

**DO UNIVERSAL AO SINGULAR: QUE LUGAR PARA O DISCURSO ANALÍTICO EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL E NA ARGENTINA****FROM THE UNIVERSAL TO THE SINGULAR: WHAT PLACE FOR ANALYTICAL DISCOURSE IN HOSPITAL INSTITUTIONS IN BRAZIL AND ARGENTINA****DE LO UNIVERSAL A LO SINGULAR: QUÉ LUGAR PARA EL DISCURSO ANALÍTICO EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE BRASIL Y ARGENTINA**

10.56238/revgeov17n2-085

**Carolina Puy<sup>1</sup>**

Mestranda

Instituição: Universidade Nacional de San Martín - Argentina

E-mail: caropuypsic@gmail.com

**Luciana Ribeiro Marques**

Pós-Doutora

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

E-mail: lucianamarques@icloud.com

---

**RESUMO**

O presente artigo examina o lugar do discurso analítico em instituições hospitalares de saúde mental no Brasil e na Argentina, a partir de uma experiência de intercâmbio acadêmico realizada no âmbito do Programa Move la América. Tomando como referência a teoria dos discursos de Jacques Lacan, o trabalho problematiza a pregnância do Discurso do Mestre nos dispositivos institucionais, especialmente no que concerne às operações de categorização, normalização e medicalização do sofrimento psíquico. A investigação articula reflexão teórico-clínica, análise institucional e comparação entre modalidades de atenção nos serviços públicos de saúde mental do Rio de Janeiro e da província de Tucumán, evidenciando semelhanças éticas e diferenças estruturais relativas às políticas públicas, à organização da rede e ao recurso da internação. A partir de uma vinheta clínica extraída de um dispositivo de admissão em saúde mental infantojuvenil, demonstra-se como a posição do analista pode introduzir uma torção nos imperativos institucionais de eficácia e rapidez, sustentando a singularidade do sujeito e a ética do caso a caso mesmo em contextos fortemente regulados. Conclui-se que a presença da psicanálise nas instituições de saúde opera como uma prática de resistência à padronização do sofrimento, preservando um espaço para a fala, o desejo e a verdade do sujeito, sem romper com o laço institucional, mas produzindo deslocamentos clínicos e institucionais decisivos.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Discurso do Mestre. Instituições Hospitalares. Saúde Mental. Subjetividade.

---

<sup>1</sup> Bolsista de Mestrado Sanduiche do Programa Move la América (CAPES) com intercâmbio no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PGPSA-IP-UERJ)



**ABSTRACT**

This article examines the place of the analytic discourse within hospital mental health institutions in Brazil and Argentina, based on an academic exchange experience carried out under the Move la América Program. Drawing on Jacques Lacan's theory of discourses, the paper interrogates the predominance of the Master's Discourse in institutional settings, particularly regarding processes of categorization, normalization, and medicalization of psychic suffering. The analysis combines theoretical-clinical reflection, institutional analysis, and a comparative approach to public mental health services in Rio de Janeiro and in the province of Tucumán, highlighting ethical convergences and structural differences related to public policies, network organization, and the use of hospitalization. Through a clinical vignette drawn from an admission device in child and adolescent mental health, the article demonstrates how the analyst's position can introduce a twist in institutional imperatives of efficiency and rapid response, sustaining the subject's singularity and the ethics of the case-by-case approach even in highly regulated contexts. The paper concludes that the presence of psychoanalysis in health institutions operates as a form of resistance to the standardization of suffering, preserving a space for speech, desire, and subjective truth without breaking the institutional bond, while nonetheless producing decisive clinical and institutional displacements.

**Keywords:** Psychoanalysis. Master's Discourse. Healthcare Institutions. Mental Health. Subjectivity.

**RESUMEN**

Este artículo examina el lugar del discurso analítico en instituciones hospitalarias de salud mental en Brasil y Argentina, a partir de una experiencia de intercambio académico realizada en el marco del Programa Move la América. Tomando como referencia la teoría de los discursos de Jacques Lacan, el trabajo problematiza la pregnancia del Discurso de Maestría en los dispositivos institucionales, especialmente en lo que respecta a las operaciones de categorización, normalización y medicalización del sufrimiento psíquico. La investigación articula la reflexión teórico-clínica, el análisis institucional y una comparación entre las modalidades de atención en los servicios públicos de salud mental de Río de Janeiro y la provincia de Tucumán, destacando las similitudes éticas y las diferencias estructurales relacionadas con las políticas públicas, la organización en red y el uso de la hospitalización. A partir de una viñeta clínica extraída de un dispositivo de admisión a un centro de salud mental infantojuvenil, se demuestra cómo la posición del analista puede introducir un giro en los imperativos institucionales de eficiencia y rapidez, sustentando la singularidad del sujeto y la ética de la atención individualizada, incluso en contextos fuertemente regulados. Se concluye que la presencia del psicoanálisis en las instituciones de salud opera como una práctica de resistencia a la estandarización del sufrimiento, preservando un espacio para la palabra, el deseo y la verdad del sujeto, sin romper el vínculo institucional, pero generando transformaciones clínicas e institucionales decisivas.

**Palabras clave:** Psicoanálisis. Discurso de Maestría. Instituciones Hospitalarias. Salud Mental. Subjetividad.



## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é o resultado de uma experiência realizada no âmbito do Programa formativo *Move la América*, no Rio de Janeiro, Brasil, cujo objetivo principal é o fortalecimento e a cooperação de intercâmbio internacional de Instituições de Ensino Superior brasileiras, por meio da colaboração acadêmica e científica com instituições estrangeiras latino-americanas e caribenhas, com incentivo a redes internacionais de pesquisa e com vistas à ampliação da visibilidade internacional da produção científica, tecnológica e cultural brasileira. Em síntese, o Programa *Move la América* tem por finalidade o **fortalecimento da circulação de conhecimento, consolidando relações acadêmicas e promovendo a integração da pós-graduação brasileira ao espaço latino-americano e caribenho**. Nesse contexto, a visada da intercambista foi desenvolver uma investigação, em campo, acerca da posição que um praticante da psicanálise pode assumir em instituições de saúde pública, buscando indagar: Que lugar é atribuído à singularidade do sujeito da psicanálise frente às intervenções que visam à adaptação e à normalização? O intuito era problematizar a pregnância do Discurso do Mestre<sup>2</sup>, conforme o enuncia Lacan, nos espaços de atenção à saúde geral e à saúde mental, examinando de que modo o discurso analítico pode aí encontrar um interstício: “O discurso do mestre repousa sobre o que chamei de S1 – S índice 1. Dito de outra maneira: o mandamento, o imperativo. O discurso do mestre é isso” (Lacan, 1973-74|2018, p. 124). Por fim, estabelecem-se semelhanças e diferenças entre as modalidades de atenção nos serviços públicos de saúde mental do Rio de Janeiro (Brasil) e de Tucumán (Argentina), analisando-se as intervenções possíveis em cada contexto.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 O DISCURSO DO MESTRE E SUA CONVIVÊNCIA COM O DISCURSO ANALÍTICO

O Discurso do Mestre, tal como desenvolvido por J. Lacan, sustenta-se na categorização e na universalização, ou seja, o sujeito singular fica subsumido a uma série de classificações que, segundo Miller (2008), acaba por apagar o sujeito “a um exemplar da categoria” (Miller, 2008, p. 24). Desse modo, pressupõe-se que todos os sujeitos responderão de maneira semelhante às mesmas intervenções terapêuticas, tal como podemos observar com a prescrição de psicofármacos, que veem indicar que uma determinada problemática produziria o mesmo efeito em todos os pacientes, como se uma “bolsa de sintomas” pudesse ser resolvida por uma “bolsa de fármacos”.

O Discurso do Mestre identifica o sujeito por meio de um significante que pode funcionar como explicação de um padecimento, de uma categorização ou de uma condição de avaliação. Assim, o sujeito é situado como exemplar de uma categoria, tal qual quando ouvimos falar da criança autista,

---

<sup>2</sup> Se começarem pondo em seu lugar o que essencialmente constitui o discurso do mestre, quer dizer, o fato de que ele ordene, intervenha no sistema do saber (Lacan, 1969-70|1992, p. 191).



do idoso, do obeso, do depressivo etc. Isso exige o alinhamento dos profissionais a esses critérios, relegando a segundo plano a subjetividade mais singular em jogo:

Tomemos a dominante do discurso do mestre, cujo lugar é ocupado por S1. Se a chamássemos de a lei, fariamos algo que tem todo seu valor subjetivo e que não deixaria de abrir a porta para um certo número de observações interessantes. É certo, por exemplo, que a lei – entendamos a lei como lei articulada, a própria lei em cujos muros encontramos abrigo, essa lei que constitui o direito – não deve certamente ser considerada homônima do que pode ser enunciado em outro lugar como justiça. Pelo contrário, a ambiguidade, a roupagem que essa lei recebe ao se autorizar na justiça é, precisamente, um ponto em que nosso discurso talvez possa indicar melhor onde estão os verdadeiros propulsores, quero dizer, aqueles que permitem a ambiguidade e fazem com que a lei continue sendo algo que está, primeiramente e sobretudo, inscrito na estrutura. Não há mil maneiras de fazer leis – estejam ou não animadas pelas boas intenções e a inspiração da justiça – porque há, talvez, leis de estrutura que fazem com que a lei seja sempre a lei situada nesse lugar que chamo de dominante no discurso do mestre (Lacan, 1969-70|1992, p.41).

Nos dispositivos de atenção hospitalar em saúde mental, muitas vezes os critérios de sucesso ou fracasso são medidos segundo a adaptação ou a eliminação de sintomas e fenômenos, operando a partir da lógica da normalização. O sujeito fica identificado a uma categoria diagnóstica e submetido a um ideal de cura, enquanto o singular tende a se perder. No entanto, desde a psicanálise, a ética do ato clínico exige não perder de vista essa singularidade, mesmo em instituições dominadas pelo Discurso do Mestre: “Como é que isso se sustenta, o discurso do mestre? É a outra face da função da verdade, não a face patente, mas a dimensão na qual ela se necessita como algo escondido” (Lacan, 1969-70|1992, p. 179).

O analista, portanto, não se coloca do lado da complacência com esse discurso, mas pode servir-se dele para introduzir uma dialética em direção ao Discurso Analítico. Conforme Lacan indica:

No discurso do mestre – pois afinal é precisamente aí que se situa o mais-de-gozar – não há relação entre o que vai mais ou menos se tornar causa de desejo de um cara como o mestre – que, como de costume, não compreende nada disso – e o que constitui a sua verdade. Há aqui, com efeito, no andar inferior, uma barreira. A barreira cuja denominação está imediatamente ao alcance da nossa mão é, no nível do discurso do mestre, o gozo – na medida simplesmente em que está interdito, interdito em seu fundo (Lacan, 1969-70|1992, p. 101).

E Lacan acrescenta:

$$\begin{array}{ccc} S_1 & \rightarrow & S_2 \\ \hline \S & \blacktriangle & a \end{array}$$

Esta fórmula, como definidora do discurso do mestre, tem seu interesse por mostrar que ele é o único a tornar impossível essa articulação que apontamos em outro lugar como a fantasia, na medida em que é a relação do **a** com a divisão do sujeito – (**§**  $\diamond$  **a**). Em seu ponto de partida fundamental, o discurso do mestre exclui a fantasia. E é isto exatamente o que faz dele, em seu fundamento, totalmente cego. O fato de que em outro lugar a fantasia possa surgir – especialmente no discurso analítico, onde ela se estende sobre uma linha horizontal de maneira perfeitamente equilibrada – diz-nos um pouco mais sobre o que vem a ser o fundamento do discurso do mestre. Seja como for, por enquanto, ao retomarmos as coisas no nível do discurso do analista, constatamos que o saber [...] tudo o que se pode saber, é o que está colocado, em minha maneira de escrever, no lugar dito da verdade. O que se pode saber é solicitado, no discurso do analista, a funcionar no registro da verdade (Lacan, 1969-70|1992, p.101).



Isso pode ser evidenciado nos dispositivos nos quais me inseri no Rio de Janeiro, a partir da implantação de práticas orientadas pela psicanálise que buscam resgatar a diferença mais radical do sujeito que procura atendimento, seu traço mais singular. Nesse contexto, trabalha-se em espaços de supervisão de casos com residentes e estagiários, visando localizar aquilo que não faz série nos pacientes. Nos espaços de atendimento psicológico e nos dispositivos de trabalho grupal, observa-se uma forte presença de intervenções que mantêm essa dimensão em primeiro plano, seja a partir de propostas coletivas que se flexibilizam segundo o caso a caso, seja em enquadres de entrevistas que podem assumir uma lógica distinta da padronizada, conforme a exigência do caso.

Por outro lado, nas instituições de saúde mental especificamente, nos confrontamos com o imperativo contemporâneo de obter efeitos terapêuticos rápidos. Miller (2008) localiza que algo desse efeito de rapidez reside em fazer funcionar um significante-mestre para o sujeito, obtendo um alívio momentâneo. O Discurso Analítico, ao contrário, introduz um tempo e um modo de trabalho distinto, orientado não pela adaptação, mas pela verdade do sujeito: “[...] é por estar mascarada a verdade do discurso do mestre que a análise adquire sua importância” (Lacan, 1969-70|1992, p.95). Ao advertir isso, talvez possamos oferecer uma escuta que introduza uma pausa na voragem própria da época.

## 2.2 A POSIÇÃO DA PSICANÁLISE FRENTE AO DISCURSO DO MESTRE

Conforme Lacan (1969-70|1992) salienta, o avesso da psicanálise é exatamente o discurso do mestre:

O que quero dizer com isto é que ele inclui tudo, inclusive aquilo que se julga revolução, ou, mais exatamente, o que chamam romanticamente de Revolução com R maiúsculo. [...] O discurso do mestre tem apenas um contraponto, o discurso analítico, [...] ponto que faz com que o discurso psicanalítico se encontre precisamente no polo oposto ao do discurso do mestre (Lacan, 1969-70|1992, pp. 81-82).

A psicanálise não é um resíduo do discurso da ciência, ainda que o sujeito com o qual trabalha seja seu produto. Conforme Luciana Marques destaca ao pensar o lugar singular que a psicanálise ocupa diante dos desafios que a clínica contemporânea nos confere com a atual prática diagnosticista:

A criação da psicanálise não fez desaparecer o diálogo com as ciências médicas, ao contrário, ela veio, de modo produtivo, convocar, ressignificar e tensionar esse saber, pois embora a psicanálise emergja no interior da tradição médica, ela não insurge como uma extensão, mas sim como um desvio que expande os horizontes da clínica ao ampliar o olhar do orgânico para a escuta e da lesão anatômica para a formação do sintoma como expressão simbólica. Ao sustentar com as ciências médicas uma relação de diálogo necessária e fundamental, Freud não só situava a psicanálise num campo mais amplo, como refletia, e os provocava a refletir, sobre os desafios que a clínica psicanalítica impunha (Marques, 2025, pp. 212-213).



A psicanálise, antes, visa que o sintoma passe de um sofrimento da impotência<sup>3</sup> e da necessidade para o impossível<sup>4</sup> e a contingência. Aqui, cabe esclarecer que a impotência, tal como Lacan descreve, é uma espécie de resistência do sujeito para desembocar no domínio da realização da sua verdade, tal como uma impossibilidade de ver, já que toda impossibilidade deixa em suspense a sua verdade, na medida em que “algo a protege, algo que chamaremos impotência” (Lacan, 1969-70|1992, p.166). Em relação ao necessário, ele o traduziu por aquilo que não cessa de se escrever:

Todo mundo vê que entre este fato, o fato de que alguma coisa não cessa de se escrever – entendam que isso se repete, que é sempre o mesmo sintoma, que tomba sempre na mesma dobra – vocês verão bem que entre o não cessa de se escrever *p* e o não cessa de se escrever *não-p*, estamos no artefato que demonstra, justamente, que demonstra ao mesmo tempo essa hiância concernente à verdade, e que a ordem do possível está, como o indica Aristóteles, conectada ao necessário. O que cessa de se escrever é *p* ou *não-p* (Lacan, 1973-74|2018, p.148).

Quanto ao impossível, Lacan afirma que é o real<sup>5</sup>, aquilo que não cessa de não se escrever. Já em relação à contingência, é justo o que cessa de não se escrever:

Para que isso cesse de não se escrever seria preciso que isso fosse possível, e até certo ponto segue sendo, já que aquilo que antecipo é que isso cessou de se escrever. Por que não recomençaria? Não só é possível, é possível escrever  $f(x, y)$  senão que também está claro que não nos temos privado disso [...] a partir do momento em que elas cessaram, poderia se crer que isso pode recomençar. Tal é a relação entre o possível e o contingente (Lacan, 1973-74|2018, p.104).

Trata-se da proposta de uma prática subjetiva distinta das psicoterapias, pois introduz um lugar vazio ali onde as demais instalam objetos sociais, ou seja, “trata-se, na psicanálise, de elevar a impotência – aquela que explica a fantasia – à impossibilidade lógica – aquela que encarna o real” (Lacan, 1971-72|2012, p.235). E Lacan acrescenta, enfatizando tal diferença: “Daí resulta que a análise inverte o preceito “fazer o bem e deixar falar”, a ponto de o bem-dizer satis-fazer, já que somente ao mais-dizer [*plus-en-dire*] corresponde o não bastante” (Lacan, 1971-72|2012, p.235).

Em vez de oferecer soluções adaptativas, o analista aponta para a emergência de um desejo inédito: “O desejo é uma relação de ser com falta. Esta falta é falta de ser, propriamente falando. Não é falta disto ou daquilo, porém falta de ser através do que o ser existe” (Lacan, 1954-55|1985, p.280). Ou ainda:

<sup>3</sup> A verdade é, a saber, a impotência. Ali é que se edifica tudo o que concerne à verdade (Lacan, 1969-70|1992, p.49). Daí Lacan afirmar que a verdade só pode ser semi-dita.

<sup>4</sup> Trata-se, na psicanálise, de elevar a impotência – aquela que dá conta da fantasia – à impossibilidade lógica – aquela que encarna o real. Ou seja, de completar o lote dos sinais em que se joga o *fatum* humano (Lacan, 1971-72|2003, p.548).

<sup>5</sup> O discurso do mestre, por exemplo: sua finalidade é que as coisas caminhem no passo de todos. Bom, isso não é de modo algum a mesma coisa que o real, pois este, justamente, é o que não caminha, é o que cruza a frente da charrete – e mais, o que não cessa de se repetir para impor um entrave a essa marcha. Eu o disse, inicialmente, sob esta forma: “O real é o que retorna sempre ao mesmo lugar”. A ênfase deve ser colocada no “retorna” (Lacan, 1974|2023, pp.22-23).





O desejo é ao mesmo tempo subjetividade, ele é o que está no coração mesmo de nossa subjetividade, o que é o mais essencialmente sujeito. Ele é ao mesmo tempo algo que é também o contrário, que se lhe opõe como uma resistência, como um paradoxo, como um núcleo rejeitado, como um núcleo refutável. E a partir daí, insisti nisso várias vezes, que toda a experiência ética se desenvolveu em uma perspectiva ao termo da qual nós temos a fórmula enigmática de Spinoza que <<O desejo, *cupiditas*, é a essência mesma do homem>> (Lacan, 1958-59|Inédito, p.504).

## 2.2 ALGUNS PONTOS DE ENCONTRO ENTRE AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA ARGENTINA

Entre as semelhanças mais relevantes encontra-se a posição ética do analista ao resgatar a singularidade do sujeito no contexto hospitalar. Como assinala Lacan (1966), em seu texto *Psicanálise e Medicina*:

Atualmente, esse lugar é marginal e, como escrevi várias vezes, extraterritorial. É marginal pelo fato da posição da medicina em relação à psicanálise, que admite esta como uma espécie de ajuda externa [...] É extraterritorial pelo fato dos psicanalistas, que, sem dúvida, têm suas razões para querer conservar essa extraterritorialidade (Lacan, 1966|1987, p. 87).

Tanto no Brasil quanto na Argentina observa-se um esforço para sustentar essa extraterritorialidade por meio de espaços de supervisão de casos, formação, leitura e inserção em equipes interdisciplinares. Trata-se de um território que deve ser sustentado em cada ato clínico. Ainda assim, produzem-se tensões na convivência entre ambos os discursos, geralmente articuladas ao avanço exacerbado da indústria farmacêutica no campo da saúde mental atrelado aos diagnósticos *fast food* que emergem do Discurso Capitalista<sup>6</sup>: “Falo dessa mutação capital, também ela, que confere ao discurso do mestre seu estilo capitalista” (Lacan, 1969-70|1992, p.160).

Seguindo Nieves Soria (2019), a mutação capitalista do discurso do Mestre empurra o sujeito para o movimento incessante do mercado que, em articulação com a tecnociência, oferecerá sempre um novo objeto, produzindo a ilusão constante de suturar aquilo que não funciona. Ilustraremos o exposto com um recorte clínico.

Um recorte clínico em um dispositivo de admissão em Saúde Mental:

entre admitir ou não admitir o arranjo singular

A breve vinheta clínica trata de um adolescente de 13 anos que procura atendimento na admissão do serviço de saúde mental infantojuvenil do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro. Ele é acompanhado por sua mãe, que solicita à equipe – psiquiatra, psicóloga e pediatra – a prescrição de uma medicação “anti-impulsiva” (*sic*), pois o adolescente sai de casa todos os dias,

---

<sup>6</sup> O discurso do capitalista, na medida em que ele é uma determinação do discurso do mestre, encontra aí, antes, seu complemento (Lacan, 1971|2009, p.154).



infringindo os pedidos maternos para não fazê-lo, retornando apenas à meia-noite, horário de alto risco, uma vez que residem em uma comunidade na periferia do Rio de Janeiro.

O adolescente é escutado imerso em um estado de angústia. Inicialmente, não consegue dizer nada sobre o motivo de sua consulta. Permanece em silêncio, chorando. A equipe sustenta essa espera em silêncio, a partir de uma posição de respeito frente ao seu sofrimento, acolhendo esse modo de apresentação. Posteriormente, ele consegue dizer que ultimamente vem se sentindo desconfortável em casa e que, por essa razão, sai. Ao ser interrogado sobre desde quando isso ocorre, refere como motivo de seu desconforto a superlotação: dorme na mesma cama que a mãe, e isso começou a se tornar incômodo, pois “já se sente grande” (*sic*):

É por isso que lhes ensinei que o temor do desejo é vivido como equivalente à angústia, que a angústia é o temor do que o Outro<sup>7</sup> deseja em si do sujeito, esse em si fundado justamente sobre a ignorância do que é desejado, no nível do Outro (Lacan, 1961-62|Inédito, p.430).

Em seguida, relata com certa vergonha que, desde que o pai foi morar em outro lugar, sente-se muito desorganizado, localizando uma tristeza por não vê-lo há quase um ano. Ao ser indagado sobre os motivos dessa ausência, comenta que o pai foi morar com outra mulher, o que o deixou muito irritado, assim como à mãe, e que decidiu “ficar do lado da mãe” (*sic*). Hipotetiza-se uma posição de desamparo no adolescente, que se resolve sob a forma da fuga e da exposição ao risco, como modo de se fazer um lugar no Outro. Ele permanece imerso em angústias e raiva diante da resposta materna, que o localiza como um “adolescente problemático e impulsivo” (*sic*), demandando rapidamente uma medicação como solução para silenciar o sintomático que emerge.

Naquele momento, a posição do analista foi crucial diante das coordenadas em jogo nessa primeira entrevista, na qual se apresenta uma demanda de administração de um psicofármaco e se lê um arranjo singular do adolescente com sua angústia por meio de condutas transgressoras que o colocam em risco. Trata-se de um arranjo que lhe traz complicações, mas que, naquele momento, constituía o seu modo de fazer com...: a ausência do pai, a colagem da mãe e a irrupção do sexual pulsional nesse contexto.

Tomamos como apoio o que Éric Laurent (2000) afirma em *O analista cidadão*:

[...] o analista, mais do que um lugar vazio, é aquele que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. O analista, para além das paixões narcísicas das diferenças, deve ajudar, mas com outros, sem pensar que é o único nessa

<sup>7</sup> Tal como Lacan ressalta ao longo de sua obra, é importante destacar a diferença entre outro e Outro. A noção de Outro – “função da fala” (Lacan, 1954-55|1985, p.297), “lugar da palavra” (Lacan, 1956-57|1995, p.79), “aquele que instaura e autoriza o jogo dos significantes” (Lacan, 1957-58|1999, p.323), “lugar do código” (Lacan, 1968-69|2008, p.50) – é indicada por Lacan como a condição indispensável para a formação do eu e para a constituição do sujeito. Ver mais sobre a diferença entre outro e Outro em Marques, L. R., Alberti, S., & Dantas, P. M. M.. O que se desvela com a rotação do espelho? Da formação do eu à sensação do desejo do Outro. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 25(3), pp.533-559, 2022. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n3p533.3>





posição. Assim, com outros, deve ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal – humanista ou anti-humanista –, se esqueça a particularidade de cada um (Laurent, 2000, p.3).

A partir da admissão, oferece-se um espaço de atendimento psicológico para trabalhar em torno de sua angústia e de suas fugas. Articula-se seu desconforto a questões relativas à adolescência e intervém-se: Será que o seu desconforto e a sua desorganização não têm relação com essas coisas que te aconteceram e que te angustiam?. O adolescente se surpreende com a pergunta, manifestando certa inquietação corporal, o que levou a equipe a oferecer um retorno em duas semanas. Ou seja, não se recorreu à medicação solicitada pela mãe, instituindo-se um tempo de espera.

A pediatra e a psiquiatra sugerem, ainda, a possível articulação do adolescente a um espaço esportivo no clube de sua comunidade, já que ele refere gosto pelo futebol, embora tenha suspenso essa atividade recentemente. Com a oferta de um espaço tanto no hospital quanto no clube comunitário, aposta-se em outra direção que não a de responder imediatamente à demanda inicial, evitando o silenciamento do pulsional por meio do fármaco. Nesse movimento, a analista sai da encruzilhada institucional ao não oferecer uma resposta terapêutica imediata – o que não é sem incômodos –, admitindo assim a emergência de um sujeito implicado no que não funciona:

Pela relação do saber com a verdade adquire verdade aquilo que se produz de significantes-mestres no discurso analítico, e fica claro que a ambivalência daquele que ensina para o ensinado reside onde, por nosso ato, criamos caminho para o sujeito, ao lhe pedir que se associe livremente – o que significa: que os faça mestres – aos significantes de seu percalço [...] (Lacan, 1970/2003, p. 308).

## 2.3 QUESTÕES RELATIVAS ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA ARGENTINA

Os processos de reforma em saúde mental não podem ser pensados de forma isolada nem reduzidos à experiência de um único país ou região. Essas transformações inscrevem-se em contextos históricos, políticos e culturais específicos, que lhes conferem características singulares. Para estabelecer uma comparação entre o Brasil – particularmente a cidade do Rio de Janeiro – e a Argentina – no caso da província de Tucumán –, torna-se necessário sustentar uma leitura que articule o singular de cada experiência com as coordenadas mais amplas que atravessam os processos de desinstitucionalização e de reconfiguração dos modelos de atenção em saúde mental.

No Brasil, os últimos anos têm sido marcados por transformações significativas no âmbito da reforma psiquiátrica, entre as quais se destacam o fechamento de numerosos hospitais psiquiátricos, a redução progressiva do número de leitos e uma reorientação substancial do gasto público em direção a abordagens extra-hospitalares. Esse redirecionamento foi acompanhado por um fortalecimento sustentado da rede de serviços substitutivos e pelo desenvolvimento de estratégias orientadas à desinstitucionalização, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos, o programa De Volta para



Casa e o Programa de Desinstitucionalização, que financia equipes multidisciplinares com inserção territorial e trabalho comunitário (Ministério da Saúde, 2016).

No entanto, o número de pessoas sem acesso a uma atenção adequada continua sendo significativo, o que mantém em aberto o debate acerca de se a redução do número de leitos psiquiátricos, por si só, implicou uma melhoria substantiva na atenção às pessoas com sofrimento psíquico. Essas tensões impõem a necessidade de repensar o delicado equilíbrio entre a diminuição das internações, o fortalecimento dos dispositivos comunitários e a disponibilidade de recursos de internação para situações de crise.

Essas discussões adquirem particular relevância ao comparar o contexto brasileiro com o argentino, onde se observa diferenças marcantes vinculadas ao contexto político e às condições institucionais. Em Tucumán, persistem lógicas manicomiais que se reproduzem tanto nos dispositivos específicos de saúde mental quanto no sistema de saúde em geral, evidenciadas na continuidade de hospitais monovalentes com internações que excedem os prazos estabelecidos pela legislação vigente, em grande medida devido a limitações de infraestrutura e à escassez de dispositivos intermediários de desinternação.

Nesse marco, determinados serviços continuam funcionando como espaços de asilo, mais do que como dispositivos orientados à estabilização clínica e à posterior reinserção do sujeito em sua comunidade. Soma-se a isso, na última década, o aumento da presença de pacientes com causas judiciais em serviços de emergência e urgência, configurando-se, em alguns casos, como uma alternativa ao sistema prisional (Azar Bon et al., 2025).

Durante o período de intercâmbio, foi possível observar que, no Rio de Janeiro, existem maiores suportes institucionais alternativos ao modelo asilar, bem como uma maior setorialização dos dispositivos, o que favorece a abordagem comunitária das problemáticas em saúde mental. Observa-se uma orientação que desloca a atenção do hospital para a comunidade, reservando o recurso da internação como última instância e reforçando as intervenções territoriais, ainda que persistam tensões próprias dos processos de reforma. Em contraste, em Tucumán, evidencia-se uma marcada escassez de dispositivos alternativos ou substitutivos à internação, os quais, nos casos existentes, dependem administrativamente dos próprios hospitais monovalentes.

A insuficiente criação de dispositivos intermediários – como casas de convivência, recursos comunitários e estratégias de inserção sociolaboral – tem derivado, inclusive, em processos de reinstitucionalização. A isso se soma o fato de que os hospitais psiquiátricos não cresceram no mesmo ritmo do aumento da demanda, o que gera dificuldades para o acesso a vagas de internação e dá lugar a modalidades precárias de atenção em situações de crise (Azar Bon et al., 2025).

Em síntese, enquanto no Rio de Janeiro se observa uma maior disponibilidade de suportes institucionais alternativos ao modelo asilar e uma orientação mais decidida em direção à abordagem



comunitária – ainda que com suas contradições –, em Tucumán persistem lógicas manicomiais que obstaculizam a efetiva implementação da Lei Nacional de Saúde Mental N.º 26.657. Os avanços registrados nesse último contexto aparecem, em grande medida, vinculados a iniciativas individuais de trabalhadores do sistema, mais do que a políticas públicas sustentadas a médio e longo prazo, o que permite reconhecer transformações parciais sem que isso implique uma consolidação plena do novo paradigma.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência realizada no Hospital Universitário do Rio de Janeiro permitiu constatar, na prática cotidiana, a tensão estrutural entre o Discurso do Mestre – que organiza o funcionamento institucional por meio da classificação, da normalização e da exigência de eficácia – e a orientação do Discurso Analítico, que propõe localizar as coordenadas singulares do sujeito que procura atendimento por um padecimento. Ali onde a instituição tende a reduzir o sujeito a um exemplar de uma categoria diagnóstica, a psicanálise insiste em resgatar aquilo que não faz série, o núcleo irredutível de cada sujeito.

O percurso realizado demonstra que é possível sustentar uma prática analítica em contextos fortemente regulados por exigências de adaptação, desde que o praticante se oriente pela ética do desejo e mantenha uma posição extraterritorial em relação aos imperativos institucionais. Longe de se opor frontalmente ao Discurso do Mestre, a orientação analítica produz uma torção ao introduzir uma pausa, um esvaziamento, um lugar para que algo da verdade do sujeito possa emergir sem ser rapidamente recoberto por soluções *fast food* próprias do Discurso Capitalista.

A vinheta clínica apresentada busca ilustrar que, mesmo diante de demandas de medicalização imediata, é possível operar um deslocamento subjetivo, elevando o sintoma à condição de hipótese, validando a angústia e evitando o silenciamento do mal-estar por meio de respostas padronizadas. Essa operação mínima, porém decisiva, evidencia como a posição do analista pode abrir um espaço para que o sujeito se implique em seu próprio padecimento, orientando a intervenção por sua singularidade e não por respostas rápidas que obstruem a possível emergência de um sintoma analítico. Conforme podemos acompanhar, a psicanálise nasce:

[...] como uma prática de resistência à padronização do sofrimento, mantendo até hoje sua atualidade diante dos desafios que campos cada vez mais regulados por protocolos e critérios diagnósticos nos impõem. Reafirmar o lugar da psicanálise, nesse contexto, é reafirmar o lugar da fala, da escuta e da singularidade em detrimento de um cenário marcado pelo predomínio de práticas que eclipsam a fala do sujeito (Marques, 2025, p. 230).

Por fim, a comparação entre os Serviços Públicos de Saúde Mental do Brasil e da Argentina permite identificar semelhanças quanto ao esforço ético de sustentar um lugar para a psicanálise nas



instituições, mas também diferenças significativas relativas às condições políticas, aos dispositivos comunitários e às lógicas de internação. No caso do Rio de Janeiro, a maior setorialização e a presença de redes comunitárias robustas parecem favorecer intervenções contrárias à lógica manicomial e um menor uso da internação prolongada. Em Tucumán, por sua vez, persistem lógicas asilares e usos institucionais ligados à judicialização, o que coloca desafios adicionais aos profissionais de saúde mental.

Em síntese, a experiência demonstra que a presença da psicanálise nas instituições de saúde resiste. Sustentar uma prática orientada pela singularidade, mesmo em meio às exigências da época, constitui um ato ético que preserva o lugar do sujeito do inconsciente. Trata-se de responder às encruzilhadas nas quais se encontra o praticante da psicanálise, sustentando seus princípios, evitando cair em uma atenção padronizada e colocando à prova os conceitos no contexto sociocultural em que se desdobram.

### AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDA-HUPE | UERJ), ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise (PGPSA-IP | UERJ) e ao Laboratório de Pesquisa em Psicanálise, Saúde Mental e Interseccionalidades (LAPPSI-IP | UERJ) pelo espaço de interlocução teórica e institucional que sustentou a elaboração deste trabalho no Brasil. Agradecem, ainda, o apoio institucional da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PR2 | UERJ). Agradecimentos especiais são dirigidos à equipe do Serviço de Psiquiatria aqui em questão, pelo compromisso contínuo com a clínica, o ensino, a pesquisa e a extensão, o que tornou possível o desenvolvimento deste estudo. Este trabalho contou com o apoio do Programa *Move la América*, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e com o Departamento de Extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (DEPEXT | UERJ). Como parte do processo de Intercâmbio, informamos que uma parte reduzida deste texto foi publicado como capítulo de livro e apresentado em evento científico.



**REFERÊNCIAS**

- Azar Bon, B., Forgas, S., Guardia, M., Morganti, V., Sánchez Hermansson, I., & Solares Rotnitzky, M. (2025). Análisis del proceso de reforma en salud mental en la provincia de Tucumán: A 14 años de la sanción de la Ley N.º 26.657. *Investigando en Psicología*, 26(1), 35–50. Disponível em: <https://doi.org/>
- Lacan, J. (1954-55). O seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.
- Lacan, J. (1958-59|Inédito). O seminário, Livro 6: O desejo e sua interpretação. Publicação não comercial – Circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2002.
- Lacan, J. (1961-62|Inédito). O seminário, Livro 9: A identificação. Publicação não comercial – Circulação interna do Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.
- Lacan, J. (1966). Psicanálise e medicina. In: *Intervenções e textos I*. Buenos Aires: Manantial, pp.86-99, 1985.
- Lacan, J. (1969-70). O seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.
- Lacan, J. (1970). Alocução sobre o ensino. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., pp. 297-310, 2003.
- Lacan, J. (1971). O seminário, Livro 18: De um discurso que não fosse semblante. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- Lacan, J. (1971-72). Ou pior... In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., pp. 547-552, 2003.
- Lacan, J. (1971-72). O seminário, Livro 19: Ou pior... Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2012.
- Lacan, J. (1972-73). O seminário, Livro 20: Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.
- Lacan, J. (1973-74). Os não tolos erram | Os nomes do pai. Porto Alegre: Editora Fi, 2018. Disponível em: <http://www.editorafi.org>
- Lacan, J (1974). A Terceira. In: *A Terceira | Teoria de Lalíngua*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2023.
- Laurent, E. O analista cidadão. In: *Psicanálise e saúde mental*. Buenos Aires: Tres Haches, pp. 113-123, 2000.
- Ley Nacional N° 26.657 de 2010. Derecho a la protección de la Salud Mental. Boletín Oficial N° 32.041, 25 de noviembre de 2010.
- Marques, L. R. Freud e o diálogo com a medicina: sobre os desafios da clínica psicanalítica diante do diagnosticismo. In: *Natureza Humana*, 27, n. especial 2, Dossiês: pp.209-236, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.59539/2175-2834-v27nespecial2-1148>



Marques, L. R., Alberti, S., & Dantas, P. M. M.. O que se desvela com a rotação do espelho? Da formação do eu à sensação do desejo do Outro. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 25(3), pp.533-559, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n3p533.3>

Miller, J.-A. Retorno a Lacan. In: Sutilezas analíticas: Os cursos psicanalíticos de Jacques-Alain Miller. Buenos Aires: Paidós, pp.13-32, 2025.

Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial: Relatório de gestão 2011–2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Soria, N. Sintomas do discurso capitalista. In: XI Congresso Internacional de Investigação e Prática Profissional em Psicologia. Faculdade de Psicologia, Universidade de Buenos Aires, 2019.

