ou refletir as noções de normal e patológico que perpassavam as categorias (Dunker *et al.*, 2018).

Seria possível, então, um diagnóstico abranger as noções de normalidade e patologia vigentes? O tema já foi objeto de diversas obras nas quais se investiga a questão, por exemplo, no livro *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*, é colocado que o modo como a civilização está organizada, seja nos campos econômicos, políticos, seja das relações humanas, prescreve a maneira como devemos exprimir ou esconder, narrar ou silenciar, reconhecer ou criticar modalidades específicas de sofrimento (Dunker, Safatle, & Silva, 2021). Dessa forma, nota-se uma mutabilidade das noções do normal e patológico, o que corrobora a formulação freudiana de que a linha entre eles nunca é inteiramente nítida (Freud, 2011/1924).

Verificando que as formas de expressões sintomáticas mudam com e através do tempo, conclui-se que as categorias diagnósticas também se orientam pela mesma linha de raciocínio, como destacam Dunker *et al.* (2018, p. 328):

As articulações entre sintomas, formas de sofrimento e modalidade de mal-estar possuem uma história. Novos sintomas são descobertos, inventados ou sancionados. Certas inibições tornam-se normalopáticas. Aquilo que representava um deficit em um tempo pode se tornar funcional e adaptativo em outro, há formas de sofrimento que se tornam expectativas sociais a cumprir, outras que devem se tornar invisíveis e inaudíveis.

A lógica de como o diagnóstico está intrinsecamente ligado à cultura pode ser exemplificado pela noção de espectro, introduzida em 2013 no último Manual Diagnóstico (DSM V). Nesse momento, não é mais estabelecido um marco epistemológico entre saúde e doença, mas sim uma abertura para diversas categorias nas quais todos podem, de certa forma, enquadrar-se, significando que todos são mais ou menos transtornados (Calazans & Matozinho, 2021).

Assim, a busca por um tratamento em saúde mental pode ser interpretada não mais como uma forma do sujeito se livrar do sofrimento, mas uma busca pelo diagnóstico no qual a figura do médico viria para autenticá-lo como doente (Lacan, 2002). Ou seja, o diagnóstico como nomeador do mal-estar proposto pela psiquiatria passa a ter um sentido de identificação no próprio sujeito, visto que, para além da nomeação, agora ele faz sentido de justificar esse mal-estar (Calazans & Matozinho, 2001), sendo sustentado pela ciência. Tal lógica da razão diagnóstica vai de encontro à visão de diagnóstico em saúde mental, proposta fortalecida nos movimentos antimanicomiais de reforma psiquiátrica, como será discutido na próxima seção.

## Políticas de saúde mental

A luta antimanicomial representa um grande marco para a reforma psiquiátrica no Brasil, constituindo-se como um movimento não só dos usuários dos serviços de saúde mental no país, como também de seus familiares e trabalhadores, tendo seu início em 1987 (CFP, 2019). Foi por meio desse movimento que práticas substitutivas da internação psiquiátrica nos hospitais foram criadas, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Para além da desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, o movimento também teve como objetivo tirar o protagonismo da figura do médico psiquiatra, dando lugar a toda uma equipe territorial de referência, com uma “ruptura prático-teórica dos saberes hegemônicos” (Sampaio & Bispo, 2021, p. 12). Assim, outras figuras começaram a emergir no cenário como peça fundamental do apoio ao sofrimento psíquico, como o psicólogo.

É preciso contextualizar que a figura do louco que protagonizava as internações nos hospitais psiquiátricos girava em torno das psicoses devido à presença das alucinações de delírios (Carneiro, 2008). Nessa estrutura psíquica, a relação do próprio indivíduo com o mundo é livre de mediação simbólica, tendo como mecanismo a forclusão (Lacan, 1988/1956-1957), que impede a inscrição da lei simbólica que permeia as relações.

Isso faz com que a expressão sintomática do psicótico não vá de acordo com a cultura, sendo por isso o motivo principal da necessidade de tratamento recluso sendo, segundo Carneiro (2008), a figura do louco temida, pois ameaça a própria natureza do social. Se há uma norma que rege os contratos sociais, a figura do psicótico rompe com ela, ocasionando possíveis sentimentos aversivos para a comunidade.

Dessa forma, com a periculosidade colocada em cima da figura do psicótico, o hospital psiquiátrico passa a ser a única modalidade terapêutica, com a necessidade de isolamento social (Sampaio & Bispo, 2021). Assim, a figura do hospital psiquiátrico passa a ter uma função não apenas do cuidado e atenção à saúde mental, mas também uma forma de mascarar a loucura presente no cotidiano.

Somados aos efeitos do adoecimento psíquico na psicose, a necessidade de exclusão do louco do meio fez com que seu laço com o social e comunidades fosse enfraquecido, isolando cada vez mais o indivíduo e ignorando que o vínculo externo possa ser de alguma forma terapêutico. Com isso, a mudança do paradigma na atenção à saúde mental visa, também, inserir o projeto de atenção psicossocial (Carneiro, 2008), sendo este um modelo no qual o usuário do serviço continua preenchendo os espaços da sociedade e mantendo os vínculos ativos.

O período em que se ascendeu o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil coincide com o momento de redemocratização do país e da reestruturação de um sistema de saúde público (Sampaio & Bispo, 2021), o que, porém, não permanece com a mesma força hoje. A partir de 2016 e, principalmente em 2017, passa a ser ampliado o investimento público nos hospitais “do mesmo tipo de características asilares deflagrado pela Inspeção nacional” (CFP, 2019, p. 28), havendo, dessa forma, um espaço destinado a isso na corrida orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS).

É possível de ser apontado que o marco dos retrocessos no campo da saúde mental brasileira se dá a partir da ocupação conservadora nos setores do governo, havendo mudanças políticas em algumas diretrizes relacionadas: “desde 2016, com a assunção de grupos conservadores e ultraliberais nos espaços de poder do país, foram desencadeadas mudanças na organização e no direcionamento ideológico da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e da Política Nacional sobre Drogas” (Sampaio & Bispo, 2021, p. 3).

Com isso, mesmo com o modelo psicossocial e territorial ainda vigente e em curso, é um desafio cotidiano para os trabalhadores dos serviços de saúde mental mantê-lo. Por mais que a luta esteja prevista por lei, é preciso que a cultura antimanicomial esteja em prática e em alinhamento com as estratégias do cuidado em liberdade (CFP, 2019).

Antes da reforma psiquiátrica, o muro dos hospitais aparecia como uma forma de silenciar a loucura e excluí-la do convívio, suprimindo, assim, seu conteúdo; porém, mesmo após a reforma, trocou-se o “muro de concreto dos hospícios pelo muro da bioquímica” (Fernandes & Rocha, 2003, p. 45), fazendo com que o sujeito em sofrimento psíquico permanecesse suprimido pela intervenção puramente medicamentosa. Assim, incluir a psicanálise nos dispositivos de saúde mental se faz necessário para abrir espaço do particular do sujeito no universal da instituição, existindo de modo que o convide a se expressar da maneira que encontrou de fazê-lo, possibilitando um espaço de acolhimento e escuta singular (Carneiro, 2008).

Pensando no modelo de descentralização da atenção e do cuidado, a prática da psicanálise na saúde mental tem o seu lugar. Com uma ética específica, apoiando-se na lógica do inconsciente, o psicanalista pode se aproveitar da estrutura multidisciplinar da equipe, mesmo com algumas barreiras institucionais que acompanham o funcionamento grupal (Lima & Paravidini, 2011).

Uns dos principais dispositivos de atenção em saúde mental conquistados na reforma psiquiátrica foram os Caps. Nesse espaço de acolhimento, o cuidado é realizado em contato direto com a comunidade, mantendo os laços e vínculos do próprio usuário com o meio, usando disso como um meio do cuidado. Esses pontos estratégicos do cuidado com a saúde mental usam de diferentes recursos como ferramentas, por exemplo, a música, esporte e arte, como uma forma direta de aproximar o serviço da própria população (Brasil, 2011).

Os Caps são um importante ponto de referência de apoio aos cidadãos brasileiros que têm diagnóstico de transtorno mental grave e persistente, como a esquizofrenia, por exemplo. Eles foram regulamentados na Portaria nº 336, de 16 de fevereiro de 2002, e, entre suas atribuições está o atendimento individual do cidadão em sofrimento psíquico, podendo esse atendimento ser psicoterápico; medicamentoso; de orientação; atendimentos em grupo; oficinas terapêuticas; atendimento à família em visitas domiciliares (Brasil, 2002).

A mesma Portaria de regulamentação estabelece que os profissionais atuantes no serviço de nível superior são: psicólogos, assistente sociais, médicos e enfermeiros. De nível médio pode-se encontrar auxiliares de enfermagem, principalmente quando se trata do Caps III, no qual existe a modalidade de acolhimento estendido. Esse modo de apoio ao indivíduo consiste em acolhê-lo em momentos de crise durante todas as horas do dia, todos os dias, podendo ele dormir e se alimentar no Caps. Mas não se deve confundir com internação na atenção terciária, que é um serviço no qual o indivíduo é retirado do seu meio, diferente do acolhimento estendido.

Dessa forma, para a elaboração de um programa de tratamento para o indivíduo em sofrimento subjetivo, é necessário que todos os profissionais estejam aptos a compartilharem seus saberes de forma a compor uma equipe. Essa proposta em equipe tem como principal objetivo colocar o usuário no centro do processo de reabilitação e de atenção (Brasil, 2007).

Acolher o sofrimento subjetivo de determinado indivíduo em seu meio implica, além de escutá-lo e compreendê-lo como sujeito singular, traçar estratégias para que seu sintoma não o exclua da sociedade, fazendo com que um enlace particular com o outro seja peça de uma reabilitação (Muñoz, 2010), convidando o sujeito a traçar um plano terapêutico junto da equipe.

## **Psicose e diagnóstico estrutural em psicanálise**

Ainda com pouca bagagem empírica nos primeiros momentos de vida, o ser humano depende inteiramente de um outro que faça uma função de lhe nomear e fazer

viver, não havendo nenhuma capacidade de viver isolado. É devido a essa prematuridade que o bebê necessita tanto de um suporte biológico quanto simbólico (Checchinato, Sobrinho, Steffen, & Souza, 1988). Ou seja, a relação dele com o mundo tem sensações mediadas por um outro que até então se mostra onipotente, posição ocupada pelas figuras de cuidado materno. É a partir do cuidado e amor dado pela função materna que a criança é nutrida simbolicamente: o que antes era apenas um amontoado de sensações nomeadas pelo Outro adentra, cada vez mais, os campos do simbólico e imaginário.

Além de depender inteiramente de um outro nesses primeiros momentos da vida humana, a criança estará submetida inteiramente à lei do desejo materno, sem restrição e sem relativização, pois essa pessoa que lhe dá cuidado, sendo falante e submetida à lei simbólica, passará para o filho a reincidência dessa lei (Quinet, 2015). Se não há interdição, ou seja, se não é interpretada pela criança a entrada de um outro nessa relação, não haverá mediação desse indivíduo com o mundo e com o desejo materno, estando, assim, na estrutura psicótica.

Em Freud (2011/1924), temos nesse momento da interdição a introjeção da lei na psique do sujeito, denominada Supereu (Überich). Essa instância psíquica funciona, para o autor, como o “imperativo categórico de Kant”, ou também a “fonte de nossa moralidade individual” (Freud, 2011/1924, p. 197). Já Lacan (2005/1962-1963), considera que essa moral individual do sujeito é o que vai metaforizar o desejo com a mãe, asseverando que a interdição aparece em nível simbólico, operada pelo significante chamado por ele de Nome-do-Pai.

Logo, esse significante é o que barra a mãe onipotente que antes tinha acesso sem barra ao próprio indivíduo, sendo essa a metáfora paterna. O Nome-do-pai é aquilo que representa, no discurso da mãe, a presença de uma lei, mostrando que ela também está submetida a algum Outro, dizendo que seu desejo aponta para outro lugar que não a própria criança. Vale ressaltar que a função paterna não diz respeito necessariamente ao pai genitor da criança, sendo ele presente na realidade ou não, pois “O Nome-do-Pai é um significante e não uma pessoa” (Quinet, 2015, p. 38).

Enquanto na neurose e perversão se vê um sujeito barrado em sua relação com o outro, por mais que ele próprio tente muitas vezes negar ou ignorar essa barra, essa mediação com o mundo está presente. Na psicose, a relação do próprio indivíduo com o mundo é livre de mediação simbólica. Não havendo esse corte que o divide em inconsciente e consciente, o inconsciente do psicótico está na superfície (Lacan, 1988/1956-1957). Isso faz com que os processos que seriam recalçados ou denegados em outras estruturas apareçam sem qualquer restrição, podendo ser observados nos fenômenos discursivos.

Para Lacan, o “Outro”, com a letra inicial maiúscula, é diferente de “outro”, com a inicial minúscula, pois se trata de um conceito. A noção de Outro, ou grande Outro, é o lugar de onde o sujeito se vale dos significantes que marcam sua história e seus ideais (Quinet, 2012).



A fala do psicótico é livre das amarras estruturais, fazendo com que suas palavras possam se mostrar incoerentes para aqueles que escutam, criando um raciocínio “bizarro, ilógico e incompreensível” (Quinet, 2006, p. 71). Ou seja, o significante nome-do-pai estando foracluído implica um fenômeno discursivo no qual não há um norteamto da cultura na ligação entre o significante e significado das palavras, pois, segundo Checchinato *et al.* (1988, p. 16),

Os pontos de basta do discurso, os pontos de enlace fundamentais entre o significante e o significado não tendo sido estabelecidos em lugar algum ou tendo sido afrouxados, produz-se a emergência de fenômenos automáticos nos quais a linguagem se mete a falar sozinha, acarretando uma decomposição do discurso interior e a preeminência do significado como tal, cada vez mais vazio de significação.

Dessa forma, a linguagem na psicose se apresenta como infinita em suas mais variadas formas de significação, não havendo um ponto de basta, visto que falta o elemento que possibilitaria fechar o conjunto no qual o neurótico se encontra fixado (França, 1999). Assim, há o surto quando o psicótico está diante de uma incapacidade de simbolização, sendo o delírio a reconstrução de sua realidade que, segundo Checchinato *et al.* (1988), visa organizar sua teia de significações que articula com determinado significante. Se na neurose o retorno do material excluído do real é no sintoma, o retorno na psicose aparece nos delírios e nos distúrbios de linguagem.

Sendo a única forma de se organizar e dizer sobre aquilo que lhe causa sofrimento, a certeza delirante é uma das características do psicótico. Para Lacan (1988/1956-1957), essa crença é a principal diferença da psicose para a neurose, já que o neurótico não leva a sério um certo número de possibilidades e realidades nos quais ele, querendo ou não, reconhece-se. Ou seja, a diferença crucial entre neurose e psicose não é no simples rompimento com a realidade compartilhada socialmente, mas sim no caminho usado para reconstruir as bases de seu mundo (Guerra, 2010).

Tratando-se de uma estrutura clínica em psicanálise, o que implica um modo bem específico de se estar na linguagem e no mundo, espera-se que uma direção de tratamento também se oriente por um caminho específico, diferente daquele de outras estruturas clínicas. Tal proposta de tratamento será abordado na próxima seção.

## Sobre a direção do tratamento

Segundo Jacques Alain-Miller (1999), os dispositivos de saúde mental têm como finalidade, e não outra, a reintegração do indivíduo em sua comunidade social. Assim, para além de diagnósticos e medicamentos, práticas sempre propostas pelas instituições asilares, nos centros de cuidado em saúde mental, após a reforma psiquiátrica, o foco do

tratamento é a possibilidade de o indivíduo preencher os espaços da sociedade, tal como é possível para ele. Em outras palavras, para além do cuidado ambulatorial, o cuidado em saúde mental implica um exercício de cidadania, é resgatar a possibilidade de a loucura coexistir na sociedade e devolver um lugar social para essa loucura, que, muitas vezes, não está associada aos discursos estabelecidos e à norma fálica que norteia a civilização.

Colocando a cidadania em um campo de construção do sujeito em um contexto cultural, é preciso, antes de tudo, que lhe seja dada a possibilidade de se situar quanto aos seus direitos. Assim, no campo psíquico, é preciso que lhe seja dada a capacidade de construir saídas possíveis e singulares perante seu mal-estar (Calazans & Serpa, 2011).

O que não significa, porém, que essa construção da cidadania seja um exercício de enquadrar determinado indivíduo em um contexto no qual só se pode seguir um caminho. Segundo Eric Laurent (1999, p. 9), em seu texto *O analista cidadão*, “o analista, mais que um lugar vazio, é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre as normas e as particularidades individuais”. Isso significa, também, que a prática da psicanálise nas instituições, para além da clínica, atua como uma prática política:

Se pensarmos que sustentar o discurso analítico na instituição é não recuar em tomar a singularidade do desejo do sujeito como guia de nossa ação, então a posição do analista não pode ser outra que não a de possibilitar o aparecimento do particular do sujeito (clínica) no geral do que a instituição preconiza (política pública). (Calazans & Serpa, 2011, p. 314).

Então, qual seria o posicionamento do analista para que seja possível o aparecimento do particular do sujeito? Ou mais, sabendo que o tratamento implica uma reinserção psicossocial, de quais dispositivos a clínica e a ética psicanalítica podem dispor?

É necessário primeiro o estabelecimento de um vínculo, seja do usuário do serviço de saúde mental com os técnicos, seja com a instituição em si, sendo que, a partir disso, há a criação das primeiras possibilidades de enlace e circulação social desse indivíduo (Guerra, 2010). É na figura dos sujeitos e da instituição que o usuário em sofrimento psíquico vai depositar sua produção psíquica, sendo seu material endereçado a essas figuras, tanto como fala quanto como invenção.

As oficinas terapêuticas nos Caps favorecem a emergência do sujeito a partir de suas produções. Na neurose, essa produção material do sujeito, podendo utilizar as oficinas terapêuticas de um Caps, vai seguir a norma fálica presente na sociedade, sendo seu resultado algo criado a partir da metáfora paterna. Já na psicose, o material produzido, de início ausente da metáfora paterna, terá a função de linguagem no momento em que é endereçado à equipe (Alvarenga, 1999). Ou seja, no momento em que há o endereçamento, no instante em que há um fundo de linguagem que permite o trabalho ser minimamente lido e interpretado, coloca-se em pauta um inconsciente, seguido de um sujeito.

Por mais que esse trabalho não seja vendido para o social, não seja absorvido pela sociedade como algo da norma fálica, o trabalho do psicótico nos Caps toma como suporte a ética da psicanálise. Para além da gestão do capital financeiro, para além da imperatividade da competitividade do mercado, a psicanálise propõe uma ética da diferença (Quinet, 2006). Tal ética permite poder escutar devidamente determinada expressão do sujeito, sem tentar enquadrá-lo, necessariamente, em um padrão de reconhecimento e de identificações compartilhados culturalmente.

Tanto com a produção material (produção das oficinas) quanto a produção imaterial (falas e atos), tais possibilidades de invenções, segundo Guerra (2010), propõem em instância última a possibilidade do indivíduo psicótico de uma metáfora delirante, como suplência da metáfora paterna. Porém, é válido ressaltar que o campo da foraclusão não implica necessariamente um deficit, mas sim, pela óptica da psicanálise, um modo de funcionamento específico.

Dito de outra forma, é preciso acolher o sofrimento e não tentar simplesmente enxergar o sintoma como algo a ser eliminado: acolher a atividade delirante de determinado indivíduo em sofrimento é abrir possibilidade para a invenção. A construção de uma metáfora delirante é possível no momento em que o delírio é destinado a fim de produção, endereçado ao outro e nomeado por este. Esse trabalho de invenção permite um trabalho de construção de sentido, no qual um significante é inscrito no sujeito em que este pode se localizar, ou não, no discurso do outro (Guerra, 2010).

Assim, para além do imperativo do ter de uma sociedade capitalista, uma direção do tratamento com as psicoses na saúde mental implica incluir a foraclusão, e não tentar enquadrar o indivíduo em uma norma.

## Considerações finais

O primeiro tema explorado neste trabalho foi a razão, seguido da crítica, da lógica diagnóstica da psiquiatria moderna. Nesse modelo de intervenção, o paciente, apoiando-se em um discurso patologizante de sua época, utiliza a figura do médico para autenticá-lo como doente, utilizando-se dele como um instrumento de identificação quanto à cultura. Por outro lado, o médico utiliza esse mecanismo para se colocar como um objeto da OMS, sendo um trabalho pautado na categorização e medicação da vida, que é diluída cada vez mais em números infinitos de patologias.

De forma contrária, a reforma psiquiátrica no Brasil, movimento originário no fim dos anos 1980 e em curso, tem como objetivo tirar a figura de protagonismo do médico psiquiatra e depositá-la em toda uma equipe de referência, e inclusive no próprio sujeito em sofrimento psíquico, que nesse momento passa a ser visto como usuário do serviço,

e não apenas um paciente clínico. Nesse modelo de atenção, tendo como dispositivos essenciais os Caps, o indivíduo é convidado a dizer sobre seu mal-estar, podendo canalizar seu sofrimento para um fim, como é o caso das oficinas terapêuticas.

Nas oficinas terapêuticas, apoiando-se em uma proposta de tratamento elaborada pela equipe de referência e pelo usuário do serviço, é tido como objetivo fazer com que o vínculo com os técnicos e com a própria instituição seja fortalecido, isto é, transferido, fazendo com que o seu material produzido seja endereçado a eles. Assim, no momento em que um trabalho é nomeado e interpretado, é colocado nele um fundo de linguagem no qual pressupõe um sujeito, inscrevendo um significante e dando possibilidade deste de elaborar uma metáfora delirante que vem como suplência da metáfora paterna.

A metáfora delirante seria a possibilidade de construção de sentido, de suplência da metáfora paterna perante a errância do sujeito psicótico, efeito da foraclusão. Ou seja, é preciso acolher a atividade delirante oriunda da estrutura psíquica do psicótico, bem como as invenções e saídas e incluir a foraclusão no processo de reabilitação social. Tal intervenção não significa necessariamente incluir o indivíduo na norma fálica presente na sociedade, mas sim favorecer meios para que essa produção subjetiva seja aceita e respeitada socialmente, de forma que este consiga preencher os espaços da sociedade, processo fragilizado pelo exclusão do psicótico de seu meio.

## Referências

- Alvarenga, E. (1999). O trabalho criativo e seus efeitos na clínica da psicose. *Curinga*, 13(1), 102-105.
- Brasil. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde Recuperado em 21 junho 2022, de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf).
- Carneiro, N. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 208-220. Recuperado em 21 junho 2022, de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/brtR6Q85jdzzSRgV5gzv7qt/?lang=pt>.
- Calazans, R., & Matozinho, C. (2021). *Pandemia e neoliberalismo: a melancolia contra o novo normal*. Rio de Janeiro: Mórula.
- Calazans, R., & Serpa, T. (2011). Psicanálise e Instituição: entre clínica e política. In *Psicanálise, Universidade e Sociedade*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- Checchinato, D., Sobrinho, O. R., Steffen, R., & Souza, A. A., Filho. (1988). *A clínica da psicose* (2a ed.). São Paulo: Papyrus.

- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*. Recuperado em 21 junho 2022, de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio\\_Inspecao\\_HospPsiq.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf).
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos CAPS – Cento de Atenção Psicossocial*. Recuperado em 21 junho 2022, de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS\\_05.07.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf).
- Dunker, C., Safatle, V., & Silva, N., Junior. (2018). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Dunker, C., Safatle, V., S., Silva, N., Junior. (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (2011). A perda da realidade na neurose e na psicose. In S. Freud. *O Eu e o Id: “Autobiografia” e Outros textos (1923-1925)* (Vol. 16, pp. 214-221, P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1924).
- Freud, S. (2014). O Fetichismo. In S. Freud. *Inibição, Sintoma e Angústia: O futuro de uma ilusão e Outros textos (1926-1929)* (Vol. 17, pp. 244-251, P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1927).
- Guerra, A. (2010). *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1988). *O Seminário – livro III – As psicoses (1956-1957)* (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2005). *Nomes-do-pai (1962-1963)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2002). Psicanálise e medicina. *Opção Lacaniana*. São Paulo, 32(1), 8-15.
- Laurent, E. (1999). O Analista cidadão. *Curinga*, 13(1), 7-13.
- Lima, C., & Paravidini, J. (2011). Reflexões sobre a ética da psicanálise e sua contribuição para práticas de saúde mental. *Estilos da Clínica*, 16(2), 424-441. Recuperado em 21 junho 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282011000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000200009).
- Miller, J. (1999). Saúde mental e ordem pública. *Curinga*, 13(1), 14-24.
- Muñoz, N. (2010). Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 87-101. Recuperado em 21 junho 2022, de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/bhBHPKr8yRRM6D96twd5Cgw/?lang=pt>.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Recuperado em 21 junho 2022, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html).
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011). Recuperado em 21 junho 2022, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).
- Quinet, A. (2015). *Édipo ao pé da letra: fragmentos de tragédia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rocha, E., & Fernandes, F. (2004). Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 40-62. Recuperado em 21 junho 2022, de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/fSLnbcPNGyDDP9hsqDLGSrd/?lang=pt>.
- Sampaio, M.L., & Bispo, J.P., Júnior. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19(1). Recuperado em 21 junho 2022, de <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/>.

## Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar a atuação do psicólogo no campo da saúde mental que favoreça a escuta singular de cada indivíduo, tal como compreender e discutir a atual conjuntura política que influencia no cuidado e as possibilidades substitutivas da internação psiquiátrica e medicalização. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa que tem como critério de seleção dos trabalhos de referência textos psicanalíticos de mesma linha teórica, a saber, freudiana e lacaniana e seus comentadores. Durante a elaboração do texto, verificou-se que a razão diagnóstica da psiquiatria moderna segue em um movimento contrário daquela defendida pelos movimentos antimanicomiais brasileiros: enquanto a primeira insiste em categorizar e medicalizar processos psíquicos de sofrimento como direção terapêutica, a segunda propõe um modelo de cuidado psicossocial, utilizando os próprios sintomas para a condução e construção de um processo terapêutico de reabilitação. A intervenção puramente medicamentosa é um modelo que considera o sintoma como algo a ser extinguido, prática comum quando se trata das intervenções no campo das psicoses. Devido à presença da atividade delirante do indivíduo, o psicótico muitas vezes é visto como alguém que ameaça a lógica da norma social, precisando ser suprimido tanto nos muros dos manicômios quanto nos muros da bioquímica. Assim, faz-se necessário, além de conceituar sobre a constituição psíquica do psicótico, também presente neste trabalho, discutir formas de tratamento das psicoses no campo da saúde mental pautadas na lógica da não exclusão e na reinserção da loucura no campo social.

**Palavras-chave:** Psicose. Psicanálise. Saúde Mental. CAPS. Delírio.

## Psychoanalysis in mental health devices: a possible treatment with psychoses

### Abstract

This work aims to analyze the role of psychologists in the field of mental health that favors individual listening, as well as understanding and discussing the current political situation that influences care and the substitutive possibilities of psychiatric hospitalization and medicalization. This is an exploratory research with a qualitative approach that has as criterion for selection of works with reference to psychoanalytic texts of the same theoretical line, Freudian and Lacanian and their commentators. During the text, it was verified that the diagnostic reason of modern psychiatry follows a movement contrary to that defended by the Brazilian Anti-asylum movements: while the former insists on categorizing and medicalizing psychological processes of suffering as a therapeutic direction, the later proposes a model of psychosocial care, using the symptoms themselves to conduct and build a therapeutic rehabilitation process. A purely drug intervention is a model that considers the symptom as something to be extinguished, a common practice when it comes to interventions in the field of psychosis. Due to the presence of the individual's delusional activity, the psychotic is often seen as someone who threatens the

logic of the social norm, needing to be suppressed, both on the walls of asylums and on the walls of biochemistry. Thus, it is necessary, in addition to conceptualizing the psychological constitution of the psychotic, also present in this work, to discuss ways to treating psychosis in the field of mental health based on the resumption of the social bond.

**Keywords:** Psychosis. Psychoanalysis. Mental Health. CAPS. Delirium.

## **La psychanalyse dans les dispositifs de santé mentale: un possible traitement des psychoses**

### **Résumé**

Ce travail vise à analyser les performances du psychologue dans le domaine de la santé mentale qui privilégie l'écoute singulière de chaque individu, comme comprendre et discuter la situation politique actuelle qui influence les soins et les possibilités substitutives d'hospitalisation et de médicalisation psychiatrique. Il s'agit d'une recherche exploratoire avec une approche qualitative, qui utilise les textes psychanalytiques de même ligne théorique, à savoir les textes freudiens et lacaniens et leurs commentateurs, comme critère de sélection des ouvrages de référence. Au cours de l'élaboration du texte, il a été vérifié que la raison diagnostique de la psychiatrie moderne suit un mouvement contraire à celui défendu par les mouvements anti-asile brésiliens : alors que le premier insiste sur la catégorisation et la médicalisation des processus psychiques de la souffrance comme direction thérapeutique, le second propose un modèle de prise en charge psychosociale, utilisant les symptômes eux-mêmes pour conduire et construire un processus thérapeutique de réhabilitation. L'intervention purement médicamenteuse est un modèle qui considère le symptôme comme quelque chose à éteindre, une pratique courante lorsqu'il s'agit d'interventions dans le domaine des psychoses. Du fait de la présence de l'activité délirante de l'individu, le psychotique est souvent vu comme quelqu'un qui menace la logique de la norme sociale, nécessitant d'être réprimé à la fois sur les murs des asiles et sur les murs de la biochimie. Ainsi, il est nécessaire, en plus de conceptualiser la constitution psychique du psychotique, également présente dans cet ouvrage, de discuter des modalités de prise en charge des psychoses dans le champ de la santé mentale fondées sur la logique de non-exclusion et de réinsertion de la folie dans le domaine social.

**Mots-clés:** Psychose. Psychanalyse. Santé mentale. CASQUETTES. Délire.

## **Psicoanálisis en dispositivos de salud mental: un posible tratamiento con psicosis**

### **Resumen**

Este trabajo tiene como objetivo analizar la actuación del psicólogo en el campo de la salud mental que favorece la escucha única de cada individuo, como comprender y discutir la situación política actual que influye en la atención y las posibilidades sustitutivas de la



hospitalización psiquiátrica y la medicalización. Se trata de una investigación exploratoria con enfoque cualitativo, que utiliza textos psicoanalíticos de la misma línea teórica, a saber, textos freudianos y lacanianos y sus comentaristas, como criterio de selección de obras de referencia. Durante la elaboración del texto, se verificó que la razón diagnóstica de la psiquiatría moderna sigue un movimiento contrario al defendido por los movimientos antiasilo brasileños: mientras la primera insiste en categorizar y medicalizar los procesos psíquicos del sufrimiento como dirección terapéutica, la segunda propone un modelo de atención psicosocial, utilizando los propios síntomas para conducir y construir un proceso terapéutico de rehabilitación. La intervención puramente farmacológica es un modelo que considera el síntoma como algo a extinguir, práctica habitual cuando se trata de intervenciones en el campo de las psicosis. Debido a la presencia de la actividad delirante del individuo, el psicótico es a menudo visto como alguien que amenaza la lógica de la norma social, necesitando ser reprimido tanto en los muros de los asilos como en los muros de la bioquímica. Así, es necesario, además de conceptualizar la constitución psíquica del psicótico, también presente en este trabajo, discutir formas de tratar las psicosis en el campo de la salud mental a partir de la lógica de la no exclusión y la reinserción de la locura en el campo social.

**Palabras clave:** Psicosis. Psicoanálisis. Salud mental. TAPAS. Delirio.