



Experiência de cuidado na atenção psicossocial: uma análise psicanalítica das narrativas de sujeitos diagnosticados com esquizofrenia

Geovanna Rita Freire Matos¹

Halanderson Raimensson da Silva Pereira²

Thiago Vargas Feiten Vargas³

Resumo

A experiência do grupo Ouvidores de Vozes, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), permitiu problematizar as tensões entre o discurso biomédico e a escuta psicanalítica nos modos de cuidado em saúde mental. Sustentada pela perspectiva da pesquisa psicanalítica e pela Análise do Discurso de linha francesa, buscou-se compreender os modos de subjetivação produzidos nas relações institucionais de cuidado, especialmente no que se refere à medicalização do sofrimento psíquico, à centralidade diagnóstica e à hierarquização dos saberes no interior do tratamento. As narrativas dos participantes põe em relevo a ambivalência presente na relação com os psicofármacos, percebidos simultaneamente como recurso terapêutico e como parte de uma experiência associada ao apagamento subjetivo e à cristalização identitária. Em contrapartida, o grupo configurou-se como espaço de circulação da fala, escuta e elaboração coletiva do sofrimento, favorecendo deslocamentos em relação às identificações cristalizadas pelos diagnósticos, evidenciando, assim, a importância de práticas clínicas comprometidas com a singularidade do sujeito e com a construção compartilhada do cuidado no campo da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Psicanálise; Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Ouvidores de Vozes; Análise do Discurso.

Abstract

The experience of the Hearing Voices Group, developed within a Psychosocial Care Center (CAPS, in the Portuguese acronym), made it possible to problematize the tensions between biomedical discourse and psychoanalytic listening in mental health care practices. Grounded in the perspective of psychoanalytic research and the French school of Discourse Analysis, this study sought to understand the modes of subjectivation produced within institutional care relationships, particularly regarding the medicalization of psychic suffering, the centrality of diagnostic categories, and the

¹ Graduanda do curso de Psicologia - Departamento de Psicologia na Universidade Federal de Rondônia (DEPSI), membro do Centro de Estudo e Pesquisa da Subjetividade na Amazônia (CEPSAM). E-mail: geovannarita@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9524322670157791>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4555-8291>.

² Doutor e mestre em Psicologia. Professor Adjunto da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Membro IF-EPFCL Brasil (Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano) e do Fórum Porto-Rio. Membro do Grupo de Trabalho (43) Psicanálise, Política e Clínica da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Vice-líder do Centro de Estudo e Pesquisa da Subjetividade na Amazônia (CEPSAM). E-mail: pereira.halanderson@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7995879357865451>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5928-4894>.

³ Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), no campus de Porto Velho/RO. Membro do Centro de Estudo e Pesquisa da Subjetividade na Amazônia (CEPSAM). E-mail: thiagovrg14@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6220596197270639>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5946-3724>.



hierarchization of forms of knowledge within treatment settings. Participants' narratives revealed the ambivalence underlying their relationship with psychotropic medication, perceived simultaneously as a therapeutic resource and as part of an experience associated with subjective erasure and identity crystallization. In contrast, the group emerged as a space for speech, listening, and the collective elaboration of suffering, fostering shifts in relation to the fixed identifications sustained by diagnostic labels. These findings underscore the importance of clinical practices committed to the subject's singularity and to the shared construction of care within the field of psychosocial care.

Keywords: Psychoanalysis; Psychosocial Care; Mental Health; Voice Hearers; Discourse Analysis.

Introdução

Ao longo da história, as concepções de loucura foram construídas de maneiras distintas, em estreita relação com os contextos históricos e os regimes de saber vigentes. Conforme aponta Pessotti (1994), embora certos elementos atravessem diferentes períodos, as formas de compreender, explicar e descrever a loucura variam significativamente, impossibilitando sua redução a uma perspectiva única e atemporal. A partir do século XIX, com o fortalecimento do paradigma positivista e da medicina moderna, o sofrimento psíquico passa a ser progressivamente apropriado pelo discurso psiquiátrico, que o reorganiza segundo critérios de classificação, diagnóstico e intervenção. Nesse processo, os determinantes sociais e culturais da loucura não são eliminados, mas subordinados a uma racionalidade médico-científica que encontra no manicômio o principal dispositivo institucional para a gestão, o tratamento e o controle dos sujeitos considerados desviantes (Pessotti, 1996; Cunha, 1986). Nesse cenário, o manicômio se consolidou como dispositivo central do modelo psiquiátrico, operando não apenas como espaço de internação, mas também como mecanismo de controle social que produz segregação, ruptura de vínculos e exclusão dos sujeitos de seus contextos familiares e comunitários (Peters, 2022). No contexto brasileiro, a hegemonia da psiquiatria no campo da saúde mental articulou-se a projetos políticos e sociais atravessados por ideários higienistas e eugenistas, especialmente a partir do século XIX (Costa, 2011). Conforme analisa Costa (1989), a lógica de higienização das cidades e de ordenação dos corpos encontrou no manicômio um dispositivo privilegiado de contenção social, destinado à administração de populações consideradas desviantes, entre elas a loucura, a pobreza e a marginalidade. Assim, a figura do louco passa a ocupar um lugar de anormalidade social, sendo associada à periculosidade, à improdutividade e ao desvio moral.

As críticas ao modelo asilar, especialmente aquelas formuladas por Basaglia



(1985) e Amarante (1998), tensionaram a pretensa neutralidade científica da psiquiatria e denunciaram seus efeitos de exclusão e desumanização. No Brasil, tais críticas contribuíram para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, movimento ético, político e social que propôs o deslocamento do eixo do cuidado do isolamento manicomial para práticas territoriais e comunitárias de atenção psicossocial. Seu principal marco legal, a Lei nº 10.216/2001, redirecionou a assistência em saúde mental para a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos desse novo modelo de cuidado.

Mais do que promover a desospitalização, a Reforma Psiquiátrica introduz a noção de desinstitucionalização como processo ético-político de desconstrução da lógica manicomial e da ideologia psiquiátrica que reduz o sujeito a um objeto diagnóstico (Amarante, 1995; Braga, 2019). Nesse contexto, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) configuram-se como serviços substitutivos de base territorial e comunitária, orientados pela construção de práticas interdisciplinares de cuidado em liberdade e pela valorização da singularidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Como afirmam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), tais serviços constituem-se como “instituições para desinstitucionalizar”, propondo formas de cuidado centradas na “existência-sofrimento” dos sujeitos em sua relação com o corpo social. A clínica, nesse paradigma, deixa de operar pela exclusão e pelo isolamento para sustentar a produção de vínculos, sociabilidade e possibilidades de existência no território vivo da cidade (Amarante, 1995).

Diante disso, esta pesquisa constitui-se como desdobramento do Projeto de Pesquisa “Grupo de escuta de ouvintes de vozes e de seus familiares: uma proposta de construção de dispositivo clínico em saúde mental”, financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), desenvolvido em um CAPS II, em Porto Velho/RO, a partir da experiência de grupos de escuta com sujeitos que ouviam vozes. O estudo teve como objetivo analisar as experiências de usuários diagnosticados com esquizofrenia, buscando compreender os processos de acolhimento, as práticas diagnósticas e as linhas de cuidado que atravessam suas trajetórias no contexto da atenção psicossocial.

Referencial teórico

Conforme problematizado por Foucault (2005), a psiquiatria moderna passa a organizar a experiência da loucura a partir de dispositivos como o diagnóstico nosográfico que, ao classificar e normalizar, produz modos específicos e limitadores de



compreender e intervir sobre o sofrimento psíquico. Nesse processo, a singularidade dos sujeitos é subordinada à norma, e o indivíduo em sofrimento passa a ser apreendido prioritariamente como objeto de saber e intervenção médico-institucional. Embora a institucionalização da loucura tenha contribuído para a produção de um saber científico sobre o sofrimento psíquico, ela também operou a redução do sujeito à condição de caso clínico, legitimando práticas de isolamento, exclusão e contenção.

Nesse cenário, a psicanálise passa a ocupar lugar importante nos serviços substitutivos de saúde mental ao sustentar uma prática clínica orientada pela escuta da singularidade do sujeito. Diferentemente de abordagens centradas exclusivamente na remissão sintomática e na adaptação normativa, a psicanálise propõe uma clínica que considera o sofrimento psíquico como atravessado pela linguagem, pelo desejo e pelas formas singulares de inserção do sujeito no laço social (Ribeiro, 2005; Gomes, 2009). Nos CAPS, essa perspectiva possibilita a construção de dispositivos clínicos que privilegiam a fala dos usuários e a produção de sentidos acerca de suas experiências de sofrimento, deslocando o foco exclusivo do diagnóstico para os modos singulares de subjetivação (Santos, Fonseca, Neto, 2020).

Entre os sujeitos atendidos nos CAPS, destacam-se aqueles diagnosticados com esquizofrenia, frequentemente considerados paradigmáticos no campo das psicoses. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), a esquizofrenia é caracterizada como um transtorno mental crônico marcado por alterações cognitivas, afetivas e comportamentais, envolvendo sintomas como delírios, alucinações, discurso desorganizado, alterações motoras e sintomas negativos, como embotamento afetivo e alogia. Embora tais descrições possuam relevância clínica e diagnóstica, a psicanálise estabelece importantes tensionamentos em relação à lógica descritiva e classificatória presente nos manuais psiquiátricos.

Pode-se pensar, por exemplo, no progressivo apagamento das discussões etiológicas a partir do DSM-III, em favor de uma perspectiva descritiva e pretensamente atórica, voltada à universalização diagnóstica para diferentes campos profissionais (Tenório, 2016). Mais do que representarem avanços neutros da ciência psiquiátrica, tais mudanças revelam transformações nos modos de significar o sofrimento psíquico, cada vez mais orientados por uma racionalidade diagnóstica e classificatória que tende a deslocar o sujeito de sua própria experiência. Nesse processo, a singularidade do sofrimento pode ser reduzida à categoria diagnóstica, reforçando práticas centradas prioritariamente na medicalização e no controle sintomático.

Em contraposição a essa perspectiva, a psicanálise propõe uma leitura estrutural da psicose, compreendendo-a não apenas como conjunto de sintomas, mas como uma



forma singular de relação do sujeito com a linguagem, com o corpo e com o laço social. Lacan (1959/1960), ao retomar a teoria freudiana das psicoses, introduz o conceito de forclusão do Nome-do-Pai para pensar o mecanismo estrutural da psicose. Nesse contexto, o delírio e as alucinações deixam de ser compreendidos exclusivamente como déficits ou distorções da realidade, passando a ser considerados tentativas de reorganização subjetiva diante da irrupção do real. Assim, a linguagem assume lugar central na sustentação do sujeito psicótico e em suas possibilidades de elaboração do sofrimento.

Nessa direção, a posição do analista diante da psicose aproxima-se daquilo que Lacan denominou “secretário do alienado”, sustentando uma escuta que acompanha e testemunha as construções discursivas do sujeito, sem reduzi-las imediatamente à lógica patologizante (Lacan, 1955/1956). Tal perspectiva torna-se especialmente relevante no contexto dos CAPS e dos grupos de escuta, como o Grupo de Ouvidores de Vozes, na medida em se configura como um dispositivo clínico que oferece espaço para o compartilhamento, a elaboração e a produção de sentidos sobre o sofrimento psíquico e particularmente sobre a experiência da escuta de vozes. Quando orientados pela ética da psicanálise, esses espaços favorecem a circulação da palavra e acolhem a fala do sujeito para além da centralidade diagnóstica e da medicalização, possibilitando que experiências como ouvir vozes possam ser enunciadas em sua singularidade.

Metodologia

Este trabalho é um recorte da pesquisa intitulada "Grupo de escuta de ouvidores de vozes e de seus familiares: uma proposta de construção de dispositivo clínico em saúde mental", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAEE 59969222.1.0000.530, desenvolvida entre 2023 e 2025, que propunha a constituição de um grupo de escuta de sujeitos que ouviam vozes no Centro de Atenção Psicossocial, orientado pela psicanálise em sua dimensão ética, técnica e teórica.

No percurso do primeiro ano do projeto, a maioria dos participantes relatava ter sido diagnosticada com esquizofrenia em algum momento do seu percurso de vida; nesse sentido, também ampliou-se a participação do grupo a sujeitos com esse diagnóstico. A escolha da análise dos discursos produzidos por esses sujeitos se deu a partir da compreensão dos modos de subjetivação produzidos em torno do diagnóstico de esquizofrenia, bem como dos efeitos da oferta de um espaço de escuta orientado pela psicanálise.



O presente recorte refere-se ao período em que os pesquisadores acompanharam o grupo, privilegiando a análise dos discursos produzidos por sujeitos diagnosticados com esquizofrenia. Tal escolha sustenta-se na compreensão, própria à psicanálise, de que o diagnóstico não esgota o sujeito, uma vez que este é concebido como efeito da linguagem e atravessado pelo desejo, sendo a fala um lugar privilegiado de inscrição de sua singularidade (Freud, 1912/1996; Lacan, 1975/1982). Nessa perspectiva, as narrativas dos participantes foram tomadas como produções discursivas constituídas no laço social, possibilitando interrogar os sentidos atribuídos ao diagnóstico e às experiências de cuidado no campo da atenção psicossocial (Quinet, 2010).

O corpus da pesquisa se constituiu a partir dos registros das escutas realizadas nos encontros grupais, sistematizados em diários clínicos, compreendidos como instrumentos de registro e elaboração da experiência de escuta dos pesquisadores. Em interlocução com Ferenczi (1990), parte-se do entendimento de que o registro clínico não se limita à descrição objetiva dos acontecimentos, mas envolve os afetos, impressões, movimentos transferenciais e elementos subjetivos mobilizados no encontro com o outro. Além disso, o corpus também foi composto por entrevistas individuais realizadas com participantes do grupo.

As entrevistas individuais tiveram como finalidade aprofundar aspectos das trajetórias subjetivas dos participantes, possibilitando a elaboração livre de experiências e sentidos atribuídos às próprias vivências. As entrevistas foram realizadas mediante autorização prévia, com gravação e posterior transcrição. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato e o respeito aos princípios éticos que orientam as pesquisas com seres humanos, em consonância com a ética da psicanálise. Diante disso, os nomes apresentados são fictícios e trechos das entrevistas foram adaptados com supressão de informações identificáveis para garantia do sigilo ético.

Na pesquisa orientada pela psicanálise, o material produzido não é tomado como dado objetivo a ser descrito de forma linear, mas como produção discursiva atravessada pela linguagem, pela transferência e pelas formações do inconsciente. A posição do pesquisador não se sustenta em uma pretensa neutralidade, mas em uma escuta implicada, atenta aos significantes, repetições, silenciamentos e modos de enunciação presentes nos discursos produzidos nos encontros.

O grupo configurou-se, portanto, não apenas como estratégia de investigação, mas também como dispositivo clínico de escuta, possibilitando a circulação dos discursos e a produção de sentidos acerca do sofrimento psíquico no contexto da



atenção psicossocial. Nesse espaço, os participantes puderam enunciar experiências frequentemente atravessadas por processos de medicalização, estigmatização e silenciamento, produzindo outras formas de significação sobre o diagnóstico e sobre suas trajetórias de cuidado. Para a análise do material, utilizou-se a Análise do Discurso (AD) de linha francesa, em interlocução com a psicanálise lacaniana. Tal perspectiva compreende o discurso não como manifestação transparente da realidade, mas como produção atravessada pela história, pela ideologia, pela linguagem e pelo inconsciente. Segundo Pêcheux, o discurso constitui-se como efeito de sentido produzido entre interlocutores, sendo atravessado por determinações históricas e ideológicas que escapam ao controle consciente do sujeito (Maldidier, 2003; Orlandi, 2005).

Em interlocução com a psicanálise, a AD possibilita compreender o sujeito em sua divisão entre consciente e inconsciente, considerando que a linguagem é atravessada pelo desejo e pela falta. Para Lacan (1975/1982), o inconsciente estrutura-se como uma linguagem, de modo que os discursos produzidos pelos sujeitos carregam marcas de sua singularidade e de sua inserção no laço social. Dessa forma, a análise discursiva permitiu interrogar os sentidos produzidos em torno do diagnóstico de esquizofrenia, das experiências de sofrimento psíquico e dos modos de cuidado construídos no CAPS.

Este trabalho se inscreve em uma perspectiva de pesquisa psicanalítica implicada, compreendendo que os fenômenos institucionais e sociais não podem ser dissociados das dimensões subjetivas, políticas e transferenciais que atravessam tanto os participantes quanto o próprio pesquisador (Rosa, 2004; Rosa; Domingues, 2010). Assim, mais do que descrever categorias diagnósticas, interessa compreender os modos de subjetivação produzidos nas relações de cuidado, nos discursos institucionais e nas experiências compartilhadas no grupo Ouvidores de Vozes.

A partir das escutas e da análise do material produzido, foram construídos dois eixos temáticos de análise: 1) Caminhos subjetivos e experiências de sofrimento psíquico; 2) O grupo de escuta como dispositivo de cuidado: entre o discurso médico e a escuta psicanalítica.

Resultados e Discussão

Apresentação dos participantes

A escolha dos participantes da pesquisa se deu por conta da presença constante desses sujeitos nos encontros do grupo de escuta, favorecendo a construção de vínculos e possibilitando a elaboração de reflexões acerca de suas experiências.



Luna é uma mulher adulta que, à época, se encontrava na casa dos 30 anos de idade. Era acompanhada pelo CAPS há mais de dez anos e participava regularmente das atividades coletivas ofertadas pelo serviço, espaço no qual mantinha relações de amizade com grande parte dos participantes. Além disso, vivia em uma relação conjugal há dois anos e não exercia atividade laboral.

Apolo tinha 53 anos no início do grupo. Natural de outro estado, mudou-se para Porto Velho aos 30 anos, onde construiu sua trajetória de vida. Casado e inserido no mercado de trabalho, participava regularmente das atividades do CAPS, frequentando o serviço ao menos uma vez por semana.

Hermes, por sua vez, estava próximo dos 60 anos quando do início da pesquisa. Presente desde os momentos iniciais de divulgação do grupo no CAPS, apresentou interesse e sua participação foi muito ativa ao longo do projeto. Frequentava o serviço desde 2018. Homem de ascendência indígena, vivia em união estável e era pai de cinco filhos. A produção artística, especialmente por meio da pintura, constituía uma importante fonte de renda e expressão subjetiva para ele.

Caminhos subjetivos e experiências de sofrimento psíquico

De início, parece-nos importante retomar as trajetórias de cuidado dos sujeitos escutados no período anterior à entrada no Centro de Atenção Psicossocial. A partir das narrativas de Luna e Apolo, foi possível observar que a entrada no serviço é mediada por formações discursivas que, ao mesmo tempo em que legitimam o cuidado, reinscrevem o sujeito em regimes de verdade que delimitam sua identidade e seu lugar social. Em ambos os casos, esse movimento se dá ainda na juventude, quando os primeiros sinais de um possível sofrimento psíquico começam a se manifestar.

No caso de Luna, as manifestações inicialmente percebidas como alterações emocionais e comportamentais surgem em um contexto atravessado por diferentes experiências de violência, perdas e intenso sofrimento subjetivo. Ao narrar sua trajetória, Luna articula acontecimentos familiares, experiências traumáticas e episódios de profunda angústia, que progressivamente passam a ser significados como sinais de um “enlouquecimento”. Em sua fala, relata: “Eu já tive várias vezes vontade de me matar [...] eu começo a ficar numa crise de choro, uma depressão, e eu choro, eu vou pra cama e fico lá deitada pra passar a vontade de me suicidar”. Em outro momento, ao rememorar acontecimentos anteriores ao início do cuidado em saúde mental, relata: “Quando eu perdi minha mãe, eu piorei muito [...] nunca mais voltei a ser a mesma”.

A fala da participante permite compreender como o sofrimento psíquico é



atravessado por elementos que excedem a descrição médica do diagnóstico, evidenciando marcas subjetivas relacionadas às experiências familiares, às relações afetivas e aos modos como o sujeito produz sentidos sobre si mesmo. Nesse contexto, o diagnóstico de esquizofrenia aparece não apenas como nomeação clínica, mas como significante que reorganiza a experiência subjetiva e os modos de reconhecimento social do sofrimento.

O início de seu cuidado em saúde mental ocorre a partir de uma internação psiquiátrica involuntária realizada por familiares, em um contexto em que o hospital ainda aparecia como principal destino possível diante de experiências consideradas socialmente incompreensíveis ou ameaçadoras. Tal percurso evidencia permanências da lógica manicomial mesmo após os avanços da Reforma Psiquiátrica, demonstrando como determinadas experiências de sofrimento continuam sendo rapidamente capturadas por práticas de tutela e medicalização (Amarante; Nunes, 2018).

Após a internação, Luna recebe o diagnóstico de esquizofrenia e passa a circular pelos serviços de saúde mental até sua inserção no CAPS. Ao longo de sua narrativa, observa-se que o diagnóstico passa a ocupar lugar central na maneira como tenta compreender a própria experiência. Em diferentes momentos, mobiliza categorias psiquiátricas para nomear o sofrimento vivido: “Eu fui dada 10 anos só com depressão [...] aí começou a dar bipolar, bipolar [...] eu mesma passando as pesquisas”. Posteriormente, questiona: “Aripiprazol é esquizofrenia. Por isso que eu tô falando aqui, porque afinal, o que eu tenho?”. Ao interrogar “afinal, o que eu tenho?”, Luna demonstra uma tentativa de produzir uma nomeação possível para experiências que atravessam sua trajetória.

Nesse movimento, o diagnóstico comparece simultaneamente como operador de cuidado e como significante que reorganiza os modos de reconhecimento de si e do próprio sofrimento. Conforme aponta Quinet (2009), na psicose, as nomeações diagnósticas ultrapassam a dimensão classificatória, produzindo efeitos subjetivos e formas específicas de inscrição no laço social.

Ao narrar sua trajetória, Apolo questiona as constantes alterações diagnósticas e a ausência de explicações claras sobre seu sofrimento: “Ele fez um laudo baseado no próprio psicólogo dele. É compatível? É compatível. Eu cheguei aqui e mudou; agora não é mais compatível, é bipolar. Eu não sou médico, eu sou paciente, eu estou falando o que acontece, né?” Em outro momento, afirma: “[...] em 1998, a doutora da unidade me falou assim: ‘Dona, teu filho tem psicose’. Só que ela não me explicou nada que era psicose. [...] Aqui no CAPS a doutora foi falar na psicose, no sintoma. Por aí é uma doença que estou aprendendo agora, após 27 anos”.



Nos recortes discursivos de Apolo, observa-se uma posição de subordinação frente ao saber médico, sustentada pela oposição “eu não sou médico/eu sou paciente”. Ao afirmar “eu estou falando o que acontece”, entretanto, o participante sustenta a legitimidade de sua própria experiência, tensionando a centralidade do saber psiquiátrico na definição do sofrimento. Tal dinâmica pode ser pensada a partir do que Lacan (1992) denomina discurso do mestre, estrutura discursiva na qual um saber ocupa lugar de autoridade sobre o sujeito, reduzindo suas possibilidades de enunciação.

As falas dos participantes revelam que o processo diagnóstico, embora fundamental para a organização do cuidado em saúde mental, muitas vezes ocorre de maneira pouco compartilhada, com escasso espaço para elaboração subjetiva acerca daquilo que é nomeado como doença. Entretanto, nas narrativas escutadas, observa-se que os sujeitos frequentemente recebem diagnósticos sem explicações claras, produzindo inseguranças, dúvidas e dificuldades de apropriação de seus próprios processos de sofrimento.

No grupo Ouvidores de Vozes, outros participantes também associaram sua entrada no serviço a episódios de crise, internação ou encaminhamentos realizados por familiares. Essas trajetórias evidenciam que o acesso ao cuidado frequentemente ocorre de maneira tardia e centrada no manejo da crise, permanecendo atravessado por práticas ainda vinculadas à lógica hospitalocêntrica.

Tal aspecto permite compreender como determinados modos de cuidado em saúde mental permanecem organizados em torno da contenção do sintoma e da centralidade diagnóstica, mesmo após os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica. Conforme discutem Amarante e Nunes (2018), a desinstitucionalização não implica apenas o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas a transformação das racionalidades e práticas que historicamente sustentaram a exclusão da loucura.

As narrativas de Luna e Apolo indicam que o sofrimento psíquico não se reduz às classificações diagnósticas que lhes foram atribuídas. Ainda que o discurso psiquiátrico organize parte das experiências de cuidado, os sujeitos produzem leituras próprias acerca daquilo que vivenciam, interrogando os sentidos do diagnóstico e buscando construir formas singulares de significação para o sofrimento. É nesse ponto que a psicanálise propõe um deslocamento importante em relação à lógica estritamente nosográfica, ao compreender o sujeito para além da descrição sintomatológica e considerar a singularidade de sua relação com a linguagem e com o sofrimento psíquico (Camargo et al., 2021; Quinet, 2024).

Nesse contexto, as narrativas dos participantes evidenciam tensões entre o



discurso biomédico e a possibilidade de construção de espaços de escuta que permitam ao sujeito produzir sentidos acerca de sua própria experiência. Em contraponto à lógica exclusivamente descritiva dos manuais diagnósticos, a psicanálise propõe compreender o sofrimento psíquico a partir da singularidade do sujeito e de sua relação com a linguagem. Freud (1924), ao introduzir a noção de realidade psíquica, desloca o entendimento da loucura da esfera puramente biológica para os modos singulares pelos quais cada sujeito constrói sua relação com o mundo.

Na clínica das psicoses, esse movimento pode ser observado na possibilidade de o sujeito produzir uma narrativa própria sobre sua experiência a partir da construção de uma metáfora delirante. Tal aspecto aparece na fala de Luna ao rememorar uma situação vivida durante a internação psiquiátrica:

“[...] eu era muito desconfiada, como até hoje eu sou [...] eu sabia que tinha veneno dentro [...] aí depois ele me deu ovo e eu falei: ‘não vou comer esse ovo porque esse ovo é de dinossauro’. Aí eu já estava com minha cabeça ficando confusa”. (Luna)

A cena narrada retrospectivamente não aparece apenas como manifestação desconectada da realidade, mas como tentativa de dar contorno a uma experiência de estranhamento e desconfiança. Nessa perspectiva, o delírio pode ser compreendido não apenas como sintoma a ser eliminado, mas como tentativa singular de elaboração diante da irrupção do sofrimento psíquico (Quinet, 2024).

Assim, ao possibilitar espaços em que os sujeitos possam falar sobre suas experiências para além da lógica estritamente classificatória, o grupo Ouvidores de Vozes favorece deslocamentos importantes nas formas de significação do sofrimento. Mais do que produzir respostas definitivas sobre o diagnóstico, a escuta sustentada no grupo permite que os participantes construam narrativas próprias acerca de suas trajetórias, reposicionando-se frente às experiências de sofrimento e às formas de cuidado em saúde mental.

O grupo de escuta como dispositivo de cuidado: entre o discurso médico e a escuta psicanalítica

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica brasileira, orientados pelos princípios da atenção psicossocial, da desinstitucionalização e da produção de cuidado em liberdade (Brasil, 2011; Amarante; Nunes, 2018). Entretanto, as narrativas dos participantes revelam que, mesmo no interior dos serviços substitutivos, persistem tensionamentos entre os



princípios da atenção psicossocial e práticas ainda atravessadas pela lógica medicalizante e pela centralidade do saber médico.

Nesse contexto, o uso de psicofármacos ocupa lugar central nos percursos de cuidado narrados pelos participantes, aparecendo simultaneamente como recurso de estabilização do sofrimento e como experiência marcada por ambivalências. Luna, ao rememorar o período em que fazia uso de Haloperidol, relata:

“Era o Haldol. [...] Eu estava muito agitada e eu lá. Porque é um medicamento que, quando tomado, já faz um efeito bem rápido. Mas ele tem um efeito colateral muito forte. Então é meio complicado. Eu falei: ‘Não, doutora, pelo amor de Deus, eu não faço isso’. Me passa outro remédio”. (Luna)

A fala evidencia que, embora o medicamento apareça associado ao controle da crise, também comparece como experiência corporal invasiva, vinculada ao sofrimento produzido pelos efeitos colaterais.

Experiências semelhantes emergem nas falas de Hermes. Durante um dos encontros do grupo Ouvidores de Vozes, ele relatou sentir-se “estranho” e “desanimado” após a substituição do Clonazepam pelo Rivotril, afirmando que a nova medicação o impedia de se reconhecer como “ele mesmo”. Em outro momento, refere sentir-se “contaminado pelas medicações”, expressão que associa o psicofármaco ao apagamento da identidade e da vitalidade subjetiva.

Ao narrar sua compreensão acerca da própria condição, Hermes afirma que “cura é não precisar tomar remédio, é poder voltar a trabalhar, viver uma vida normal”. O enunciado revela que a ideia de melhora ultrapassa a remissão sintomática e se articula à retomada dos vínculos sociais e da autonomia.

As experiências relacionadas às medicações também se articulam aos efeitos produzidos pelo diagnóstico psiquiátrico e pela hierarquização dos saberes no interior do CAPS. Em seu percurso de cuidado, o diagnóstico de esquizofrenia funciona simultaneamente como possibilidade de acesso ao tratamento e como marca estigmatizante que tende a capturar o sujeito em identificações rígidas.

Ao ser questionado sobre o que sentiu ao receber o diagnóstico, Hermes responde: “senti desespero”. Nos encontros do grupo, tornaram-se evidentes as dúvidas que persistiam em torno de sua condição, indicando que o diagnóstico operava mais como um rótulo fixo do que como possibilidade de elaboração compartilhada sobre o sofrimento vivido.

Desde o início de seu percurso no CAPS, a principal intervenção ofertada a Hermes foi o uso contínuo de medicações psiquiátricas, enquanto os atendimentos



psicológicos ocorreram de maneira irregular. Ainda que demonstre desconforto em relação ao uso diário dos medicamentos, Hermes não consegue imaginar a possibilidade de viver sem eles. Assim, o medicamento aparece simultaneamente como fonte de angústia e como algo incontornável. Entretanto, esse mal-estar pouco produz deslocamentos no plano institucional do tratamento. Não se observa abertura significativa para a construção de outros projetos terapêuticos ou para discussões acerca da redução medicamentosa. A farmacoterapia permanece como eixo predominante do cuidado.

A dificuldade em considerar outras modalidades de cuidado articula-se intimamente à percepção de uma hierarquia institucional expressa por Hermes ao afirmar: “se o psiquiatra manda, eu obedeco”. Há, nessa formulação, uma assimetria importante entre médico e paciente, na qual a palavra do psiquiatra assume o estatuto de verdade e comando. Essa lógica aproxima-se daquilo que a psicanálise lacaniana compreende como discurso do mestre: um modo de funcionamento no qual o saber técnico se apresenta como completo e normativo, organizando as práticas clínicas a partir de procedimentos padronizados que pouco se abrem à singularidade do sujeito. Como aponta Rinaldi (2015), esse tipo de prática pode operar mais como adestramento para o laço social do que como dispositivo efetivo de cuidado, produzindo efeitos de apagamento subjetivo e cronificação. Quando Hermes afirma que o CAPS se tornou sua “segunda casa”, é possível entrever não apenas a dimensão de acolhimento presente no serviço, mas também o risco de cristalização de um percurso único de cuidado.

Entretanto, as narrativas produzidas no grupo Ouvidores de Vozes também evidenciam movimentos de resistência frente à lógica medicalizante. Ao questionarem diagnósticos, efeitos colaterais e formas de condução do tratamento, os participantes produzem fissuras no discurso biomédico e reivindicam a legitimidade de suas próprias experiências. É justamente nesse ponto que o grupo Ouvidores de Vozes assume centralidade como dispositivo de cuidado dentro do CAPS. Diferentemente de espaços organizados exclusivamente em torno da contenção do sintoma, o grupo constitui-se como espaço de compartilhamento das experiências e construção coletiva de sentidos sobre o sofrimento psíquico.

A escuta realizada no grupo evidencia que o compartilhamento das experiências produz efeitos de reconhecimento e pertencimento entre os participantes. Ao falar sobre o sofrimento em um espaço coletivo, muitos deixam de ocupar exclusivamente a posição de “paciente psiquiátrico” para construir narrativas próprias acerca de suas vivências. Nesse contexto, as oficinas e atividades coletivas ofertadas pelo CAPS



aparecem nas falas dos participantes como experiências importantes para a produção de vínculos e circulação social. Atividades como yoga, coral, musicoterapia, biodança e os próprios grupos terapêuticos são frequentemente descritas como espaços de acolhimento, convivência e reconstrução da autoestima.

A experiência do grupo Ouvidores de Vozes evidencia, portanto, uma tensão permanente entre modelos distintos de cuidado em saúde mental. De um lado, persistem práticas atravessadas pela centralidade diagnóstica e pela medicalização do sofrimento. De outro, emergem espaços de escuta que possibilitam ao sujeito construir narrativas próprias sobre sua experiência e reposicionar-se frente ao tratamento. Assim, mais do que negar a importância dos psicofármacos no manejo de crises, os relatos apontam para a necessidade de práticas clínicas que não reduzam o cuidado à estabilização sintomática, sustentando espaços em que a singularidade do sujeito possa emergir e ser reconhecida.

Conclusões

A análise das experiências compartilhadas no grupo Ouvidores de Vozes evidencia as tensões que atravessam o cuidado em saúde mental no contexto dos CAPS. Embora os serviços substitutivos estejam orientados pelos princípios da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, persistem práticas marcadas pela centralidade diagnóstica, pela medicalização do sofrimento e pela hierarquização dos saberes, especialmente do saber médico.

As narrativas dos participantes demonstram que o uso de psicofármacos ocupa lugar ambivalente nos percursos de cuidado: ao mesmo tempo em que pode oferecer estabilização em situações de intenso sofrimento, também produz efeitos subjetivos relacionados ao apagamento da identidade, à dependência institucional e à cristalização diagnóstica. No caso de Hermes, observou-se como o diagnóstico psiquiátrico e a relação hierárquica com o psiquiatra contribuíram para a construção de posições marcadas pela obediência e pela dificuldade de elaboração sobre o próprio sofrimento.

Entretanto, a experiência do grupo Ouvidores de Vozes também revelou movimentos de resistência frente à lógica biomédica. O compartilhamento das experiências e a construção coletiva de sentidos possibilitaram deslocamentos importantes em relação às identificações cristalizadas pelo diagnóstico, favorecendo a emergência de narrativas próprias sobre o sofrimento psíquico.

Nesse sentido, a escuta psicanalítica implicada mostrou-se fundamental para



sustentar espaços em que o sujeito pudesse ser reconhecido para além da categoria diagnóstica. Mais do que propor uma recusa aos psicofármacos, a pesquisa aponta para a necessidade de práticas clínicas comprometidas com a singularidade, com a escuta e com a construção compartilhada do cuidado.

Agradecimentos

Este trabalho foi realizado com apoio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (Propesq/UNIR), através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 08 de agosto de 2025.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (Org.) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRAGA, C. P.. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 198-213, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>. Acesso em 10 agosto de 2025.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Secretaria de Atenção à Saúde, 2001. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 8 de agosto de 2025.

BRASIL. Portaria nº 3.088-GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com



necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2011.

Disponível

em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Acesso em: 08 ago. 2025.

CAMARGO, R.; GONZÁLES, L. F.; CRUZ, I. do N.; OLMOS, J. R. (in memoriam); SCATAMBULO, F. A intervenção da esquizofrenia ou o naufrágio da razão. *In*:



SAFATLE, V.; JÚNIOR, N. da S.; DUNKER, C. **Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica Editora, 2018. p. 235-289.

COSTA, J. F. **Histórias da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Xenon. 1989.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed, 2019.

FERENCZI, S. **Diário clínico (1932)**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (1913). In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, v. 19, 1996.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, A. A. O lugar ocupado da Psicanálise nas novas instituições de Saúde Mental. **Mental**, v. 7, n. 13, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/420/42020844002.pdf>. Acesso em 20 maio 2026. LACAN, J. **O seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010. LACAN, J. **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. **O seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

MALDIDIER, D. **A inquietação do discurso: (re)ler Michel Pêcheux hoje**. Campinas: Pontes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORLANDI, E. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 6.ed. Campinas: Pontes, 2005.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2.^a ed. Rio de Janeiro: ED.34, 1994.

PETERS, G.. A violência da (in)compreensão: notas sobre Foucault, psicanálise e a interpretação da loucura. **Tempo Social**, v. 34, n. 1, p. 5–30, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2022.145263>. Acesso em: 4



de agosto de 2025.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010. QUINET, A. **As 4+1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

QUINET, A. Saúde mental e psicanálise: os foracluídos na cidade do discurso. *In*: FILHO, R. P. (org.). **Psicanálise, saúde pública, sujeitos psicóticos**. São Paulo: Escuta, 2024.

RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 315-323, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n2/315-323/pt>. Acesso em: 13 de agosto de 2025.

ROSA, M. D.; DOMINGUES, E. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 180–188, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/yKGKsrdH3QvCNdYkTkPqpP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 9 de maio de 2025.

ROSA, Miriam Debieux. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Editora Escuta / FAPESP. 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002838390>. Acesso em: 25 maio 2026.

ROTELLI F., DE LEONARDIS O., MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. *In*: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001, p.17-59.

SANTOS, R. A. N.; FONSECA, T.; NETO, F. K. Reforma Psiquiátrica e lógica diagnóstica psicanalítica: discussões acerca de uma possível tecitura. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 12-20, jan./ abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-44142020001002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/kqsZNHFjxMNjRbymb7Mngzv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 agosto 2025.

TENÓRIO, F. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a clínica e a teoria das psicoses. **História, Ciência, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 941-963, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702016005000018>. Disponível em: SciELO. Acesso em: 20 janeiro 2026.