Artigo recebido em 02 de setembro de 2025.
Aceito para publicação em 27 de setembro de 2025.

https://doi.org/10.54397/rcfaminas.v21i2.1038

Nos porões nosográficos de um centro de atenção psicossocial (CAPS): por uma clínica contingente.

In the nosographic basements of psychosocial care center (CAPS): towards a contingent clinic.

Rinaldo Conde Bueno

Professor de Psicologia, Unifuncesi, Itabira, MG, Brasil.

Membro do L@gir – UFMG, Brasil.

Sócio proprietário do Espaço Rizoma – Saúde Mental e Acompanhamento Terapêutico.

Resumo:

Este artigo tem como objetivo abordar uma discussão de caso clínico em um CAPS e tratar das dificuldades verificadas pela equipe em relação às condutas do caso. Muitas vezes pautadas pelo discurso médico-científico contido nos manuais nosográficos de psiquiatria e pelo desejo de cura pelo uso de medicamentos, as equipes de saúde mental se veem diante de uma padronização de comportamento desejável ao invés do dispositivo de escuta clínica. O resultado é um empobrecimento dos processos clínicos e uma vulnerabilização dos sujeitos em escala alarmante. É proposto nesta reflexão teórica favorecer a posição do sujeito, acolhendo seu sofrimento pela escuta, forjando um acompanhamento a partir da orientação do seu discurso.

Palavras-chave: Delírio; Escuta clínica; CAPS; Discurso do sujeito.

Abstract:

This article aims to address a clinical case discussion in a CAPS and address the difficulties encountered by the team in relation to the conduct of the case. Often guided by the medical-scientific discourse contained in nosographic psychiatry manuals and by the desire for a cure using medication, mental health teams find themselves faced with a standardization of desirable behavior instead of the clinical listening device. The result is an impoverishment of clinical processes and a vulnerability of subjects on an alarming scale. It is proposed in this theoretical reflection to favor the subject's position, accepting their suffering through listening, forging a follow-up based on the orientation of their speech.

Keywords: *Delirium; Clinical listening; CAPS; Subject's speech.*

1. Introdução

É cada vez mais evidente o distanciamento dos manuais nosográficos no que diz respeito a termos relacionados à filosofia, à psicanálise e à fenomenologia, para ficar nas principais teorias outrora utilizadas. A categorização e a normalização dos sintomas tentam dar conta de

transtornos dos mais diversos, sendo que muitos nascem aos montes a cada lançamento de um novo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM. Com a multiplicação de procedimentos clínicos estandardizados, o tratamento dos sujeitos com algum tipo de sofrimento psíquico torna-se fragilizado, tanto no âmbito público quanto no privado. Estamos às voltas com a priorização da necessidade criada para interferir no funcionamento neurofisiológico cerebral: a medicina baseada nas evidências.

O DSM opera na cristalização dos sintomas, de forma que os sinais do transtorno possam ser localizados pela "profusão diagnóstica" e prontamente medicados. Por outro lado, se é permitido ao paciente falar um pouco mais, escutá-lo em sua demanda, a sintomatologia multiplica-se em diversas possibilidades e as nomenclaturas do DSM, mesmo numerosas e diversificadas, colapsam sobre si mesmas (Travaglia, 2014).

Proponho aqui uma reflexão, a partir das dificuldades oriundas dos serviços de saúde mental, na lida com as hipóteses diagnósticas variadas e condução de casos clínicos nas instituições. Iniciamos esse percurso aqui sobrevoando alguns textos que tratam da escuta clínica e da torção subjetiva nas equipes, que podem trazer novas formas e invenções sobre a lida com a psicose, sejam elas ordinárias ou desencadeadas, paranoicas ou de reivindicação, para pautar nossa reflexão. A partir de uma vinheta clínica de uma discussão de caso clínico, são erigidas possibilidades de intervenção em relação ao sujeito, à instituição e ao *modus operandi* generalizado dos serviços de saúde mental.

Interessa-nos aqui endereçar nossas reflexões à clínica dos CAPS, às possibilidades de escutar o que nos traz o paciente para podermos acolhê-lo em sua diferença radical (Laurent, D., 2007). Para Naveau (2007, p.10) "a bússola do analista lacaniano é a referência ao sintoma." Em nossa atividade cotidiana de analistas é fundamental fazer com que o insuportável do sintoma possa "se transformar em ponto de apoio para que o sujeito reinvente seu lugar no Outro" (Laurent, E., 2007, p.175). Em sequência às postulações teóricas aqui lançadas, vamos à vinheta referida.

2. **Desenvolvimento**

2.1 Vinheta Clínica

Joaquim[i] inicia sua saga às consultas no âmbito da saúde aos 4 anos, tendo como diagnóstico disritmia, que não se confirma nos anos seguintes. Tem diversos problemas na escola, "menino com problemas". Pais se separaram quando J. era ainda criança. A mãe começa

a se relacionar com outro homem e o contato com este padrasto não é bom. Poucos relatos quanto à sua infância, salvo informações trazidas por técnicos da educação e serviço social sobre demandas da mãe acerca do filho nos anos 1980. Aos 15 anos foi morar no porão da casa, pois brigava muito com familiares. No porão começa a acumular objetos, até chegar ao ponto de denunciarem à Vigilância Sanitária sobre tais fatos. Era praticamente impossível entrar na casa. Problemas recorrentes com a questão da higiene de J. É denunciado pela mãe e lhe impõem a Lei Maria da Penha após sucessivas agressões de J a ela. Chega ao CAPS em 2012, mas sua frequência fica maior a partir de 2015. Registros no prontuário de uso irregular da medicação, sendo perceptível sua resistência em usá-la. Frequência diminuída no CAPS até o início da pandemia, em 2020.

Tem algum conhecimento do alfabeto chinês, com interesse por esta língua. Interesse também pelo filatelismo e numismática, sendo que possui um número significativo de exemplares desses objetos, inclusive alguns de muito valor financeiro. Faz parte de grupos de colecionadores de diversos países no *Whatsapp*.

J. já frequentou cursos de nível técnico e superior, mas não deu sequência em nenhum deles, tampouco na carreira iniciada em um destacamento militar. Conhece razoavelmente os recursos da internet, pesquisa bastante sobre assuntos diversos, incluindo o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial e os direitos dos usuários. Tem Benefício de Prestação Continuada (BPC) e há alguns anos busca fazer a cidadania italiana. Quando chegou ao CAPS falava que queria cidadania israelense. Teve diagnósticos de Esquizofrenia residual, Transtorno de humor, Transtorno obsessivo-compulsivo, Transtorno de personalidade, Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides. Este último altamente questionável, visto que J. não tem histórico de uso de substâncias psicoativas, tampouco registro disso no prontuário. Questiona muito o trabalho dos profissionais que não lhe acolhem, que não lhe dão atenção; aciona órgãos públicos para tanto. Influencia outros pacientes em Permanência-Dia (PD) no CAPS, “joga-lhes contra os técnicos do serviço”. Já esteve em situação de rua e morando em casa de amigos.

A equipe do CAPS se divide em relação aos cuidados com o caso. Parte da equipe suporta, nem sempre tranquilamente, os questionamentos, as acusações e os atritos provocados por J.; a outra parte tenta se orientar pelo suporte clínico, que não é simples. Este seria o caso de um sujeito que, para o CAPS de modo geral, não precisa estar ali, pois não delira, não tem sofrimento mental e não segue corretamente as prescrições medicamentosas, “sabe muito bem

o que quer!". J. não supõe saber na psicologia e nem na psiquiatria. Questiona as condutas, as terapêuticas e atividades propostas: ele é o saber, ninguém ali sabe.

É um acumulador que tem uma certa ordem, cataloga selos, moedas e cédulas, requer a cidadania italiana e israelense. Ele não está no regime do diálogo: fala e o outro deve atender - ou seria entender? É o genuíno sujeito de direito. Sua amplitude de demandas torna a vida dos que lhe cercam insuportável.

Levantemos então a hipótese de um delírio de reivindicação. Neste caso, não há grande incidência de alucinações e delírios sistematizados, de forma clara e direta. O sujeito interpreta seu mundo e tem certeza que é vítima de uma enorme injustiça, "... e toda a sua vida parece centrada em torno da compensação do dano sofrido, e da reivindicação que ela acarreta" (Lacan, 1992, p.32). Ele exige reparação, suspende qualquer possibilidade dialética e fala aos quatro ventos de uma armação contra sua vida e suas pretensões. Ninguém ajuda, ninguém lhe quer bem, por isso passar ao ato pode ser uma saída para eliminar quem o persegue (Hamon, 2020).

2.2 Qual sintoma real-mente?

Freud (1988), ainda nos primórdios da estruturação da psicanálise, indicava que o analista se movimenta em corda bamba, pois ele precisa lidar com questões que estão longe de serem racionais, objetivas e precisas. Se assim fosse, bastava localizar o problema (orgânico, fisiológico), propor a propedêutica adequada e evoluir no tratamento, visando a cura. Mas o médico vienense se deparou, desde o início de sua clínica, com algo que ia além do corpo, o inconsciente, uma instância psíquica que desestabiliza as versões unificadoras do eu, que não é coerente e tampouco sintética.

Para Mariás (2023, p.2), "o sintoma tem um sentido e se relaciona com a experiência do sujeito; não é possível tratar essa experiência como sendo da ordem do universal, do para-todos. O sentido deve ser interpretado no caso a caso, no um a um, no singular." Freud (1988) afirma que uma ideia sem sentido e uma ação despropositada serviram, simultaneamente, a uma ideia que se justificou e a uma ação que teve um propósito.

Fédida e Berliner (2020) nos indicam que precisamos atuar contra nossa tendência alienante: ao contrário da síntese, devemos ser assintóticos. Isto significa reconhecer as singularidades próprias dos conflitos e a história de cada um, mantendo-nos distantes das sugestões e das indicações de caminhos corretos. Para Éric Laurent (2007, p.176) trata-se de "indicar a via pela qual se pode viver o que não pode ser vivido do não-todo. O insuportável do sintoma pode se transformar em ponto de apoio para que o sujeito reinvente seu lugar no Outro",

o que geralmente é uma situação difícil no cotidiano do CAPS em que frequenta J. Pode-se perceber que ir ao CAPS de segunda a sexta-feira é porque a vida social desse sujeito ali se faz. Seu microcosmo é o CAPS e lhe interessa estar no local porque, de alguma forma, ali ele é acolhido, mesmo com diversas ressalvas.

A maioria dos trabalhadores do CAPS, após um momento de embate físico com o segurança do serviço e alguns danos materiais na secretaria, quer distância de J. Se o paciente não quer remédios, não se alinha aos horários e às normas institucionais, assedia técnicas e pacientes do serviço, dentre outras demandas, ele não é para ficar lá. Se quisesse poderia se tratar e, ao invés disso, ameaça, quebra, além de transar no banheiro do CAPS.

Para Santiago (2007, p.8) "A paixão da ignorância faz com que o tratamento analítico jamais tome o caso como um exemplo de uma classe ou de uma regra universal". É difícil para a equipe do CAPS trabalhar diariamente com J., que não quer se adequar ao institucional, que tem regras próprias de funcionamento ali na sua PD, que não se encaixa em nenhum quadro nosográfico convincente, em especial sob a visão psiquiátrica. Ele queixa que não tem espaço, que lhe fazem "pouco caso". Não perceber que é insuportável para o outro poderia ser algo do seu delírio, do seu mundo? "O sintoma é o ponto impossível de ser incorporado ao mundo em que o sujeito funciona. Ele se apresenta inicialmente como infortúnio, como impossível e na contingência das origens de cada um desses sintomas." (Laurent, E., 2007, p.174). Essa disfunção social não seria algo relevante para o caso? Um dos primeiros diagnósticos dados a J., esquizofrenia residual, talvez seja o mais coerente para este sujeito dentre os registros de prontuário, apesar de não ser mais considerado por ninguém da equipe. Seria dizer que há algo de relevante na alteração do comportamento, nas emoções e no convívio social, mas não na mesma intensidade dos demais tipos esquizofrênicos (CID-10, 1993). Seguindo com este levantamento de hipóteses, destacamos a fala de Miller (2012) em que a relação social na psicose ordinária tem como ponto fundamental a questão negativa do sujeito com a sua identificação social. Há um desligamento, uma desconexão com o mundo social, com os negócios, com a família. Miller nos indica ainda que há psicoses adormecidas, que não desencadeiam, pelo menos como as conhecemos com seus sintomas produtivos, seus delírios e alucinações. A psicose ordinária se origina das dificuldades práticas, é uma clínica "dos pequenos indícios de foraclusão", uma clínica da tonalidade (Miller, 2012, p.422). Podemos pensar em um caso ordinário ou extraordinário de psicose?

4. **Conclusões**

Doidos e delirantes, enfim...

Guimarães Rosa, em seu conto "A terceira margem do rio", nos encanta com a negação que confirma a loucura entre nós: "Ninguém é doido, ou então, todos"! Seguindo esta linha poética trazida por Rômulo Silva acerca da afirmativa psicanalítica de que "todo mundo delira" pode-se propor que todo ser falante que busca articular em palavras o real que faz parte de sua própria constituição constrói um sentido. O autor nos indica que a construção deste sentido desliza longamente sobre significantes e que, ao final dessa cadeia, suas referências se tornam vazias, se perdem. Assim sendo, a constituição de sentido nada mais é do que um delírio, visto que o sentido - o meu - é distante do real, é algo subjetivo.

Miller nos adverte que não se pode funcionar como psicanalista se não estamos cônscios de que aquilo que sabemos em nosso mundo, em nossas referências é delirante, fantasístico. É preciso estar certo de que nosso mundo, nossas fantasias, nossos modos de fazer com que as coisas tenham sentido são delírios. "Essa é a razão pela qual vocês tentam abandoná-la justamente para perceber o delírio próprio de seu paciente, *sua* maneira de fazer sentido." (Miller, 2012, p.418).

Portanto, a clínica nos revela que a resposta singular dada, diante do indizível, é sempre uma construção dos meus sentidos, ou seja, um delírio. O mundo construído por J. é o meio encontrado para sair desse porão e de outros tantos que se impuseram a ele. Di Ciaccia nos fala que é necessário correlacionar o funcionamento institucional à posição do sujeito. Mudar o enquadre institucional "não a partir das exigências dos especialistas, mas a partir das exigências do sujeito; não em relação à sua posição quanto ao sintoma e ao diagnóstico, ainda que ele seja de estrutura, mas em sua relação com o campo da fala e da linguagem." (Di Ciaccia, 2007, p.75).

Por fim, encontramos em Zenoni (2020, p.256) uma evocação importante para nossas considerações finais: ao invés de questionarmos o que fazer com nossos pacientes, como fazer o caso avançar e as atividades que ele deve acompanhar e desenvolver na instituição, devemos reverter a questão para: "qual uso da instituição o paciente deve fazer em seu percurso?". Desta forma, sua relação de estadia na instituição deve ser levada em consideração e tornar-se ela mesma um recurso no acolhimento e no acompanhamento do sujeito. Podemos pensar, assim, no acesso da tão falada cidadania de J., contingente e aparentemente distante, por ora soterrada em um porão.

5. **Referências**

CID-10 - **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DI CIACCIA, A. Inventar a psicanálise na instituição. In: MILLER. J.A.; MILLER. J. **Pertinências da psicanálise aplicada**. Coleção do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FEDIDA, P.; BERLINER, C. O assintótico. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 48-66, dez. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2020000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 out. 2023.

FREUD, S. Conferência XVII: O sentido dos sintomas (1917). In: **Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**. Edição Standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de janeiro: Imago, 1988: Vol. XVI, p. 305.

HAMON, R. O delírio paranoico de reivindicação: crimes de gozo em nome do ideal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 23(2), 291-312, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p291.8. Acesso em: 25 out. 2023.

LACAN, Jaques. **Seminário, livro 3. As psicoses** (1955-1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LAURENT, D. O psicanalista concernido. In: MILLER. J.A.; MILLER. J. **Pertinências da psicanálise aplicada**. Coleção do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

LAURENT, E. **A sociedade do sintoma; a psicanálise, hoje**. Rio de Janeiro: Editora Contracapa, 2007.

MARIÁS, K. Do sentido à satisfação do sintoma. **Almanaque On-line, Revista eletrônica do IPSM-MG**. Belo Horizonte, Agosto/2023, nº 31. Disponível em: https://www.institutopsicanalise-mg.com.br/index.php/do-sentido-a-satisfacao-do-sintoma. Acesso em 22 out. 2024.

MILLER, J. Efeito do retorno à psicose ordinária. In: BATISTA, M.C.D. e LAIA, S. (orgs.). **A psicose ordinária**. A convenção de Antibes. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.

NAVEAU, P. A psicanálise aplicada ao sintoma: o que está em jogo e problemas. In: MILLER. J.A.; MILLER. J. **Pertinências da psicanálise aplicada**. Coleção do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

SANTIAGO, J. A querela atual do sintoma: o realismo lógico da psicanálise em face do nominalismo contemporâneo. **Curinga** (Belo Horizonte) , v. 24, p. 11-19, 2007.

SILVA, R.F. Apresentação. In: BATISTA, M.C.D. e LAIA, S. (orgs.). **Todo mundo delira**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010, p.9.

TRAVAGLIA, A.A.S. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. **Psicologia Revista**, *[S. l.]*, v. 23, n. 1, p. 31–49, 2014. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/20213. Acesso em: 28 out. 2023.

ZENONI, A. Da "supervisão" como reunião clínica. In: MENDES, A.A.; VORCARO, A.M.R. **A construção do caso clínico, o efeito-equipe e a prática de vários**. Curitiba, CRV, 2020.

6. **Declaração de conflito de interesse**:

Não possuímos conflitos de interesse de natureza financeira, comercial, política, acadêmica ou pessoal que possam influenciar de forma inadequada a elaboração, análise, interpretação ou publicação deste manuscrito.

[i] Nome fictício.