



## A escuta psicanalítica no Centro de Atenção Psicossocial: um relato de experiência<sup>1</sup>

**Samantha Lemes Carvalho**

ORCID: [0000-0002-4201-4289](https://orcid.org/0000-0002-4201-4289)

Psicóloga

Graduada pela Universidade Federal de São João del-Rei / UFSJ (Minas Gerais, Brasil)  
Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário da  
Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF (Minas Gerais, Brasil)

E-mail: [samanthaledes93@gmail.com](mailto:samanthaledes93@gmail.com)

**Alinne Nogueira Silva Coppus**

ORCID: [0000-0002-4278-3707](https://orcid.org/0000-0002-4278-3707)

Psicanalista

Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ (Rio de Janeiro, Brasil)  
Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF (Minas  
Gerais, Brasil)

Coordenadora da Clínica de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF (Minas Gerais,  
Brasil)

E-mail: [alinnerj@terra.com.br](mailto:alinnerj@terra.com.br)

---

**Resumo:** O artigo problematiza a presença da psicanálise nos serviços de atenção psicossocial a partir de um relato de experiência na Residência Multiprofissional em Saúde Mental vinculada ao Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Foi feito um levantamento bibliográfico que articula os limites e as possibilidades de sustentar a escuta psicanalítica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao acompanhar os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil e o que ocorre hoje nos CAPS, apresentamos duas possibilidades de trabalho com o usuário – o caso clínico e o caso social – sendo o caso clínico conduzido pelo paciente e o caso social pela equipe, onde um não exclui o outro. Utilizamos essa diferenciação como um recurso para extrairmos as consequências da escuta psicanalítica no serviço.

**Palavras-chave:** Psicanálise; Saúde mental; Caps; Residência multiprofissional.

### L'écoute psychanalytique au Centre d'Attention Psychosociale: un rapport d'expérience

Ce travail fait l'analyse de la présence de la psychanalyse dans les services de soins psychosociaux en considérant un rapport d'expérience fait à la Résidence Multiprofessionnelle en Santé Mentale, liée à l'Hôpital Universitaire (HU) de l'Université Fédérale de Juiz Fora (UFJF). On a réalisé une recherche bibliographique qui articule les limites et les possibilités d'un maintien de l'écoute psychanalytique dans les Centres d'Attention Psychosociale (CAPS). En suivant les développements de la Réforme Psychiatrique au Brésil et la situation actuelle des CAPS, nous présentons deux possibilités de travailler avec l'utilisateur - le cas clinique et le cas social - étant le cas clinique mené par le patient et le cas social par l'équipe, où l'un n'exclut pas l'autre. On utilise cette différenciation comme ressource pour saisir les conséquences de l'écoute psychanalytique dans le service.

**Mots-clés :** Psychanalyse; Santé mentale; Caps; Résidence multiprofessionnelle.

---

**Psychoanalytic listening in the Psychosocial Care Center: an experience report:** The paper discusses the presence of psychoanalysis in psychosocial care services based on an experience report made at the Multiprofessional Residence in Mental Health which is linked to the University Hospital (HU) of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF). A literature survey was carried out to articulate the limits and possibilities of maintaining psychoanalytic listening in Psychosocial Care Centers (CAPS). Following the developments of the Psychiatric Reform in Brazil and what is currently happening at CAPS, we present two possibilities to work with the user - the clinical case and the social case - the clinical case being led by the patient and the social case by the team, without mutual exclusivity. This differentiation is used as a resource to understand the consequences of psychoanalytic listening in the service.

**Keywords:** Psychoanalysis; Mental health; Caps; Multiprofessional residence

## **A escuta psicanalítica no Centro de Atenção Psicossocial: um relato de experiência**

*Samantha Lemes Carvalho & Alinne Nogueira Silva Coppus*

### **Introdução**

Situado no contexto de redemocratização durante a segunda metade da década de 70 (Tenório, 2002, p. 28), o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira viabilizou um rompimento com o paradigma até então hegemônico da psiquiatria clássica, que se fundamentava na separação e na oposição entre a mente e o corpo; entre o orgânico e o psíquico; e entre o coletivo e o particular (Guerra & Souza, 2006). Esse discurso gerou diversas consequências, tais como a criação de espaços de segregação a partir do estigma da loucura em contraponto à razão na sociedade.

No decorrer do século XX, esteve em funcionamento o maior hospital psiquiátrico brasileiro chamado Colônia, localizado na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. Sob o cunho de hospital, se assemelhou mais a um campo de concentração do que a qualquer tipo de tratamento. Esse fenômeno, que ficou conhecido como Holocausto Brasileiro, foi responsável pela morte de, pelo menos, 60 mil pessoas<sup>2</sup>, das quais cerca de 70% não apresentavam nenhum diagnóstico de doença mental. Os métodos de "tratamento" eram arbitrários: uso de medicações em altas dosagens, sem critérios terapêuticos; e utilização do eletrochoque em carga tão alta que gerava quedas de energia na rede elétrica do município. Durante o período de existência do Colônia, houve muitas denúncias quanto às condições a que os pacientes eram submetidos, porém, no contexto brasileiro, foi só a partir dos anos 80 que a Reforma Psiquiátrica se tornou potente e as mudanças se iniciaram lentamente (Arbex, 2013, pp. 23-24).

Durante a década de 70, período de combate ao Estado autoritário, foi questionada a ineficiência da assistência pública em saúde e a predominância do modelo privatista. A partir disso, surgiram as denúncias de fraudes no financiamento dos serviços de saúde, além de situações de abandono, violência e maus tratos aos pacientes de numerosos hospícios no Brasil. Porém, nesse momento, ainda não se criticava os princípios que norteavam o modelo asilar e a prática psiquiátrica, mas sim, seu uso de forma equivocada e exagerada. Desse modo, em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que trouxe as reivindicações trabalhistas junto ao discurso de humanização do cuidado, liderando ações que levaram ao avanço do que veio a ser mais tarde a luta antimanicomial (Tenório, 2002, p. 32).

Antes mesmo da aprovação legislativa das leis que redirecionaram as estratégias de cuidado em saúde mental no campo jurídico, foram iniciadas as primeiras experiências na atenção psicossocial, como a do CAPS Luiz Cerqueira, em Santos, no ano de 1971 (Brasil, 2004, 2015; Tenório, 2002). Ao inaugurar um novo modelo de cuidados, os CAPS foram criados enquanto um dispositivo terapêutico do SUS (Sistema Único de Saúde), com funcionamento aberto, territorializado e constituído por uma equipe multidisciplinar. Dentre as ações realizadas nesses serviços estão: oficinas terapêuticas, grupos de suporte, atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimentos familiares, contato com a Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>3</sup> e articulações intersetoriais com outros setores da sociedade, tais como, os da assistência social, da educação, da cultura, do trabalho, entre outros (Bezerra & Rinaldi, 2009; Brasil, 2004, 2015).

Desse modo, essa escrita se deu ao pensarmos que os serviços de saúde mental, imersos nas demandas institucionais, podem desenvolver atividades - tais como oficinas terapêuticas, espaços de protagonismo, assembleias dos usuários e atenção diária - tendo em vista mais a obrigatoriedade em atender às exigências burocráticas da política de saúde mental do que a promoção de um espaço para a emergência de questões subjetivas do usuário do serviço. Assim, esse modo de funcionamento pode inibir a escuta do sofrimento desses sujeitos, principalmente quando abrange discursos curativistas ou moralizantes que levam ao enrijecimento do trabalho clínico (Amarante, 2005; Bezerra & Rinaldi, 2009; Guerra & Souza, 2006; Lacan, 1958/1998; Lobosque, 2003; Silva & Paula, 2019).

Em vista disso, o artigo problematiza a presença da psicanálise nos serviços de atenção psicossocial a partir de um relato de experiência na Residência Multiprofissional<sup>4</sup> em Saúde Mental vinculada ao Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz Fora (UFJF). Realizamos também um levantamento bibliográfico que articula os limites e as possibilidades em se sustentar uma escuta psicanalítica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Inicialmente, citamos os diversos âmbitos – do epistemológico ao político – que integram os desdobramentos do movimento da Reforma Psiquiátrica. A partir disso, apresentamos as duas perspectivas que questionam a noção de clínica – tal como concebida por Pinel, na Psiquiatria Clássica – que originaram o que veio a ser a Reforma Psiquiátrica. Estas se integraram nesse processo formulando um novo conceito de clínica, que passa a incorporar as particularidades do caso a caso como também as relações produzidas nos territórios, sob o nome de Clínica Ampliada no modelo de atenção psicossocial. Esse campo passa a ser marcado pela presença de uma pluralidade de saberes e de ações, sendo essa uma característica própria à Reforma.

A partir do entendimento de que a Reforma Psiquiátrica é um processo ainda em curso em diferentes âmbitos, destacamos que somente a mudança técnico-assistencial – que ocorre com a entrada dos serviços substitutivos nos hospitais psiquiátricos – não é suficiente para impedir que práticas similares a uma prática manicomial possam acontecer, gerando um novo tipo de cronificação em que o usuário permanece dependente dos laços criados com o serviço. Ao introduzir a dimensão da clínica no trabalho, problematiza-se a dimensão institucional que atravessa o cotidiano dos serviços. Nesse contexto, a psicanálise entra como uma via que contribui para o fazer clínico nos Centros de Atenção Psicossocial, a partir da escuta do um a um e do trabalho com os usuários.

Como é possível fazer o sujeito aparecer no contexto institucional de um CAPS? Quais efeitos a escuta psicanalítica pode ter para o próprio sujeito? Quais contribuições a psicanálise pode proporcionar para as práticas institucionais do CAPS?

## **Do social ao um a um**

O movimento da Reforma Psiquiátrica não está restrito a uma mera reformulação dos serviços, pois implica na existência de muitos atores sociais envolvidos (Amarante, 2005, p. 45). Tal movimento articula diversos âmbitos, tais como, o epistemológico, o assistencial, o clínico, o jurídico, o social, o cultural e o político, marcados por uma perspectiva comum, qual seja, a da cidadania inserida no tratamento dos usuários (Amarante, 2005; Lobosque, 2003; Tenório, 2002). Desse modo, busca-se dar um outro lugar para a dimensão da loucura a partir do questionamento da estigmatização social, gerada pela separação entre normal e patológico – sendo este último vinculado à loucura (Koda & Fernandes, 2007, p. 1457).

A clínica nas áreas psis surgiu dentro das instituições com o intuito de disciplinar e readequar os indivíduos a certas normas (Lobosque, 2003, p. 18). Assim sendo, os processos que deram origem ao movimento da Reforma Psiquiátrica partiram do questionamento da clínica exercida nos hospitais psiquiátricos no que se refere às práticas de cuidado. Desse modo, são duas as perspectivas que operam dentro do movimento: enquanto uma afirma que o paradigma da clínica precisa ser superado e substituído pelo da cidadania, sendo o CAPS um lugar de transição dos espaços asilares para outros que não colocam o sujeito exclusivamente no lugar de tratamento; a outra perspectiva afirma que as práticas que são internas à clínica devem ser mudadas, pois, uma vez que tais práticas não sejam modificadas, o tratamento permanece com os mesmos traços do paradigma clássico, cujo modelo de tratamento é marcado por uma perspectiva médico-centrada e que não abrange a noção de território como parte do tratamento (Amarante, 2005; Bezerra & Rinaldi, 2009; Estrella & Mollica, 2015; Lobosque, 2003; Tenório, 2002).

Esses dois posicionamentos, por serem radicalmente opostos, concorrem entre si, gerando uma contradição dentro do próprio movimento. Porém, ambas as concepções deram origem ao que veio a ser a Clínica Ampliada (Tenório, 2002, p. 40), nomeando um novo paradigma que abarca os aspectos psicossociais nos cuidados em saúde mental (Bezerra & Rinaldi, 2009, p. 344). A partir disso, a indissociabilidade entre clínica e política passa a ser tomada como a principal característica da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Carmo & Pollo, 2010, p. 152). Todavia, questionamos se isso gerou alguma modificação das práticas operadas na psiquiatria e na clínica de forma geral; se essa contradição não seria uma outra forma de não considerar o sujeito; e, se tais perspectivas favorecem o aparecimento do sujeito ou o apaga.

A partir da Reforma, foi possível inaugurar um novo campo marcado por uma diversidade de saberes (Guerra & Souza, 2006; Lobosque, 2003). Rompeu-se com a noção de clínica pineliana, apoiada na ideia de isolamento terapêutico e tratamento moral (Amarante, 2005, p. 49), dando abertura a uma nova concepção que dá lugar às particularidades do sujeito e que tem como intuito privilegiar as relações produzidas nos territórios pelos quais os usuários circulam e constroem suas “marcas sociais, culturais e políticas” (Onocko Campos, Emerich & Ricci, 2019, p. 9).

A dimensão da clínica, ao se pautar na singularidade da escuta do sujeito, torna-se um aspecto

essencial para guiar o trabalho nos serviços de atenção psicossocial, uma vez que a imposição de um tratamento produzirá como efeito uma nova forma de cronificação similar aos manicômios (Viganó, 2012, p. 115). Desse modo, um tratamento que renuncia à palavra se torna um tratamento impotente. Isso significa que não dar voz ao usuário é uma forma de segregação e que mesmo com o fechamento dos manicômios é possível manter práticas que promovam o apagamento dos sujeitos no espaço institucional (Viganó, 2012, p. 116). Em função disso, o ponto essencial é que o tratamento seja direcionado a partir do usuário do serviço de modo que este, em algum momento, apresente condições de prosseguir em sua vida sem necessariamente se manter vinculado ao CAPS<sup>5</sup> (Amarante, 2005; Bezerra & Rinaldi, 2009; Guerra & Souza, 2006; Onocko Campos et al., 2019; Viganó, 2012).

Nesses serviços, observamos que muitos casos apresentam questões relacionadas a restrições em condições básicas de vida, que, muitas vezes, não são resolvidas em função dos furos nos equipamentos de assistência social e de inserção no território em que circulam. Ao considerarmos que o projeto trazido pela Reforma Psiquiátrica atesta que o usuário ocupe os espaços sociais, obtendo uma condição mínima para o cuidado em saúde, não só a mental, é fundamental a articulação entre os diversos setores que envolvem o acesso à moradia, ao saneamento básico, ao transporte, ao lazer, ao trabalho, entre outros (Amarante & Nunes, 2018; Bezerra & Rinaldi, 2009; Koda & Fernandes, 2007; Lei n. 8.080, 1990; Lobosque, 2003; Tenório, 2002). Assim, o CAPS sendo um lugar de passagem, a possibilidade de uma alta efetiva implica no funcionamento desses outros setores, além da continuidade do acompanhamento do usuário na atenção básica com a possibilidade de retomar o tratamento no CAPS quando for necessário (Lobosque, 2003; Portaria 3088, 2011).

Se o usuário, estável em seu quadro psíquico, não apresenta demandas para as ações terapêuticas oferecidas pelo CAPS e, mesmo assim, a equipe não consegue estabelecer estratégias que possibilitem uma alta, corre-se o risco de submetê-lo a um tratamento por uma vida toda que se ancora mais nas questões sociais do que psíquicas (Viganó, 2012, p. 115). Isso implica no que vários autores (Bezerra & Rinaldi, 2009; Silva & Paula, 2019; Viganó, 2012) chamam de uma nova cronificação do usuário, pois esse estabelece um vínculo com o serviço que se sobrepõe a todos os outros em sua vida, gerando dependência e comprometimento da sua autonomia.

Ao sair da atuação *stricto sensu* do consultório para o trabalho nas instituições, o psicanalista lida com diversos desafios que atravessam sua prática. Na situação específica do CAPS, a atuação é perpassada por um conjunto de variáveis, tais como: o trabalho multidisciplinar com a equipe, as questões sociais do usuário, a presença da família no tratamento, a articulação com as diversas redes e o submetimento ao saber médico (Figueiredo, 2005; Lobosque, 2003). Embora exista a possibilidade de realização de atendimentos individuais quando necessário, a prioridade do trabalho é voltada, sobretudo, para as atividades coletivas, seja no tratamento dos usuários ou no trabalho realizado entre os profissionais (Figueiredo, 2005; Lobosque, 2003; Portaria 3088, 2011). Desse modo, uma das características que marca a atuação do psicanalista na atenção psicossocial é o deslocamento da centralidade do atendimento clínico para o trabalho em equipe e para a inserção social do usuário

(Figueiredo, 2005; Lobosque, 2003).

Em relação ao trabalho realizado no CAPS, Viganó (2012) apresenta duas vias de abordagem e intervenção no tratamento ao usuário – o caso clínico e o caso social –, realiza uma diferenciação conceitual entre elas, sendo ambas importantes para a condução do tratamento. No caso social, os profissionais do serviço dão mais destaque à dimensão da assistência, que é prestada e resolvida institucionalmente. Sendo que, em certos momentos, é necessário que a equipe adote posturas mais diretivas, assumindo um papel de mediador do usuário com a instituição e com as redes que integram o cuidado ao usuário. No caso clínico, o saber está centrado no próprio sujeito, colocando-o a trabalho e atribuindo-lhe a responsabilidade pelo seu reposicionamento subjetivo (Viganó, 2012, pp. 118-119).

Desse modo, existem duas possibilidades de trabalhar os casos: uma que mantém o caso clínico e o caso social separados, e outra que os articula entre si. O que diferencia essas duas maneiras de trabalhar é o modo de funcionamento da instituição. O que as aproxima é que ambas podem estar associadas ao fazer psicanalítico. Porém, a segunda possibilidade ocorre quando o momento clínico é viabilizado pelo projeto terapêutico da equipe e o usuário é posto em uma condição de analisando dentro da instituição (Viganó, 2012, p. 119).

Quando o caso clínico e o caso social encontram-se separados, o momento clínico é tomado como um instrumento terapêutico estruturado segundo uma hierarquia de saberes. A cada profissional compete uma ação: “a um é confiada a interpretação; a outro, a intervenção pedagógica; e a outro, a assistência social” (Viganó, 2012, p. 119). Desse modo, o projeto terapêutico passa a ser investido de uma qualidade pedagógica interpretativa que não dá lugar para qualquer possibilidade de que o sujeito se faça as seguintes perguntas: “O que eu faço? O que torna a minha vida insuportável? O que posso fazer para sair daqui?” (Viganó, 2012, p. 119).

Quando o caso clínico e o caso social são tomados em conjunto, surge espaço para o vazio do tempo clínico, que não é um vazio na assistência, mas um vazio de saber. Esse vazio possibilita a passagem do sujeito à posição de analisando, dando lugar para que ele se questione sobre a sua posição subjetiva e quanto ao próprio tratamento. Em vez de impor um programa terapêutico, a condução clínica passa a ser apoiada no tempo clínico da demanda do sujeito em que a direção do tratamento não é dada pela equipe, mas sim, pelo usuário (Viganó, 2012, pp. 119-120).

Em uma discussão semelhante, Figueiredo (2005) apresenta que a equipe pode se consolidar de diversos modos no trabalho clínico institucional e destaca dois tipos mais comuns: a equipe hierárquica e a igualitária. A hierárquica refere-se à preservação de um poder verticalizado de alguns profissionais em função de outros, como, por exemplo, a equipe médica, vindo em seguida os enfermeiros ou os psicólogos, a depender da instituição. Nessa formação, as decisões são tomadas sem que o ponto de vista dos outros profissionais seja contemplado no processo. Pode ser um modelo mais comum em hospitais e ambulatórios, porém está presente também nos CAPS, ainda que de modo menos evidente (Figueiredo, 2005, pp. 44-45).

Na equipe igualitária ocorre o oposto: todos os profissionais recebem uma autorização difusa,

ultrapassando as especialidades, que se tornam diluídas na tomada de decisões. Esse tom de igualitarismo desconsidera a especificidade de algumas ações no trabalho clínico e acaba gerando uma indefinição de atribuições entre as categorias. Desse modo, a equipe se sustenta em uma lógica do todo. Tanto a equipe igualitária, quanto a hierárquica, são exemplos opostos que se fazem presentes no funcionamento dos serviços de atenção psicossocial (Figueiredo, 2005, p. 45).

Nesses serviços, normalmente, a equipe médica se destaca nas decisões tomadas pelo restante da equipe, em maior ou menor nível (Figueiredo, 2005, p. 44). Apesar disso, há equiparação entre as diversas ações realizadas entre as diferentes categorias profissionais, como, por exemplo, a função do técnico de referência. Essa função é um dos dispositivos terapêuticos em saúde mental, cujo objetivo é estreitar o vínculo entre usuários e profissionais e realizar uma interlocução com a família, a cultura local e outros pontos de assistência. Além disso, o técnico de referência assume a responsabilidade da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), de monitorar o usuário, de realizar contato com a família e de avaliar as metas traçadas no PTS (Brasil, 2004; Silva & Costa, 2010).

No papel do técnico de referência busca-se dar um suporte assistencial pedagógico, que normalmente é feito de forma mais direta: seja realizando a busca ativa do usuário, quando este não se vincula ao tratamento; seja fazendo articulações com a rede ou ajudando-o a se organizar em questões da vida cotidiana (Figueiredo, 2005; Lobosque, 2003; Silva & Costa, 2010). Se ocupar essa atribuição junto a outras funções na equipe não gera conflitos para alguns profissionais, para o psicanalista, a direção do trabalho nem sempre converge quando assume as duas funções para o mesmo usuário. Isso porque, ao tomar o usuário em atendimento psicanalítico, o mesmo é convocado a se responsabilizar pelas suas questões subjetivas. A confluência desses lugares pode gerar desafios transferenciais em relação ao desenvolvimento do trabalho, pois existem diferenças nas relações estabelecidas. Na função do técnico de referência, realiza-se um trabalho de suporte mais direto, em que, muitas vezes, é necessário realizar contatos mais frequentes com o usuário e sua família. Já, no atendimento psicanalítico, busca-se dar mais espaço ao usuário e a clínica é conduzida pelo mesmo a partir de seus significantes em um tempo que, muitas vezes, escapa ao funcionamento previamente instituído do CAPS (Figueiredo, 2005; Lacan, 1958/1998; Viganó, 2012).

Desse modo, ao pensar no trabalho realizado pela via da psicanálise no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial, trazemos para discussão a diferença entre as noções de sujeito de direitos e sujeito do inconsciente – que provêm, respectivamente, dos campos da política e da clínica. Ambas estão associadas nos fundamentos da Reforma Psiquiátrica e não se excluem, na medida em que o tratamento inclua o sujeito (Bezerra & Rinaldi, 2009; Bueno, 2016; Tenório, 2021<sup>6</sup>).

O sujeito do inconsciente é o que um significante representa para outro significante; é um sujeito dividido pelos efeitos da linguagem, das marcas trazidas em sua história. É interessante ter alguém que notifique isso sob transferência, sem que esteja previamente direcionado, testemunhando a presença do sujeito do inconsciente nos tropeços da fala, naquilo que se repete, no que não tem muita lógica em sua fala (Lacan, 1958/1998; Elia, 2004/2010). O sujeito de direitos, por sua vez, se

situa a partir de um arranjo jurídico-institucional que dá suporte para seu aparecimento e tem como imperativo ético a reivindicação, ou seja, está direcionado a conquistar direitos que abrangem um coletivo, seguindo a lógica dos grupos identitários (Bueno, 2016, p. 219). Desse modo, o discurso dos direitos aponta para duas direções: concedê-los ou negá-los. Dentro desse discurso existe uma diversidade de reivindicações que é reduzida a uma linguagem comum e neutraliza a complexidade de questões sociais, econômicas, éticas e culturais que abarcam a singularidade de sujeitos e coletivos (Bueno, 2016, pp. 221-222).

O sujeito de direitos e o sujeito do inconsciente podem apresentar pontos de encontro no que não funciona; porém, nem sempre isso acontece (Tenório, 2021). Em vista disso, ao abrir espaço para o trabalho do sujeito e seu modo de estar no mundo, torna-se parte da condução não corresponder a uma expectativa imediata de promover bem-estar, uma vez que, ao supor que todas as queixas trazidas pelo sujeito estão no plano do que pode ser atendido de forma imediata, podemos fazê-lo se calar em vez de convocá-lo ao trabalho (Bezerra & Rinaldi, 2009; Bueno, 2016; Lacan, 1958/1998; Viganó, 2012). Isso significa que nem todas as demandas trazidas serão resolvidas através da perspectiva da cidadania, da concessão de direitos. Apesar disso, a perspectiva dos direitos tem um papel essencial no tratamento, uma vez que existem demandas que, sendo de ordem social, exigem uma resolução imediata que não depende necessariamente do sujeito (Bueno, 2016; Lobosque, 2003; Viganó, 2012). Ou seja, é possível trabalhar em conjunto os aspectos burocráticos da assistência e a dimensão clínica (Tenório, 2021), sendo, a partir disso, importante delimitar de que lugar opera a psicanálise no campo da saúde mental (Bueno, 2016, p. 222).

### **Relato de experiência**

O relato que apresentaremos é o de uma usuária, de estrutura psicótica, que não aderiu nem ao tratamento medicamentoso e nem às oficinas terapêuticas. Foram realizados alguns atendimentos individuais com a mesma após o encaminhamento pelo técnico de referência. Procuramos estabelecer um horário para a realização dos atendimentos, porém, a usuária não conseguia comparecer nos horários previamente agendados. Em um determinado momento, a analista demarcou que era importante o estabelecimento de um horário, pois nem sempre estaria disponível para a mesma ou com sala disponível para a realização do atendimento. Porém, a paciente não conseguia se organizar para se fazer presente no horário preestabelecido. Notando que isso dizia respeito a uma desorganização mental, a uma dificuldade em estabelecer laços e ter uma regularidade no tratamento, a analista se disponibilizou a atendê-la – desde que não estivesse em outra atividade quando ela se fizesse presente.

A usuária trouxe no primeiro atendimento que gostaria de se sentir menos deprimida, fumar menos e conseguir estudar. Além disso, almejava trabalhar, ter o próprio dinheiro e ter espaço. Disse que o seu diagnóstico era de Depressão Pós-Parto, dado após o nascimento da filha, há 8 anos, filha que não estava mais sob sua guarda. Por meio dos relatos trazidos, esta associou que começou a ter sentimentos persecutórios e alucinações durante o período da amamentação. Desconfiava que as



peessoas que foram passar alguns dias em sua casa para ajudá-la, estavam envenenando os alimentos que ela iria comer. Relatou ter tido dificuldades de se alimentar nesse período e ter ficado muito magra, pois, além de não comer, precisava amamentar a filha. O desencadeamento dos sintomas psicóticos levou à perda do emprego, ao rompimento do casamento e à perda da guarda da filha. Desde então, retornou à casa da família, onde morava com seus pais. Trazia nos atendimentos uma falta de lugar na própria casa, não ter espaço para si e não conseguir estudar. Todo descontentamento e incômodo em relação ao funcionamento do CAPS e em relação à equipe apareciam nos atendimentos de forma ambivalente, trazendo sempre problemas familiares e questões sobre o diagnóstico em que se localizava, que era o de Depressão Pós-Parto.

A usuária comparecia aos atendimentos de forma alterada: às vezes semanalmente, em horários aleatórios, às vezes mensalmente, ficando semanas sem comparecer. Até que no último atendimento em que se fez presente, disse que a equipe do CAPS estava tentando convencê-la a tomar uma medicação injetável e que não queria. Não aceitava a medicação, pois, em suas palavras, não estava doente e, segundo ela, a equipe estaria tentando adoecer-la. Eles se beneficiariam disso. Porém, no momento seguinte, passou a incluir a analista, referindo-se à equipe como “vocês”. Quando isso ocorreu começou a se exaltar, levantando a voz ao dizer que estava tudo bem com ela até que o “pessoal” do CAPS começou a “cuidar” de sua vida e disse que não voltaria “nunca mais” ali, gritando frases semelhantes pelo corredor, até sair pela porta da instituição.

No dia seguinte, como se nada houvesse acontecido, compareceu ao serviço para tomar a medicação injetável, não retornando mais aos atendimentos individuais. A partir disso, começou a frequentar algumas oficinas terapêuticas pontualmente e a se vincular ao CAPS, regularmente, pela via do tratamento medicamentoso, comparecendo nos dias combinados com a equipe de enfermagem para a dispensação da medicação.

O caso clínico trazido demonstra o quanto um diagnóstico pode ter um peso para quem o recebe e o quanto isso pode influenciar na relação transferencial presente no tratamento. O desencadeamento dos fenômenos psicóticos era tomado pela equipe como decorrente do uso de uma substância com potencial alucinógeno e o diagnóstico da instituição era de esquizofrenia. O que a usuária trazia nos atendimentos era que estes começaram justamente no período em que se tornou mãe, nomeando a dificuldade em sustentar a maternidade através do diagnóstico de Depressão Pós-Parto.

O modo como a analista encontrou para sustentar essa escuta foi não compartilhar tanto o caso com a equipe referente da qual fazia parte. Levava somente informações muito pontuais que competiam à equipe ter ciência, tais como a usuária ter comparecido ao atendimento ou quando havia alguma questão de saúde observada.

Dar espaço à usuária dizer de si a partir do diagnóstico de Depressão Pós-Parto teve como efeito a possibilidade de construir nos atendimentos o não que tinha a dizer ao diagnóstico dado pela instituição. Ela passou a se vincular ao CAPS justamente no atendimento em que demonstrou a sua indignação ao se sentir posta na condição de doente a partir do momento em que a equipe tentou

convencê-la a tomar a medicação.

No texto *Sobre o início do tratamento*, Freud (1913/1996, p. 75) afirma que não é possível estabelecer muitas regras para o tratamento psicanalítico, uma vez que são possíveis muitas variações, uma infinidade de possibilidades; e apresenta como única exceção, a regra fundamental da psicanálise: deixar o paciente falar livremente (Freud, 1913/1996, p. 83). A partir disso, traz as outras especificações enquanto recomendações para o exercício da psicanálise. Entre elas, afirma sobre ser importante o estabelecimento de um horário com cada paciente (Freud, 1913/1996, p. 78). Além disso, no texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, Lacan (1958/1998, p. 592) coloca que o psicanalista não dirige o paciente, e sim, o tratamento, sendo que a direção deste consiste em fazer com que o sujeito aplique a regra analítica.

Ao trazer sobre o trabalho nos serviços de saúde mental, Lobosque (2003, p. 24) destaca que uma das características necessárias é realizá-lo sob um "limite necessariamente flexível". No caso trazido, não sendo possível agendar um horário, foi estabelecida uma condição que destaca o meio termo: a analista atenderia somente sob a condição de não estar ocupada; ou seja, não se negou a atendê-la, porém, o atendimento não seria em qualquer dia. Abrir espaço para a possibilidade de negociação possibilitou criar condições para que fosse estabelecida uma relação transferencial, que permitiu que algo da singularidade da usuária pudesse aparecer ali.

Ao retomar o caso social e o caso clínico (Viganó, 2012) a partir do relato apresentado, o caso social, por ser aquele que é resolvido pelos operadores assistenciais (Viganó, 2021, pp. 118-119), está presente na medida em que institucionalmente foi possível realizar os atendimentos sem um agendamento prévio, uma vez que o funcionamento do serviço pode, muitas vezes, não dar margem para flexibilizar certas ações. Além disso, podemos considerar que o encaminhamento para o atendimento psicanalítico pelo técnico de referência e a articulação com a Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação a outras questões de saúde da usuária também se situam dentro do caso social, por se tratar de uma articulação dentro da equipe e entre instituições.

A abertura, dada pela analista, permitiu que a direção do tratamento tomasse um direcionamento próprio. Ao escutar a usuária a partir de seus próprios significantes e não dos que foram dados previamente pela instituição, algo novo pode surgir, permitindo uma quebra na identificação com o diagnóstico da equipe. Desse modo, o caso clínico e o caso social foram trabalhados juntos, uma vez que, no primeiro momento, a ação que estava prevista no PTS da usuária era a do atendimento psicanalítico e a vinculação da usuária ao CAPS. A partir disso, o momento clínico possibilitou que o vínculo da usuária com o serviço fosse estabelecido e permitisse que outras ações pudessem ser incluídas em seu tratamento.

Em relação aos dois modelos de equipe – hierárquica e igualitária – apresentados por Figueiredo (2005), podemos observar que foi possível estabelecer um meio termo: o caso foi discutido dentro da equipe referente e a analista trouxe somente informações que realmente competiam à equipe. Desse modo, não houve uma pulverização das funções específicas, o que não deu margem para que a

condução do caso realizada nos atendimentos fosse questionada pelos profissionais das outras áreas – enfermagem, serviço social; assim se evitou que o trabalho pudesse se tornar inviabilizado, gerando um confronto entre as diversas especialidades, tal qual ocorre no exemplo dado pela autora sobre a noção de equipe igualitária. Porém, houve o compartilhamento de questões que dizem respeito à autoridade técnica dos outros profissionais, como, por exemplo, questões de saúde física com os enfermeiros e com a referência técnica, que monitora o caso. Podemos considerar esse modo de trabalho como uma nuance entre a equipe igualitária e a hierárquica, ao considerar a importância de preservar as ações que dizem respeito às categorias profissionais específicas, porém realizando trocas das questões que são importantes de ser compartilhadas com a equipe.

Ao trazer uma articulação entre sujeito de direitos e sujeito do inconsciente (Bezerra & Rinaldi, 2009; Bueno, 2016; Tenório, 2021), a equipe trabalhou no sentido da usuária se vincular ao CAPS e ao tratamento – que está no plano dos direitos da assistência que é prestada. Porém, isso não bastou. Foi necessário ouvir da usuária qual era a sua demanda e dar espaço para que ela falasse a partir do diagnóstico ao qual nomeava a sua angústia com a maternidade, mesmo que este não correspondesse ao diagnóstico pelo qual seu tratamento era conduzido. A partir disso, ambas as noções se entrecruzaram e o tratamento no CAPS foi oferecido por uma via que possibilitou escutá-la do lugar em que ela mesma se localiza como sujeito.

## **Conclusão**

Apesar das dificuldades e dos impasses políticos e institucionais é possível sustentar uma escuta psicanalítica nos serviços de atenção psicossocial, uma vez que esta contribui para o trabalho; afinal, dar a palavra ao sujeito é um modo de convocá-lo a se responsabilizar pelos seus sintomas e pelo próprio tratamento.

Ao acolher o usuário em sua capacidade de gerir a própria vida, o psicanalista o toma como um sujeito capaz de desejar e abre brecha para que este participe do próprio tratamento na instituição e seja incluído no processo da condução do seu PTS. Assim, é invertida a lógica de um tratamento que, muitas vezes, é decidido sem qualquer participação do usuário e formulado a partir do que os profissionais consideram ser melhor para o mesmo. Em vista disso, dar essa abertura ao usuário é um modo de viabilizar a autonomia do mesmo, uma vez que a proposta do CAPS é a de ser uma instituição de passagem e oferecer suporte em momentos de crise.

Desse modo, a clínica da psicanálise, enquanto clínica da escuta, torna-se um espaço estratégico para o desenvolvimento do trabalho no cuidado em saúde mental ao localizar o sujeito em sofrimento de forma alinhada com a perspectiva da cidadania. Assim sendo, a potência da clínica não está em se restringir a si mesma, mas sim em articular-se com outros eixos, tal qual o político, que produzem questionamentos e possibilitam a sua reconstrução cotidiana.

## Notas

1. Este artigo é um relato de experiência utilizado como Trabalho de Conclusão de Residência de Samantha Lemes Carvalho, intitulado originalmente como "A escuta psicanalítica no Centro de Atenção Psicossocial: um relato de experiência na Residência Multiprofissional de Saúde Mental do HU/UFJF", orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alinne Nogueira Silva Coppus e apresentado na Universidade Federal de Juiz de Fora, em maio de 2021.
2. Entre o número de internados estavam alcoolistas, epiléticos, homossexuais, militantes, prostitutas, meninas grávidas que foram violentadas, crianças e pessoas que haviam perdido seus documentos. Os pacientes viviam em condições de extrema precariedade: eram espancados e deixados nus. Dormiam sobre o capim, ao relento ou cobertos sob trapos e, muitas vezes, se alimentavam de pequenos roedores e bebiam os próprios fluidos. Em função disso, morriam de fome, frio, doenças e de choque e, ao morrer, seus corpos eram vendidos para faculdades de Medicina. Quando não houve mais demandas para a compra, os corpos dos que morriam passaram a ser decompostos em ácido na frente de outros pacientes (Arbex, 2013, pp. 23-24).
3. A RAPS é uma rede temática de ações e serviços de saúde que envolve o cuidado às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Visa garantir o atendimento integral e humanizado com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo e vinculação à rede. É constituída pela atenção básica (Unidade de Atenção Básica, equipe de atenção básica para populações específicas e Centros de Convivência); atenção psicossocial especializada (que são os CAPS nas suas diferentes modalidades); atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA pronto socorro, entre outros); atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais terapêuticos) e de reabilitação psicossocial (Portaria 3088, 2011).
4. As Residências Multiprofissionais são pós-graduações *lato sensu*, criadas pela lei 11.129/2005, que se caracterizam como uma educação em serviço em regime de dedicação exclusiva, cuja carga horária é de 60 horas semanais – 48 horas práticas e 12 horas teóricas – e duração mínima de 2 anos, totalizando 5760 horas. O tipo de programa varia de acordo com a realidade local e abarca diversas categorias profissionais da área da saúde, exceto a médica. Constituiu-se enquanto uma parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, sendo que o intuito dessa formação é proporcionar uma atuação profissional alinhada com os princípios ético-políticos do SUS (Portaria Interministerial MEC/MS 1077, 2009).
5. O CAPS é um espaço que atende prioritamente usuários psicóticos e neuróticos graves tomados pela portaria 3088/2011 como usuários com transtornos mentais graves e persistentes ou em sofrimento intenso que estejam em crise ou em reabilitação psicossocial.

6. Consideramos relevante citar esse trabalho, pois esse autor traz um debate em torno da articulação entre a noção de sujeito do inconsciente e sujeito de direitos, realizada em poucos trabalhos publicados e que estejam acessíveis. Tal articulação contribui para pensar a relação entre a dimensão clínica e a dimensão política presente no cotidiano dos CAPS.

### Referências Bibliográficas

- Amarante, P. (2005). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In P. Amarante. (Org). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (1a ed., Vol. 2, pp. 45-65) [arquivo PDF]. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [on-line], 23(6), 2067-2074. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPOyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. doi: [10.1590/1413-81232018236.07082018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018).
- Arbex, D. (2013). *O Holocausto Brasileiro – vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil* (1a ed.) [arquivo PDF]. São Paulo: Geração Editorial.
- Bezerra, D. S., & Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(2), 342-355. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/BMqNyD5pHWPvQM6kCKzbQgt/abstract/?lang=pt>. doi: [10.1590/S1415-47142009000200008](https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200008).
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial* [Manual]. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2015). *Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA* [Manual]. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Bueno, P. A. T. (2016). Sujeito do inconsciente e sujeito de direito: ponto de conjunção ou de disjunção na interlocução da psicanálise com a saúde mental. *Stylus Rev. de Psicanálise*, 40(39), 217-225.
- Carmo, Z., & Pollo, V. (2010). O CAPSi Dom Adriano Hipólito: Uma instituição atravessada pela psicanálise? *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 4(2), 151-159.
- Elia, L. (2010). *O conceito de sujeito* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 2010. (Trabalho original publicado em 2004)
- Estrella, R., & Mollica, M. (2015). O CAPS e a desinstitucionalização: uma direção ética de trabalho. *Ayvu: Rev. Psicol.*, 1(2), 122-144. Recuperado de <https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/22183>. doi: [10.22409/ayvu.v1i2.22183](https://doi.org/10.22409/ayvu.v1i2.22183)
- Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta de psicanálise para o trabalho em equipe de atenção psicossocial. *Mental* (Barbacena), 3(5), 44-55.
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I).

- In J. Salomão (Trad.) *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (1ª edição, Vol. 12, 74-89) [arquivo PDF]. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Guerra, A. M. C., & Souza, P. V. (2006). Reforma psiquiátrica e psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. *Psicologia Para América Latina* [on-line], 1(5), np. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100007)
- Koda, M. Y., & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455-1461. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/GQ4qsFGjPND9FQjxVgJN47Q/?lang=pt>. doi: [10.1590/S0102-311X2007000600020](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020).
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lei 8080, de 19 de setembro de 1990* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços corresponde e dá outras providências. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)
- Lobosque, A. M. (2003). *A clínica em movimento – Por uma sociedade sem manicômios* (1a ed.). Garamond: Rio de Janeiro.
- Onocko Campos, R. T., Emerich, B. F., & Ricci, E. C. (2019). Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface*, 23(1), 1-13. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/qVg5fddXnTgvvTCHdpZvZxj/abstract/?lang=pt>. doi: [10.1590/Interface.170813](https://doi.org/10.1590/Interface.170813).
- Portaria 3088, de 28 de dezembro de 2011* (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 (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Portaria Interministerial/MEC/MS 1077, de 12 de novembro de 2009* (2009). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.ufjf.br/huresidencias/files/2017/07/Portaria-n%c2%b01077.pdf>
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2010). O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 635-647. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/QLbJxQDp5n7jvFRNbqskZsr/?lang=pt>. doi: [10.1590/S1415-47142010000400007](https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007).
- Silva, T. A., & Paula Jr., J. D. (2019). O diálogo necessário: clínica e saúde mental. *Analytica*, 8 (15), 1-16.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-59. Recuperado de

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/abstract/?lang=pt.10.1590/S0104-59702002000100003>.

doi:

- Tenório, F. (2021, mai). O que a leitura psicanalítica da psicose pode contribuir para uma clínica da reforma psiquiátrica? Comunicação oral apresentada no evento *online: Saúde Mental: Liberdade para o cuidado ou o cuidado em liberdade?*, promovido pela AJEPSI.
- Viganó, C. (2012). A construção do caso clínico. In W. Alkmim (Org.), *Novas Conferências* (2a ed., pp. 115-127). Belo Horizonte: Scriptum.

**Citação/Citation:** Carvalho, S. L., & Coppus, A. N. (mai. 2021 a out. 2021). A escuta psicanalítica no Centro de Atenção Psicossocial: um relato de experiência. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 16(32), 114-128. Disponível em [www.isepol.com/asephallus](http://www.isepol.com/asephallus). **Doi:** 10.17852/1809-709x.2019v16n32p114-128

**Editor do artigo:** Tania Coelho dos Santos

**Recebido/Received:** 26/02/2021 / 02/26/2021.

**Aceito/Accepted:** 17/03/2021 / 03/17/2021.

**Copyright:** © 2019 Associação Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the author and source are credited.