

## Profissionais Forcluídos e Recalcados das Práticas em Saúde Mental

**Allan Rooger Moreira Silva\***

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, Recife, PE, Brasil  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8556-8732>

**Henrique Figueiredo Carneiro\*\***

Universidade de Pernambuco - UPE, Recife, PE, Brasil  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1861-0793>

### RESUMO

Trabalhadores da saúde mental como porteiros, vigilantes e serventes gerais não figuram nas políticas do Ministério da Saúde do Brasil, sendo excluídos das orientações oficiais. Ao nível institucional uma exclusão também se opera, visto que tais profissionais não são considerados componentes das equipes. As investigações de Freud e Lacan apontam para mecanismos fundamentais e modos de subjetivação específicos advindos da relação do homem com a realidade. Nesse sentido, a hipótese deste artigo é que há uma forclusão desses trabalhadores pela política e um recalçamento pelos serviços. Ainda nessa esteira, o Estado e a instituição CAPS podem ser responsabilizados por uma dinâmica de vulnerabilização e exclusão desses profissionais. Para que haja uma reabilitação desses trabalhadores para uma categoria de operadores da saúde mental, é preciso reivindicar políticas que apontem para sua valorização e inclusão dentro dos serviços, como a ParticipaSUS e a Política Nacional de Humanização. Assim, para que essas políticas tenham incidência nesse público, é necessário que o tema seja suscitado nas instituições, sendo essa uma contribuição possível da psicanálise enquanto aliada da prática da supervisão institucional.

**Palavras-chave:** saúde mental, psicanálise, instituições de saúde.

## Foreclosed and Repressed Professionals of Metal Health Practices

### ABSTRACT

Mental health workers such as doormen, security guards and general servants are not included in the policies of the Ministry of Health of Brazil, being excluded from official guidelines. At the institutional level, an exclusion also operates, since they are not considered as components of the teams. Freud and Lacan's investigations point to fundamental mechanisms and specific modes of subjectification arising from man's relationship with reality. In this sense, the hypothesis of this article is that there is a forclusion of these workers by politics and a repression by services. In this same vein, the State and the CAPS can be held responsible for the dynamics of vulnerabilization and exclusion of these workers. For there to be a rehabilitation of these workers for a category of mental health operators, it is necessary to demand policies that point to their valorization and inclusion within the services, such as ParticipaSUS and the National Humanization Policy. For these policies to have an impact on this audience, it is necessary that the theme be raised within the institutions, which is a

possible contribution of Psychoanalysis when combined with the practice of institutional supervision.

**Keywords:** mental health, psychoanalysis, health institutions.

## **Profesionales Foracluidos y Reprimidos en las Prácticas de Salud Mental**

### **RESUMEN**

Los trabajadores de salud mental, como porteros, vigilantes de seguridad y equipos de limpieza, no están incluidos en las políticas del Ministerio de Salud de Brasil, quedando excluidos de las directrices oficiales. A nivel institucional, también funciona una exclusión, ya que no se consideran componentes de los equipos de salud. Las investigaciones de Freud y Lacan apuntan a mecanismos fundamentales y modos específicos de subjetivación que surgen de la relación del hombre con la realidad. En este sentido, la hipótesis de este artículo es que existe una forclusión de estos trabajadores por la política y una represión por parte de los servicios. En esta misma línea, el Estado y los CAPS pueden ser considerados responsables por de esta dinámica de vulnerabilidad y exclusión. Para que haya una rehabilitación de estos trabajadores para una categoría de operadores de salud mental, es necesario exigir políticas que apunten a su valorización e inclusión dentro de los servicios, como ParticipaSUS y la Política Nacional de Humanización. Para que estas políticas tengan un impacto efectivo, es necesario que el tema se plantee al interior de las instituciones, lo cual es un posible aporte del Psicoanálisis cuando se combina con la práctica de la supervisión institucional.

**Palabras clave:** salud mental, psicoanálisis, instituciones de salud.

O Ministério da Saúde do Brasil, na qualidade de órgão promulgador de leis, portarias e outras orientações, articulando as demandas sociais com decisões e respostas da esfera executiva, é a principal instância que deve balizar as práticas em Saúde. Nesse sentido, esse órgão é responsável por organizar e elaborar planos e ações na dimensão pública voltados para a assistência da população (Ministério da Saúde, 2020). No tocante ao campo da saúde mental, este também é regulado por diretrizes advindas dessa entidade executiva.

As efervescências constantes presentes na história recente da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como a criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) nos anos 1970, bem como os debates que culminaram na outorga de leis e, posteriormente, toda a discussão sobre a forma de pensar a saúde mental enquanto rede, fez com que o discurso e as decisões do Ministério da Saúde não fossem incólumes ao que ocorreu no social, sendo o surgimento de políticas públicas voltadas para a saúde mental amplamente influenciado pela realidade da experiência da loucura no Brasil.

No intuito de destacar as práticas e o exercício do cuidado destinados a pessoas em sofrimento psíquico, vários documentos referendados pelo Ministério da Saúde tratam das composições das equipes nos serviços, tanto reconhecendo quem são os componentes de fato e de direito das equipes, bem como cancelando um número mínimo de profissionais para sua operacionalização. Exemplos de promulgações dessa ordem são: a Portaria n. 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011) e o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (Ministério da Saúde, 2013a).

Pensando o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um serviço modelo na ordem de cuidado, fruto de muitas lutas contra o paradigma hospitalocêntrico vigente no Brasil até a implantação de uma rede extra-hospitalar entre 1992 e os anos 2000 (Ministério da Saúde, 2005a), tem-se que uma equipe mínima deve ser constituída por médico com formação em saúde mental, para CAPS tipo I, psiquiatra para CAPS tipos II e III, enfermeiro, profissionais de nível superior, englobando psicólogo, assistente social, terapeutas ocupacionais e outros, e profissionais de nível médio, entrando nessa categoria técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. A capacidade de atendimentos comportados por esses serviços é o que baliza o número de trabalhadores necessários para o seu funcionamento (Ministério da Saúde, 2013a).

Decorre que as orientações oficiais atestam que há uma hierarquização entre os trabalhadores que são reconhecidos ou não como parte da equipe de saúde mental, sendo o critério da racionalidade científica o parâmetro para esse pertencimento. Assim, trabalhadores como porteiros, serventes gerais e vigilantes, mesmo sendo necessários para o funcionamento das instituições, não são incluídos no escopo considerado técnico e nem vigoram nas orientações oficiais. Ademais, esses trabalhadores são afetados pela relação estabelecida entre eles e o desregramento da loucura, experiência típica dos serviços de saúde mental.

Perscrutar a questão sobre como esses trabalhadores, atuantes na linha de frente da saúde mental, parecem ser excluídos pelos discursos da dimensão política e institucional é o objetivo deste artigo. Mesmo presentes na lida cotidiana dos serviços e sendo constantemente afetados pela clínica das psicoses, experiência vivida nas instituições desse tipo, sua existência e sua importância não são sustentadas pelas diretrizes oficiais. Já no contexto dos serviços, a possível exclusão se articula com o não reconhecimento advindo dos pares da equipe pensada como técnica.

De *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica* (Freud, 1919[1918]/1996d), pode-se extrair uma formulação de trabalho de que a incumbência da psicanálise é demonstrar a

existência do inconsciente e revelar as tensões que daí podem surgir (p. 173). Espera-se que, com esse empreendimento, as resistências possam ser levantadas e superadas. É necessário o entendimento desse tema, posto nesses termos, para que, a partir da sua tomada de consciência, ações possam ser realizadas com vistas à reabilitação desses trabalhadores do ponto de vista da política e da prática institucional. Freud (1919[1918]/1996d, p. 180) já indicava que a psicanálise poderia adentrar nas instituições abrindo o terreno para análises dessa ordem.

A pesquisa freudiana sobre um mecanismo de defesa fundamental, aquele que estaria na base da construção do psiquismo humano, remonta aos primórdios de suas elaborações teóricas. *Pari passu* a essa investigação, Freud desenvolveu uma compreensão da realidade, pensando-a tanto como uma realidade material, circundante ao sujeito, quanto como uma realidade psíquica. Freud (1930[1929]/1996h, p. 76) contrapõe o sujeito à realidade material, colocando esta como fonte de insatisfação, sendo um exterior difícil de articular psiquicamente e que se apresenta ao sujeito como uma ameaça.

Porém, paralelamente, sustenta que o eu é fruto de uma diferenciação feita pela criança em relação ao mundo externo. Antes da assunção de um eu próprio, a criança não se percebe como sendo diferente do meio que habita (Freud, 1930[1929]/1996h, p. 75). Dito isso, o próprio eu funciona, sendo uma instância do aparelho psíquico, como uma membrana protetora do sujeito na sua ligação com a desmesura do meio circundante, impedindo que o sujeito seja tomado por completo pelo afluxo de sensações.

A realidade é trazida por Freud (1930[1929]/1996h, p. 88) em *O Mal-Estar na Civilização* na qualidade de limitante dos intuitos de obtenção de prazer e felicidade. Diante desse paradigma, diversas saídas são exploradas com a intenção de contornar o imperativo da realidade, tais como as diversões, as satisfações substitutivas e os tóxicos. Para além dessas, as investigações psicanalíticas circunscrevem modos específicos de dinâmica psíquica: a neurose, a psicose e a perversão se configuram como modalidades subjetivas características do encontro do sujeito com a realidade.

Diante da encruzilhada da insatisfação imposta, um mecanismo de defesa fundamental será usado pelo sujeito para se defrontar com a vida na tentativa de suportá-la, uma vez que esta gera muitos impasses, promovendo muito sofrimento e desamparo. Lacan (1955-1956/2010, p. 98) sublinha que não basta apenas reconhecer que o sujeito se defende, mas sim em que ordem a defesa se manifesta. Nesse contexto, o recalque é o mecanismo fundante da neurose, a recusa engendra a perversão e a forclusão cria as possibilidades para a psicose. Dessa forma, cada mecanismo trata de excluir e retirar de cena algo considerado insuportável

pelo sujeito, defendendo-o. Mas a força e o modo como o recalque, a forclusão e a recusa agem são próprios, propiciando efeitos e modos de subjetivação diferentes. Colocando a discussão aqui proposta em termos psicanalíticos, teria a aparente exclusão de trabalhadores da saúde mental, como porteiros, vigilantes e serventes, o estatuto de algum desses mecanismos? É disso que trataremos.

### **O Paradigma Racional da Modernidade e a Possibilidade para a Exclusão**

O panorama no qual se configura o pensamento racional, modelo que passa a balizar as práticas profissionais, tem suas raízes na Modernidade e foi moldado pela filosofia cartesiana. Descartes desponta no debate ao tentar responder um problema epistemológico por excelência: a questão do método (Sciacca, 1968, p. 68). O método dedutivo e racional vigora desde então, sendo considerado produtor do verdadeiro conhecimento e único respaldo no acesso à verdade.

A própria arquitetura epistemológica na qual o pensamento cartesiano se assenta possui uma ancoragem que remonta ao pensamento platônico e suas postulações sobre o acesso ao conhecimento enunciado como verdadeiro. Mesmo que o período Moderno tenha conhecido outras vertentes filosóficas claramente críticas ao racionalismo, como as proposições dos filósofos centrados na experiência e aqueles que outorgam à intuição um papel crucial na vida humana, foi o discurso amparado na dimensão racional que se tornou triunfante.

Analisando essa mesma conjuntura, Foucault (2011, p. 16), ao tratar da ordem do discurso, afirma que, por volta dos séculos XVI e XVII na Europa, especificamente na Inglaterra, surgiu uma vontade de saber que orientava o sujeito do conhecimento a se voltar a toda sorte de objetivos científicos, como verificação empírica e valoração dos saberes que seriam úteis ou não. O paradigma científico da Modernidade avalia negativamente um tipo de conhecimento advindo de uma experiência prática, sendo considerado vulgar e ilusório.

Essa vontade de verdade erigiu um sistema de exclusão, apoiando-se e lançando raízes em suportes institucionais através da valorização, distribuição e repartição de um discurso considerado superior: o discurso da ciência. Isso faz com que a prática de trabalhadores que não receberam uma formação acadêmica seja avaliada negativamente dentro das instituições, havendo uma organização hierárquica que os coloca em posição última em relação às atividades que empreendem. Para Foucault (2011, p. 10), há uma relação intrínseca entre o discurso e a possibilidade de exercer poder.

A própria forma de a clínica ser exercida e pensada sofreu uma mudança de paradigma nesse contexto, pois a experiência clínica empreendida antes do esforço da Modernidade na investigação da realidade pelo viés da racionalidade e de uma linguagem positivista era cheia de metáforas que pululavam entre a relação médico-paciente. Nesse golpe de razão instaurado por uma necessidade empírica, a dimensão da subjetividade perde seu lastro, uma vez que há uma virada que altera a comunicação entre médico e o doente. Se antes o médico convidava o doente a falar sobre si, na clínica moderna é o corpo doente que passa a ser favorecido (Foucault, 1977, p. 18).

Podemos concluir, assim, que a exclusão dos trabalhadores aqui descritos tem relação com esse desejo de saber erigido na Modernidade, o qual sustenta duas posições teóricas que se entrecruzam no campo da saúde mental: uma posição racional diante dos fenômenos e uma posição clínica, sendo a última também orientada por um olhar ditado pela razão. Essas duas posições são sustentadas pela maioria dos profissionais elencados como essenciais pelos documentos oficiais através de uma formação de nível superior, instaurando a exclusão de outros trabalhadores que, mesmo em contato constante com a loucura, são compreendidos como impossibilitados de encarnar uma posição de operador técnico dentro das equipes.

### **A Ideologia Igualitária nas Instituições e a Familiaridade do Estranho**

Desde Freud (1930[1929]/1996h, p. 88) sabemos da importância do trabalho para lidar com o mal-estar intrínseco à estrutura da civilização. Para o autor, o trabalho oferece um lugar no enlace social, na realidade humana. Ao apontar que a civilização e a vida em comum só são possíveis através da restrição da energia sexual e agressiva que nos habita, Freud (1930[1929]/1996h, p. 96) apresenta um paradoxo fundamental, no qual a soma das nossas realizações como sociedade e ajustamentos só são possíveis através do pagamento de um preço alto: um sofrimento fundante do nosso psiquismo.

O trabalho, bem como nossas vidas, no seio das instituições inscreve-se como fonte de prazer especial. Portanto, a produção pelo trabalho é um sustentáculo de componentes narcísicos, sexuais e agressivos dos sujeitos, permitindo, assim, uma válvula de escape para o mal-estar. O vínculo estabelecido entre um trabalhador e a instituição da qual faz parte é fator fundamental para que haja a compensação de uma dinâmica psíquica apaziguadora e não atravessada por conflitos.

A instituição é responsável por propor objetos de sentido para os sujeitos, organizando pensamentos entre o passado, o presente e o futuro, assegurando a identidade e tendo função

organizadora (Kaës et al, 1991, p. 3). Enquanto formação simbólica, também é engendrada pelas formas e estruturas sociais instituídas por leis, sendo cada uma dotada de uma finalidade que tem o sentido de identificá-la e distingui-la (Kaës et al, 1991, p. 6). Nesse sentido, o Centro de Atenção Psicossocial e outros serviços de saúde mental estão inscritos nesse registro na forma de operacionalização do espírito da cultura vigente.

No entanto, mesmo sendo essencial na forma de oferecer identificações e contornos para o psiquismo dos profissionais a elas submetidos, a instituição também é fonte e palco de sofrimento para esses mesmos profissionais. Enriquez (1991, p. 69) sustenta que as instituições levantam uma ideia de igualdade entre os trabalhadores que nela operam, configurando uma verdadeira “fachada igualitária”, mesmo que haja um encontro de diversos operadores e tipos de auxiliares que claramente possuem status diferentes no interior do dispositivo institucional.

Embora o discurso corrente nos serviços seja de que todos da equipe tenham o mesmo papel e a cooperação entre os membros seja apresentada como necessária no cotidiano, logo essa assertiva é desmontada, pois as instituições terapêuticas também têm uma qualidade de ser, por natureza, tomadas por pessoas que ocupam posições assimétricas (Enriquez, 1991, p. 59). Nesse sentido, vigilantes, porteiros e serventes gerais sucumbem, seja nas orientações do órgão oficial, seja na prática diária, a uma posição de rebotalho nos serviços por onde transitam.

Outra articulação que pode ser feita é em relação a como esses profissionais são vistos como “estranhos” dentro das instituições terapêuticas, pensando em como elas operam orientadas por um conhecimento técnico e científico instituído. A ideologia igualitária, ao ser desmascarada, descortina um horizonte onde uma parcela da equipe é avaliada como rude e não familiar quando suas atribuições não são consideradas condizentes com a função da instituição.

Ao retirar o tema do estranho, do infamiliar, do campo da Estética, Freud (1919/1996f, p. 238) apresenta como essa questão pode se articular na dinâmica psíquica dos sujeitos. Para ele, o estranho é uma categoria de algo terrível, mas que ao mesmo tempo remonta para o que já é sabido e conhecido. Os serventes gerais, porteiros e vigilantes, quando alçados a essa categoria de estranheza que convocam no cerne da prática institucional, parecem atestar a definição do não familiar freudiano, de que só são tomados nessa esteira por trazerem à luz o que deveria permanecer oculto (Freud, 1919/1996f, p. 243).

Nesse caso, se esses trabalhadores são tomados como estranhos ao empreendimento institucional e entre seus pares, ditos operadores técnicos por estarem matizados por um

conhecimento técnico e científico, é porque a presença deles nos serviços porta o sinal de algo que escapa, de uma coisa que concerne tanto aos profissionais como à instituição, a saber: sua relação com o conhecimento. O que é considerado estranho é algo que estava fora da consciência e mesmo assim retorna.

Em um dos seus textos metapsicológicos, Freud (1915/1996g. p. 191) apresenta o inconsciente como consistido, em seu cerne, por representantes pulsionais que buscam satisfação de forma desmedida. Posteriormente, no mesmo trabalho, faz uma alusão à consciência como o sistema mais complexo do psiquismo, havendo uma gradação que caminha de um estado mais primitivo, inconsciente, para outro mais elaborado, das produções conscientes (Freud, 1915/1996g. p.193). Como o conhecimento técnico e científico repousa sobre o paradigma da racionalidade, este é considerado dentro dos serviços de saúde mental como complexo e distante de qualquer esteio mental menos imbricado.

A prática desses trabalhadores convoca estranheza por não seguir a lógica do conhecimento instituído como verdadeiro e, nesse sentido, aproximando-se de algo considerado rudimentar e primitivo, mais próximo do funcionamento inconsciente. Freud (1919/1996f, p. 258) argumenta que o que é tomado por estranho na atualidade já foi algo bem estabelecido anteriormente no psiquismo e apresentava outro status. Despidos do invólucro das teorias e técnicas que bordejam a apreensão do sofrimento nos serviços de saúde mental, esses trabalhadores despertam uma relação inequívoca entre estágios do psiquismo anteriores à construção do conhecimento pelo viés da consciência racional.

### **Os Trabalhadores da Saúde Mental Forcluídos pela Política**

Dando encaminhamento ao que foi colocado como questão na introdução deste artigo, trataremos agora de discutir a relação entre a exclusão de porteiros, serventes gerais e vigilantes no campo das práticas em saúde mental com o mecanismo da psicose, mas, antes, apontaremos como se dá a relação desses trabalhadores com os usuários dos serviços de saúde mental.

No seu seminário sobre as psicoses, Lacan (1955-1956/2010, p. 107) diz que há uma especificidade no sujeito psicótico, pois o tipo de vínculo estabelecido entre o psicótico e o outro é especular, havendo uma apreensão do outro em um lugar de grandiosidade. Depreendemos dessa passagem que o outro, quando investido pelo psicótico, apresenta uma consistência extrema. A transferência na psicose, como apontada por Lacan, é imaginária.

Isso quer dizer que esse fluxo dos afetos estabelecido no binômio profissional-paciente se dá de forma muito intensa.

A transferência é um conceito cunhado por Freud para designar uma forma inconsciente e específica de estabelecer relação com o outro. Em *A Dinâmica da Transferência*, Freud (1912/1996a, p. 111) afirma que a transferência se estabelece a partir das vivências infantis e pode ser considerada um clichê estereotípico que, ao ser reimpresso ao longo da vida, mostra como os objetos amorosos são tomados por um sujeito. As incursões lacanianas ao tema atestam que na transferência psicótica há uma espécie de transitivismo entre o paciente e o trabalhador.

Todos os profissionais que trabalham diretamente com a clínica das psicoses nos serviços de saúde mental sob essa transferência imaginária relatam cotidianamente empreenderem uma atividade pesada, na qual o corpo é invadido por um excesso e muitas vezes é exaurido, apresentando sinais através do que chamam de estresse ou esgotamento físico e mental. O investimento transferencial feito pelo psicótico no profissional se configura, muitas vezes, como uma vertente de perseguição ou de erotomania, tornando a clínica cotidiana bastante difícil.

É importante também trazer que não só o psicótico se relacionará com os profissionais de forma especular, mas o contrário disso também é verdadeiro. A relação intersubjetiva é uma via de mão dupla. O registro imaginário está presente em todos nós, embora tenha pregnância fundamental na psicose. O paciente, como um igual e ao mesmo tempo um diferente, parece perturbar profundamente os trabalhadores. Tornar-se louco, conseqüentemente, figura como uma fantasia corrente nas equipes.

Na obra de Lacan (1949/1998, p. 97), o registro imaginário é apresentado como prefigurado pelo estágio do espelho, processo responsável por organizar nossa dinâmica psíquica em torno da assunção de uma imagem advinda de uma identificação primordial com o outro, e é partindo dessa imago encarnada que há a possibilidade do indivíduo se reconhecer como um sujeito. Também é essa experiência, que Lacan nomeia como um drama, que instaura na nossa dimensão subjetiva uma necessidade de reconhecimento e permanente desejo do olhar do outro.

Ao transpormos esse processo para o que ocorre nas instituições, podemos perceber como o não reconhecimento da importância desses trabalhadores no âmbito assistencial dos serviços pode ser produtor de efeitos na forma como eles se enxergam. Enriquez (1991, p. 66) discute que muitos membros das instituições extrapolam suas funções, ultrapassando as demandas do sistema. Com isso, tornam-se marginais. Os porteiros, serventes e vigilantes no

âmbito da saúde mental não cumprem simplesmente suas funções, mas também são convocados pela experiência a dar ouvidos ao louco em seu trânsito no mundo.

Em ritmo correlato ao que ocorre dentro dos serviços, o não reconhecimento estabelecido pelas orientações oficiais de saúde mental, como leis e portarias, nas quais esses trabalhadores não chegam sequer a figurar, alcança o estatuto de uma verdadeira forclusão. Roudinesco (2008, p. 384) mostra que antes do conceito de forclusão ser admitido por Lacan, ele atravessa um enérgico debate no campo psicanalítico, tendo seu sentido cotejado também no terreno da fenomenologia. *Grosso modo*, a forclusão designa um mecanismo específico da psicose.

Essa temática conheceu várias versões na obra freudiana. A partir da análise do caso Schreber (1911), Freud (1996e, p. 73) propõe que a paranoia é fruto da projeção de um desejo homossexual. Posteriormente, em *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose* (1924), caracteriza a psicose operando como um repúdio pela realidade (Freud, 1924/1996b, p. 207). No entanto, de suas últimas produções e análises sobre o assunto despontam os termos recusa e rejeição, particularmente no texto sobre o fetichismo (Freud, 1927/1996c, p. 156).

Lacan (1955-1956/2010, p. 178) retoma essa discussão em seu seminário sobre as psicoses e, amparando-se na proposição freudiana de uma rejeição da realidade, postula que, na psicose, o que está em jogo é a rejeição de um significante fundamental para o mundo externo. Para ele, na relação do sujeito com a realidade há uma “exclusão” de um objeto primordial, constituinte de um tempo mítico no qual a criança se alienou em sua constituição subjetiva. A forclusão como mecanismo de defesa diz sobre algo que deveria ter sido simbolizado, mas não foi.

Depreende-se, então, que os porteiros, vigilantes e serventes sofrem como resultado da política oficial algo análogo a uma exclusão simbólica (Lacan, 1955-1956/2010, p. 100). Mesmo nesse contexto de não integração ao discurso vigente, a presença desses trabalhadores na linha de frente dos serviços e na prática cotidiana sustenta o funcionamento dos espaços terapêuticos de saúde. Essa abolição simbólica das políticas e portarias não consegue apagar a permanência e a importância desses atores no seio institucional, pois o que não foi simbolizado retorna no real (Lacan, 1955-1956/2010, p. 106).

Como efeitos advindos dessa operação de forclusão, podemos pensar esses trabalhadores em duas vertentes:

1- Mortificados e permanentemente em posição de objeto diante das instituições. Silenciados e engolidos por elas, uma vez que não há um ancoramento simbólico de seu lugar como um sujeito reconhecido pela esfera executiva. A forclusão pela política imprime uma

objetificação desses trabalhadores, muitas vezes impedindo que eles sejam vistos e façam assunção de uma postura de reais interventores terapêuticos.

2- Sustentando nas instituições uma resistência imposta e promovida pelo próprio mecanismo de forclusão. Lacan (1955-1956/2010, p. 105) diz que o que não foi simbolizado, como esses profissionais pelas políticas, pode emergir na realidade com uma consistência importante, inclusive com força para abalar as bases do que foi construído.

### **Os Trabalhadores da Saúde Mental Recalcados pela Instituição**

Se a dimensão política nacional parece exercer uma forclusão dos trabalhadores aqui apresentados, por outro lado, as instituições dedicadas à saúde mental parecem lançar mão do recalque. Lacan (1953-1954/2009, p. 299) nos situa que as ações humanas são fundadas em uma dimensão simbólica, sendo esta permeada por leis e contratos. Na medida em que as instituições estão submetidas a essa proposição, Kaës et al (1991, p. 27) sustentam que as mesmas possuem uma arquitetura mental, na qual espaços de calabouço, de depósito ou de cerca são eleitos como zonas de obscuridade. Essa divisão serve para organizar parte do recalque originado por cada participante do serviço, colocando em suspensão algo da ordem do imperceptível, do não-dito. Não é de se espantar que esses mesmos espaços de exclusão sejam guardados – geridos tradicionalmente pelos trabalhadores em foco neste artigo, estes também identificados com esses espaços de resto, de exterioridade ao serviço –, como os depósitos regulados por serventes gerais e cercas, muros, por porteiros e vigilantes. Estar relegado aos recônditos mais obscuros do psiquismo é uma qualidade do que foi recalcado.

Um paradoxo se enuncia nesse contrato ratificado pela instituição: ao mesmo tempo em que engaja todos os profissionais em seu vínculo, visto que cada um possui um lugar, uma função no arcabouço institucional, inconscientemente faz subsistir figuras da violência, da exclusão. Esse pacto tem como mecanismo a tentativa de apagar a diferença que toda ligação humana carrega, sendo ele próprio recalcado na dinâmica institucional.

Lacan (1955-1956/2010, p. 21) aponta que, no processo de recalçamento, o sujeito, mesmo afastando da consciência algo da realidade que tomou como ameaçador, mantém psiquicamente um nada querer saber sobre isso. O recalque se diferencia da forclusão por não conseguir de todo retirar de cena a ideia sobre a qual incide. Sobre os caminhos possíveis de algo que foi recalcado ou forcluído, esses são completamente diferentes. Enquanto na forclusão não há uma integração simbólica, o que foi recalcado pode, sim, deslizar para outra simbolização.

Isso pode ser atestado nos serviços através do contra-investimento exercido por esses trabalhadores sob a pressão de serem recalcados. Mesmo que relegados, muitas vezes, a uma posição de rebotalho, é possível que sejam convocados a atuar diretamente na clínica, tanto pelos pacientes como pela instituição, extrapolando suas atribuições. Essa integração dos trabalhadores com os serviços só é possível porque o que tem o destino marcado pelo recalco retorna. O que foi recalco consegue novamente se articular (Lacan, 1955-1956/2010, p. 22).

Não é incomum vermos serventes, porteiros e vigilantes dentro dos dispositivos de saúde mental atuando diretamente na clínica, seja através de intervenções e manejo de contenção, seja através da demanda dos próprios usuários, convidando-os a ocupar uma posição de escuta. Então, mesmo recalco pela instituição, uma atuação clínica é possível, pois, como indica Freud (1915/1996i, p.154), o que foi recalco consegue se desenvolver profusamente na escuridão.

### **Contribuições do Campo da Análise Institucional para o Avanço da Questão**

Para avançar nessa questão e pensar de forma pormenorizada o entrecruzamento dos vários níveis e atores nas operações de forclusão e recalco dos trabalhadores, é preciso, paradoxalmente, analisar de forma ampla as vinculações que as instituições estabelecem com o Estado, pois é nesse processo que a exclusão já atestada se dá. Os estudos advindos do campo da Análise Institucional nos fornecem pistas que seguiremos para desenvolver o problema, pois, nessa vertente, um serviço como o CAPS, por exemplo, precisa ser pensado operando em um sistema de relações. Para Lourau (2014, p. 16), é desse emaranhado relacional que irrompem modelos sociais visíveis, as instituições, possuidoras de uma estrutura material e/ou jurídica.

Na leitura da Análise Institucional, a instituição deve ser decomposta em três momentos, sendo eles: um momento universal, que diz algo sobre a possibilidade de sua existência, alicerçado nas trocas simbólicas; um particular, que surge do momento anterior, de uma aplicação universal e simbólica em condições e sujeitos particulares; e por último, também advindo do tempo anterior, o de uma singularização, que é a regulamentação única da instituição em uma sociedade detentora de leis e regras específicas (Lourau, 2014, p. 16). Portanto, o CAPS é uma instituição forjada através de uma dialetização desses três momentos. De acordo com o escopo deste artigo, interessa-nos especialmente o momento da singularização, visto que, ao estar inscrito em uma ordem social singular, o CAPS é

depositário e perpetuador de formas de comportamento, além de assentar normas sociais e integrar os indivíduos na totalidade do sistema (Lourau, 2014, p. 20).

É nesse nível dialético da singularização que a instituição é qualificada por ser investida de uma finalidade oficial, que pode ser de educação, de produção, de controle, entre outras. Na portaria que dispõe sobre a modalidade de funcionamento do CAPS (336, de 19 de Fevereiro de 2002), tem-se que a função do serviço é prestar atendimento assistencial a pessoas portadoras de transtornos mentais, operando, portanto, como uma função terapêutica. Lourau (2014, p. 20) argumenta que esse caráter funcional da instituição é calcado no negativo, no sentido de que é na relação contínua entre uma instituição e outras, de funções diferentes, que ela existe, afirma-se. Relações essas dadas com o conjunto do sistema social.

Porém, mesmo possuindo uma função privilegiada, que é investida por disposições sociais que lhe são circundantes, Lourau (2014, p. 21) afirma que há a exclusão oficial de outras funções possíveis no horizonte, as quais ficam de certa forma agindo no esteio inconsciente da instituição de maneira latente. Logo, mesmo que um CAPS opere através de uma função terapêutica, sua existência é atravessada por funções outras mais ou menos integradas no processo de trabalho cotidiano, como educar e produzir, por exemplo. Em busca de ressocializar e fazer com que o paciente se aproprie do seu tratamento, a grade de atividades do serviço explora essas outras funções em grupos diversos, práticas realizadas pela equipe considerada técnica.

Podemos, então, afirmar que a exclusão de porteiros, serventes gerais e vigilantes das práticas em saúde mental também decorre de uma não integração das funções desses trabalhadores à função oficial do CAPS, formalizada pela esfera do Estado. Os trabalhos de limpeza e organização dos serventes, bem como os de segurança e ordem exercidos pelos vigilantes e porteiros, não são reconhecidamente terapêuticos, já que, por não seres assentados numa racionalidade científica, como apontado anteriormente, parecem dizer de funções mais condizentes com instituições de outra ordem, como as correcionais, modelo do qual todo o movimento da reforma psiquiátrica tenta se desvencilhar, tendo no modelo CAPS o seu bastião.

A figura do bastião enquanto um posto avançado de defesa cabe aqui perfeitamente para uma leitura da instituição CAPS, pois, mesmo apresentando uma vertente de inovação e abertura de possibilidade clínica, ainda gera e perpetua em seu interior fortificado um imaginário social do qual a esfera executiva, o Estado, é signatária. Nesse sentido, as diretrizes oficiais, quando forluem esses trabalhadores, instauram uma singularização da apreensão desses profissionais pela equipe considerada técnica do CAPS em uma dimensão

excludente no balizamento da função oficial terapêutica, vulnerabilizando suas ações e deixando-os apartados de qualquer atuação reconhecidamente terapêutica.

Ademais, na rotina do serviço, a equipe dita técnica do CAPS parece nada saber sobre essa exclusão, mesmo que porteiros, serventes gerais e vigilantes não sejam colocados em cena nas reuniões de equipe ou possam transitar e permanecer no espaço privilegiado da sala dos técnicos, por exemplo. A grade de atividades semanais tocada, na maioria das vezes, pelos profissionais de nível superior não apresenta jamais algum desses trabalhadores em sua organização. Nesses lugares onde os casos dos pacientes são discutidos e trabalhados, não há nenhuma aproximação ou inclusão dos profissionais aqui elencados. Essa exclusão com estatuto de recalçamento, que é impresso pela instituição, não impede, no entanto, a exposição diária dos trabalhadores ao manejo de pacientes e seus familiares, extrapolando largamente a função oficial de suas atribuições e encarnando a função oficial de uma terapêutica.

Um abandono formativo desses trabalhadores também se coloca no âmago institucional, dado que as apresentações e discussões teóricas e clínicas propiciadas pela equipe técnica são voltadas para o próprio núcleo dos que possuem formação superior. Em outro nível, as capacitações ofertadas pelo Estado tampouco convergem para esse público, havendo assim uma responsabilização por essa não implicação tanto do CAPS quanto da esfera executiva na fragilidade das relações dos trabalhadores excluídos da equipe dita verdadeira e suas práticas institucionais. Assim, esse panorama subsiste latente nos serviços, os quais não levantam nenhuma questão sobre essa dinâmica que se desenvolve de maneira encoberta. O arranjo social é dotado de um desconhecimento crônico acerca de sua organização (Lourau, 2014, p. 285).

## **De Trabalhadores Excluídos a Operadores da Saúde Mental**

Diante do panorama apresentado e tendo empreendido uma análise de seus efeitos através de diversos níveis de complexidade, como o entrecruzamento de vários atores, incluindo o ente governamental, indicamos duas políticas públicas existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que podem ser reivindicadas no intuito de proteger, incluir e valorizar trabalhadores como porteiros, serventes gerais e vigilantes nos serviços de saúde mental, também apontando contribuições da psicanálise nessa direção.

A primeira política pública existente no SUS com formalizações potentes e de que pode ser lançada mão na via de proteger e valorizar esses trabalhadores em permanente exclusão é a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS,

surgida em 2008 através de elaborações da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Através dela, o Estado reafirma sua responsabilidade em relação à proteção social, englobando nesta o trabalho e a educação como condicionantes e determinantes de saúde. A implementação de políticas econômicas e sociais dessa ordem tem como função fortalecer a Reforma Sanitária brasileira (Ministério da Saúde, 2009, p. 5).

A ParticipaSUS propõe o acolhimento como oferta por excelência no sistema público de saúde. O entendimento é que ele faça sentido tanto para usuários quanto para os profissionais. Esse sentido pode ser suscitado pela vocalização das necessidades dos pacientes, bem como da escuta dos profissionais dos serviços (Ministério da Saúde, 2009, p. 9). A participação de diversos agentes no assentamento dos preceitos do SUS é o ponto chave dessa política, que também busca reconstruir o significado da educação em saúde dentro dos serviços, aprimorando o protagonismo em sua produção (Ministério da Saúde, 2009, p. 18). Essa política, em muitos sentidos, engloba a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), criada em 2004, primando pela constante formação e pelo aperfeiçoamento dos profissionais nos locais onde exercem suas funções.

Por fim, mas não menos importante, a Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada em 2003, que toca em um ponto crucial da discussão aqui proposta: a instauração de processos coletivos para o enfrentamento de relações de poder. O argumento sustentado é que essas relações de poder fazem surgir práticas desumanizadoras, inibindo a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho. Há uma aposta na inclusão de trabalhadores e sua participação nas ofertas de cuidado, dirimindo as diferenças pela gestão coletiva e compartilhada da organização de trabalho, sendo esse o sentido de humanizar empregado na política (Ministério da Saúde, 2013b).

Seu primeiro princípio é a transversalidade, tomada como o reconhecimento e o diálogo entre diferentes formações e práticas existentes na saúde. Para que isso se dê, é preciso que haja a integração de grupos isolados e a desmobilização de relações de poder. Somente nessa acepção transversal é possível produzir saúde. Em seu desenvolvimento, apresenta o acolhimento como uma diretriz na qual o sujeito que demanda auxílio da instituição carrega consigo uma legítima necessidade de saúde que precisa ser recepcionada afetivamente. Para que isso se dê em toda sua amplitude e efetividade, é preciso que todos os trabalhadores da equipe comunguem de um arranjo de trabalho que propicie uma rede socioafetiva (Ministério da Saúde, 2013b).

No entanto, para que essas políticas consigam incidir no público descrito por este artigo e tenham efeitos verdadeiramente na mudança do status de exclusão dos trabalhadores

em direção ao seu reconhecimento como operadores terapêuticos, é preciso que, inicialmente, essa questão passe a figurar nas instituições de saúde mental. Somente após essa tomada de consciência é que a estratégia política encontrará terreno para se desenvolver. Nesse ponto é que a psicanálise pode ter um papel crucial quando articulada à prática de supervisão institucional. A portaria que fundamenta essa função institucional indica que o supervisor seja alguém externo ao quadro de profissionais do CAPS, dotado de expertise teórica e prática para assessorar e acompanhar o trabalho desenvolvido pela equipe (Ministério da Saúde, 2005a).

O analista nessa posição poderá perscrutar os discursos não articulados, o que é silencioso e o que é modestamente comunicado pelo aparato material do serviço, visto que mensagens dessa ordem são enunciadas constantemente nesse contexto (Lourau, 2014, p. 302). Como resultado, abre-se espaço para o esvaziamento do saber especializado da equipe considerada técnica e, conseqüentemente, a articulação de outros saberes e a circulação da palavra, revelando e intervindo no que antes da organização social era localizado como não sabido.

### **Considerações Finais**

Embora não figurem em balizamentos oficiais da saúde mental sobre a composição de equipes, trabalhadores como porteiros, vigilantes e serventes gerais extrapolam suas funções nas instituições desse âmbito e, além de lidarem diretamente com a experiência da loucura, apresentam um difícil trânsito dentro dos equipamentos de saúde mental. Isso é fruto de um caminho complexo, no qual as condições de possibilidade para uma exclusão dessa ordem foram fincadas na própria construção do ideário da Modernidade.

A posição de exclusão desses trabalhadores pode ser pensada através dois prismas. O primeiro sendo por um mecanismo de forclusão, rejeição, operado pelas orientações oficiais, como leis e portarias, nas quais há uma abolição da presença desses profissionais no discurso vigente. Já o segundo, um recalçamento exercido pelas instituições sobre esses trabalhadores, os quais, mesmo ocupando um espaço de obscuridade no escopo institucional, ainda têm a possibilidade de exercer uma função clínica, propiciada pela própria instituição, uma vez que o recalçamento não é tão efetivo quanto a forclusão na expulsão desses profissionais de sua dimensão terapêutica.

Através de um emaranhado sistemático de relações, tanto a instituição CAPS quanto o Estado podem ser responsabilizados enquanto propiciadores de dinâmicas de vulnerabilização

e exclusão desses trabalhadores, uma vez que, na qualidade de ente formulador de políticas, o Estado investe o CAPS de uma função oficial que não integra todos os sujeitos trabalhadores em sua operacionalização de intervenção terapêutica.

Diante desse panorama apresentado, é preciso que haja uma habilitação desses profissionais através da reivindicação de políticas que apontem para sua proteção e valorização. Tanto a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS quanto a Política Nacional de Humanização contribuem no sentido de ampliar o terreno das práticas dos profissionais para o empreendimento de um acolhimento mais assertivo no contexto da Reforma Sanitária, desmobilizando posturas hierárquicas e abrindo possibilidades de atuação clínica. Porém, para que o público apontado por este artigo seja contemplado por essas políticas, é preciso que a questão de sua exclusão seja abordada no serviço CAPS, conformando-se como uma contribuição possível de uma prática analítica quando investida da função de supervisão institucional.

### Referências

- Enriquez, E. (1991). O Trabalho de Morte nas Instituições. In R. Kaës (Org.), *A Instituição e as Instituições* (pp. 53-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2011). *A Ordem do Discurso* (21a ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Freud, S. (1996a). A Dinâmica da Transferência. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos* (Vol. 12, pp. 109-119). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912)
- Freud, S. (1996b). A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: O Ego e o Id* (Vol. 19, pp. 203-209). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1924)
- Freud, S. (1996c). Fetichismo. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos* (Vol. 21, pp. 151-160). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1927)
- Freud, S. (1996d). Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: Uma Neurose Infantil e outros trabalhos* (Vol. 17, pp. 171-181). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1919[1918])
- Freud, S. (1996e). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: O Caso Schreber, Artigos sobre a*

- Técnica e outros trabalhos* (Vol. 12, pp. 15-89). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1911)
- Freud, S. (1996f). O Estranho. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: Uma Neurose Infantil e outros trabalhos* (Vol. 17, pp. 235-273). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1919)
- Freud, S. (1996g). O Inconsciente. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: A História do Movimento Psicanalítico, Artigos Sobre a Metapsicologia e outros trabalhos* (Vol. 14, pp. 165-222). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915)
- Freud, S. (1996h). O Mal-estar na Civilização. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos* (Vol. 21, pp.67-148). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930[1929])
- Freud, S. (1996i). Repressão. In J. Salomão (Trad.), *Obras completas: História do Movimento Psicanalítico, Artigos Sobre a Metapsicologia e outros trabalhos* (Vol. 14, pp. 147-162). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1915)
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., & Vidal, J.-P. (1991). *A Instituição e as Instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lacan, J. (1998). O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada em 1949)
- Lacan, J. (2009). *O Seminário livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada em 1953-1954)
- Lacan, J. (2010). *O Seminário livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada em 1955-1956)
- Lourau, R. (2014). *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Ministério da Saúde. (2004). *Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e

- dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html)
- Ministério da Saúde. (2005a). *Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005*. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174\\_07\\_07\\_2005\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html)
- Ministério da Saúde. (2005b). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS* (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf)
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Ministério da Saúde. (2013a). *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual\\_ambientes\\_caps\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf)
- Ministério da Saúde. (2013b). *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folhet\\_o.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf)
- Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)

Ministério da Saúde. (2020). *Acesso à informação: Institucional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.saude.gov.br/acesso-a-informacao/institucional>

Roudinesco, E. (2008). *Jacques Lacan. Esboço de Uma Vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras.

Sciacca, M. (1968). *História da Filosofia*. São Paulo: Mestre Jou.

#### **Endereço para correspondência**

##### **Allan Rooger Moreira Silva**

Rua Abelardo, 37A, Graças, Recife - PE, Brasil. CEP 52050-310

Endereço eletrônico: allanmoreirasilva@hotmail.com

##### **Henrique Figueiredo Carneiro**

Rua Francisco Flávio Carneiro, 200 apto 201, Fortaleza - CE, Brasil. CEP 60813-690

Endereço eletrônico: henrique.carneiro@upe.br

Recebido em: 22/09/2020

Reformulado em: 23/03/2021

Aceito em: 17/05/2021

#### **Notas**

\* Psicólogo, graduado pela UFPE, Mestrando em Saúde Mental da UPE, professor da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Psicólogo do Hospital Ulysses Pernambucano (HUP).

\*\* Pós-doc Université Paris V. Professor Associado e Livre docente UPE. Coordenador do Programa de Mestrado em Psicologia, Práticas e Inovação em Saúde mental. Garanhuns, Brasil.

Este artigo de revista **Estudos e Pesquisas em Psicologia** é licenciado sob uma *Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 3.0 Não Adaptada*.