



**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

**PSICANÁLISE APLICADA:
Contribuições Psicanalíticas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

**APPLIED PSYCHOANALYSIS:
Psychoanalytic contributions in Psychosocial Care Centers (CAPS)**

**PSICANÁLISE APLICADA:
Contribuições Psicanalíticas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

**Autor: Milena Maria Cerqueira Mercês¹
Orientador: Maria Antonieta Nascimento Araújo²**

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar, a partir de uma pesquisa bibliográfica, as contribuições da Psicanálise em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A autora retoma historicamente alguns conceitos desenvolvidos por Sigmund Freud e Jacques Lacan, que deu origem à clínica psicanalítica tradicional – voltada para o setting terapêutico. Em seguida, conceitua e descreve o modo de funcionamento do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica. Para finalizar, traz a contribuição da escuta psicanalítica voltada ao território/comunidade e aos usuários do CAPS. Conclui-se que a escuta psicanalítica nas instituições, sobretudo no CAPS, é de suma importância para um olhar singularizado (caso-a-caso) do sujeito em sofrimento.

Palavras Chave: Psicanálise, CAPS, Escuta, Transferência, Território

**APPLIED PSYCHOANALYSIS:
Psychoanalytic contributions in Psychosocial Care Centers (CAPS)**

Abstract

This article aims to analyze, from a bibliographical research, the psychoanalysis contributions in Psychosocial Care Centers (CAPS). The author historically presents three concepts developed by Sigmund Freud and Jacques Lacan, which gave rise to the traditional psychoanalytic treatment - focused on the therapeutic setting. Then, defines and describes the operation of the CAPS (Psychosocial Care Center), as one of the Psychiatric Reform devices. Finally, brings the contribution of psychoanalytic listening facing the territory / community and users of CAPS. It concludes that the psychoanalytical listening in the institutions, especially in CAPS, is of paramount importance for a look singled (case-by-case basis) of the subject in suffering.

Keywords: Psychoanalysis, CAPS, Listen, Transfer, Territory

¹ Psicóloga. Concluinte da Especialização em Atenção Básica e Saúde Mental, pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

² Psicóloga e Mestre em Educação.

PSICANÁLISE APLICADA: Contribuições Psicanalíticas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

1. INTRODUÇÃO

A psicanálise possui sua prática baseada na ética do sujeito do inconsciente. As palavras que os sujeitos se utilizam para falar estão carregadas de um saber inconsciente, que encontram o caminho da linguagem – através dos atos falhos, lapsos, chistes, sonhos e sintomas – para se manifestar. A técnica utilizada na clínica é a escuta analítica, que permite que o analisando advenha quanto sujeito desejante. Porém, essa escuta só é possível através do que Freud denominou de relação transferencial. É somente por meio da transferência que o sujeito pode direcionar sua fala ao analista, supondo que o mesmo saberá algo sobre o seu sintoma.

A psicanálise é sobretudo serva de sua ética. Isto porque, se em termos operativos a psicanálise serve a uma infinidade de possibilidades de intervenções, dado que seu campo de ação é vastíssimo e a cada dia amplia-se ainda mais com psicanalistas atuando nas mais diversas áreas, aquilo que a distingue de outros recursos oferecidos pela cultura é propriamente o que ela visa em seu modo particular de intervir. Ou seja, o que a diferencia é sua orientação ética na maneira como aborda os impasses do sujeito, sempre tomado enquanto sujeito desejante (MAURANO, p.58, 2006).

É a perspectiva relacionada ao saber inconsciente, demarcado pelo desejo que se encontra recalcado, que diferencia a psicanálise de outros tipos de intervenção/abordagem teórica. A psicanálise aplicada, realizada em contextos fora do setting terapêutico, era uma possibilidade para Freud (que já mencionava a relação entre a teoria psicanalítica e outras áreas do saber) e uma realidade no cenário atual das instituições.

Após a Reforma Psiquiátrica, os sujeitos em sofrimento psíquico passaram a ser tratados – no âmbito das políticas de saúde públicas – sob a ótica da singularidade. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de atendimento ambulatorial em Saúde Mental, criado como um dos dispositivos de substituição do modelo hospitalocêntrico. Este novo modelo de atenção prioriza os atendimentos diários, que são realizados sob a lógica dos territórios, visando à reinserção social e priorizando os vínculos familiares e comunitários do sujeito.

Uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica é a prática de uma atenção humanizada e centrada nas necessidades dos sujeitos. Deste modo, pode-se pensar em

um trabalho realizado, por via da ética e das concepções da psicanálise, que aborde o sujeito inserido nos fenômenos sociais e políticos. Porém, por se tratar de uma clínica atravessada pelo social, a psicanálise pode enfrentar alguns obstáculos, limitações, críticas e/ou resistências.

Afinal, os pressupostos da clínica psicanalítica tradicional podem contribuir no contexto psicossocial? De que modo pode ser realizado o trabalho de um psicanalista dentro do CAPS? O presente trabalho tem como objetivo analisar, a partir de uma pesquisa exploratória descritiva realizada através de uma revisão bibliográfica, as contribuições da Psicanálise em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para tal, além da revisão bibliográfica, foi realizado um levantamento de dados de estudos científicos publicados em 2014 e 2015 que estão associados à orientação psicanalítica nas investigações em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com o mapeamento das tendências dos objetos destes estudos levantados, foi possível investigar de que modo os pressupostos da Psicanálise emergem nos contextos das pesquisas analisadas.

Dado o exposto, apesar dos poucos estudos relacionados à perspectiva psicanalítica nos CAPS, essa prática é de grande contribuição no âmbito da saúde pública. Uma vez que, os psicanalistas trabalham de acordo com subjetividade do sujeito que está sendo escutado (o caso-a-caso), não havendo espaço para práticas padronizadas segundo protocolos.

2. PRESSUPOSTOS PSICANALÍTICOS: como surgiu e quais as técnicas utilizadas na clínica psicanalítica?

A psicanálise é um procedimento médico que pretende curar determinadas formas de doença nervosa (neuroses) por meio de uma técnica psicológica (FREUD, p. 329, 1913).

Em 1913, em “O Interesse da Psicanálise”, Sigmund Freud relata que a psicanálise se desenvolveu a partir de estudos realizados com Josef Breuer, bem como, do vínculo teórico criado com Charcot e Pierre Janet. Naquela época, o teórico pretendia transformar a psicanálise em um procedimento médico, tendo como objetivo curar enfermidades que para ele eram acessíveis ao tratamento psicanalítico, como: as ideias e ações obsessivas, e as paralisias e convulsões histéricas. Deste modo, Freud passou a se interessar por fenômenos ligados às expressões corporais e à linguagem.

Freud pretendia provar que alguns fatores que eram vistos como transtornos orgânicos ou deficiência nas funções dos aparelhos psíquicos, teriam natureza psicológica. O teórico absteve-se das explicações puramente fisiológicas, pois para ele, estas explicações não eram satisfatórias. Assim surge a psicanálise enquanto saber das questões psíquicas dos sujeitos – normais e adoecidos – que apresentavam atos falhos (lapsos verbais e na escrita, esquecimentos), sonhos, delírios, ataques convulsivos e de visões, e ideias e ações obsessivas (FREUD, 1913).

Foi após observar inúmeros casos de mulheres que ele atendia, e que produziam sintomas inexplicáveis aos olhos dos médicos daquela época, que Freud percebeu que o tratamento para aquelas questões era através da fala (MAURANO, 2006). Quando a paciente histérica Anna O., pseudônimo de Bertha von Pappenheim, pediu a Sigmund Freud para que deixasse-lhe falar, ao invés de hipnotizá-la, convocou uma escuta, encontrando um modo de acolhimento pela palavra. Com isso, as histéricas atendidas por Freud fazem fracassar a técnica da hipnose, fundando o lugar do analista, e por sua vez, a teoria psicanalítica – trocando a hipnose pela *associação livre*³ (LONGO, 2006).

O mais importante em um tratamento analítico é permitir que o paciente fale, deixando à sua escolha o ponto de partida desta fala. Não importa qual é o assunto com o qual o analisando irá iniciar o tratamento, ele pode começar a falar sobre sua história de vida, sobre algumas recordações da infância ou sobre a história da doença (FREUD, 1913).

Para Freud, a *associação livre* é a “regra fundamental da técnica psicanalítica”, onde o paciente deve observar que:

durante o seu relato lhe ocorrerão pensamentos diversos, que você gostaria de rejeitar, devido a certas objeções críticas. Estar tentado dizer a si mesmo que isso ou aquilo não vem ao caso, ou é totalmente irrelevante, ou é absurdo, e então não é preciso comunicá-lo. Não ceda jamais a essa crítica, e comunique-o apesar disso, ou melhor, precisamente por isso, porque você sente uma aversão àquilo. A razão dessa regra – você perceberá e compreenderá depois. Portanto, diga tudo que lhe vier à mente (FREUD, p. 180 e 181, 1913).

É necessário que o paciente fale tudo que lhe vier à mente sem temer julgamentos por parte do analista. Por isso, o analista deve, desde as primeiras sessões, comunicar ao paciente a importância desta técnica, frisando que ali é um espaço do analisando e que ele pode falar sem que tenha medo, vergonha e/ou pudor ao relatar suas questões (FREUD, 1913).

³ Conceito psicanalítico abordado pelo autor com grifo

É somente através deste dispositivo – fala – que os seres humanos podem ligar-se a uma rede que permite que se articulem uns com os outros. É válido ressaltar que, mesmo que se trate de um surdo-mudo, certamente esse sujeito está incluso na estrutura de relações tecidas pela linguagem (MAURANO, 2006).

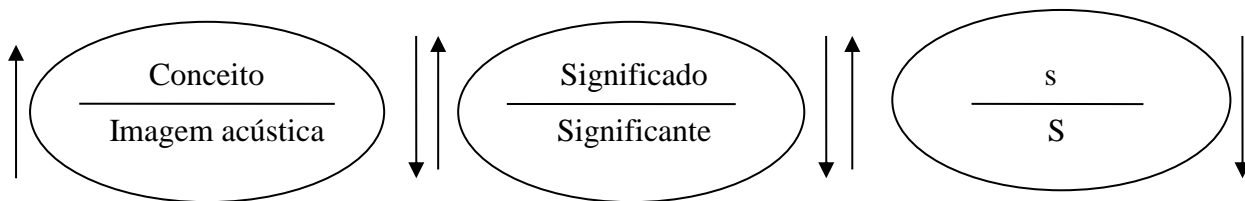
A linguagem humana é o termo *entre* o eu e o outro. Entre o sujeito que fala e seu ouvinte existe um anteparo, uma proteção, uma espécie de muralha que se ergue, mesmo quando há silêncio. Entre dois seres humanos existe sempre a muralha da linguagem (LONGO, p. 07, 2006).

Os fenômenos simbólicos, da linguagem, são fundamentais à natureza humana e são diretamente relacionadas ao inconsciente – a grande descoberta de Freud. Ainda que Freud não tenha proposto uma “teoria da linguagem”, a linguagem permeia toda sua obra (LONGO, 2006).

Nos anos 60, Jacques Lacan retoma pressupostos freudianos. O teórico realiza um “retorno a Freud”, destacando a importância que Freud atribuiu à linguagem para a psicanálise. Neste retorno, Lacan irá afirmar que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, ou seja, o funcionamento do inconsciente possui as mesmas regras da linguagem. No entanto, Lacan enfatiza que essa afirmação não é do campo da linguística, mas da “linguística” (linguística + histeria), já que a histeria é essencial ao discurso do analisando (LONGO, 2006).

Lacan irá se utilizar de ferramentas que não estavam disponíveis para Freud em sua época: linguistas contemporâneos - em especial a linguística de Ferdinand de Saussure. Lacan passará a questionar-se sobre os sujeitos que produzem o signo linguístico: são sujeitos falantes, submetidos à linguagem e à função simbólica. Com isso, o teórico irá postular a diferença entre significante para a linguística saussuriana e para a psicanálise (LONGO, 2006).

Para Saussure, o signo linguístico é uma “entidade psíquica de duas faces”, o significado (conceito) e o significante (imagem acústica). Estes dois elementos, formam um conjunto inseparável até certo ponto, ou seja, uma relação de associação que é aparentemente fixa no sistema da língua, mas que se torna suscetível a transformações no sistema de linguagem. Deste modo, a relação entre esses os dois elementos (significado e significante) emerge a significação, cujo valor será determinado dentro do sistema de signos numa relação entre pares – cultural (LONGO, 2006; DOR, 2008).



Algoritmo saussuriano

Jacques Lacan, por sua vez, irá explorar a autonomia do significante em relação ao significado, no qual só é possível na medida em que o significante e o significado não estão numa relação fixa. Com isso, Lacan elimina a elipse e inverte os termos: o significante passa a ficar sempre na parte superior – acima da barra e representado por um S maiúsculo – e o significado ficará abaixo da barra – representado por um s minúsculo (LONGO, 2006; DOR 2008).

$$\frac{S}{s}$$

Algoritmo lacaniano

Lacan fixa o significante acima da barra. É grafado com maiúsculo porque sua presença na fala é prevalente: o falante desliza de significante em significante sem conseguir entender o que fala, alienado que está do sentido daquilo que diz. Por isso mesmo, Lacan torna a barra que separa significante de significado mais grossa, mais resistente ao significado. O falante só consegue “atravessar a barra”, ou seja, atingir o sentido do que fala em raros momentos (LONGO, p. 45 e 46, 2006).

Portanto, é a barra que se torna resistente à significação, ou seja, é ela quem simbolizará o recalque do significado. Ao falar, o sujeito utiliza-se de palavras repetitivas e, aparentemente, vazias de sentido. Essas palavras estão impregnadas por um saber inconsciente que encontra o caminho da linguagem por meio de diversas formações (atos falhos, sonhos, lapsos, chistes e sintomas) para manifestar-se. Em outras palavras, o sujeito da psicanálise (sujeito do inconsciente) é um efeito do significante, expressado através da linguagem (LONGO, 2006).

Por isso, ao demandar um tratamento analítico, o sujeito demanda um saber sobre si mesmo. Trata-se de um questionamento dirigido ao saber inconsciente. A demanda de análise só será possível a partir de um questionamento, dirigido pela certeza de que há um saber que age no sujeito, em alguma esfera do psiquismo. O psicanalista não irá tratar da doença, mas do sujeito que nela está implicado, ou seja, o sujeito que

faz da doença um sintoma que é chamado de *analítico*⁴. Este sintoma analítico é qualquer sintoma que possa emergir no sujeito o desejo de um saber sobre si mesmo (MAURANO, 2006).

O *desejo de análise*⁵ não se trata apenas da queixa do sintoma, mas de uma necessidade de saber o que tem por trás deste sintoma, surgindo um pedido para analisar a sua própria queixa. É válido ressaltar que, o sintoma de que o paciente se queixa não está ali à toa. Este sintoma é a melhor solução que o sujeito encontrou diante de seus conflitos, trata-se de uma *via de expressão do sujeito*⁶. É uma defesa frente a algo intolerável psiquicamente. Trata-se do desejo que move o sujeito e algo que lhe censura, ou seja, é a expressão do desejo e, ao mesmo tempo, a marca de seu recalçamento (MAURANO, 2006).

No que se refere ao trabalho analítico, é necessário que o profissional escute. Ao escutar, o psicanalista abre mão do desejo de “curar” o sujeito, dando espaço ao tempo lógico da singularidade. Quando o profissional permite que o sujeito fale, sem que para isso seja obrigado atribuir qualquer sentido, possibilita o livre acesso ao inconsciente. Essa forma de escuta faz com que o sujeito advenha de modo complexo e singular – de acordo com os fenômenos da linguagem – que surge no discurso de cada um (VILHENA & ROSA, 2011).

A psicanálise não se propõe em dar conta de todo tipo de sofrimento/sintoma, pois ao implicar-se em uma análise é preciso que o sujeito também possa escutar algo dele mesmo, no próprio ato de sua queixa. É de suma importância que o sujeito escute aquilo que diz e, no mínimo, se intrigue com alguns posicionamentos. A função do analista neste processo – além de escutar – é provocar no sujeito esta tarefa de investigação, fazendo com que o mesmo escute a própria fala e questione-se. Se os resultados serão favoráveis ou não, vai depender da situação, mas cabe ao analista fazer a sua parte (MAURANO, 2006).

Quando o sujeito se dispõe a buscar um analista, está supondo que ali há um saber sobre o sintoma ou sobre aquilo que ele quer se desprender. O estabelecimento da transferência é de suma importância para que a análise se inicie, é a chamada: *função transferencial das entrevistas preliminares*⁷. Essa transferência não é motivada pelo analista, ela está ali, não se tem como dar conta do que a motivou. A transferência é,

⁴ Conceito psicanalítico abordado pelo autor com grifo.

⁵ Grifo do autor da obra.

⁶ Grifo do autor da obra.

⁷ Grifo do autor da obra.

portanto, uma função do analisante, não do analista. O analista deve apenas saber usá-la para manejar o tratamento (QUINET, 2005).

Na transferência de saber, o sujeito acredita que o analista sabe algo sobre o seu sintoma, que há uma verdade a ser dita pelo analista, e que ele a conhece de antemão. Caso isso ocorra, a transferência está estabelecida, pois o analisando estará colocando o analista em lugar de *suposto saber*⁸ (QUINET, 2005).

O sujeito não procura uma análise por aquilo que o analista sabe, ou pelo que o paciente já sabe, mas por aquilo que ele *supõe*⁹ que o analista irá compreender. Ele acredita que o analista saberá lhe transmitir aquilo que ele não sabe, dando uma solução àquilo que ele não tem como resolver e o faz sofrer. É necessário que o analista saiba suportar esse lugar de *suposto saber* que lhe é endereçado, mas não acredite nele. O lugar do analista é de ignorância, é o de *saber não todo*¹⁰. Ele não pode está no lugar de mestria (todo saber), embora os outros o coloquem em tal posição (JERUSALINSKY, 2004).

Se o analista empresta sua pessoa para encarnar esse sujeito suposto saber, ele não deve de maneira alguma identificar-se com essa posição de saber que é um erro, uma equivocação. A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no mal-entendido. Sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância, não a simples ignorância ignora, mas a ignorância douta (QUINET, p. 26, 2005).

A transferência é um amor dirigido ao saber. Com o surgimento do amor na relação transferencial há uma transformação da demanda, uma demanda transitiva (demanda de algo, como livrar-se do sintoma, por exemplo) torna-se uma demanda intransitiva (demanda de amor, de presença). Com o surgimento do desejo, sob forma de questão, o analisando responde com amor; cabe ao analista utilizar-se desta condição para demandar o sujeito do desejo, que está ligado ao sujeito suposto saber, que faz emergir um sujeito suposto desejar (QUINET, 2005).

Para Freud, a transferência é o mais poderoso meio de resistência ao tratamento, pois o analisando tende a repetir, na análise, circunstâncias que estão reprimidas. Sobretudo, reanimando fantasias infantis. Ao deparar-se com esta situação, o analista deve reconhecer que os sentimentos atribuídos pelo analisando não são de ordem

⁸ Conceito psicanalítico abordado pelo autor com grifo.

⁹ Grifo do autor da obra.

¹⁰ Conceito psicanalítico abordado pelo autor com grifo.

peçoal e que estão sendo induzidos pela situação analítica. O papel do analista, nestes casos, é deixar que as necessidades e os anseios, voltados para ele, continuem a existir no analisando e que sirvam como forças impulsionadoras de mudança (FREUD, 1912).

Como a análise só pode ser iniciada após a transferência, o diagnóstico só poderá ser estabelecido após ser posta essa relação transferencial. O diagnóstico em psicanálise é apenas uma hipótese que orienta o trabalho do analista, não tendo o propósito de definição de uma doença. Através do diagnóstico o sujeito poderá relevar sua modalidade de defesa. Cabe ao analista fazer uma avaliação supondo o modo como esse sujeito dirige-se a ele, o modo no qual o sujeito investe dentro do meio em que estabelece laços importantes. Ou ainda, a posição que o sujeito ocupa em sua relação com o Outro¹¹, ou seja, frente àquilo que o referencia quanto sujeito (MAURANO, 2006).

O diagnóstico em psicanálise só serve como orientação para a condução do tratamento, a pertinência desse diagnóstico só receberá confirmação após certo tempo de escuta. É somente a partir do registro no simbólico, onde são articuladas questões fundamentais do sujeito, que se pode realizar o diagnóstico diferencial estrutural – neurose, perversão e psicose – que para Lacan, são as três maneiras de o sujeito colocar-se diante da *Castração*¹² ou *Lei do Nome-do-Pai*¹³ (QUINET, 2005).

3. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de atendimento em Saúde Mental que foi criado como principal estratégia de substituição do modelo hospitalocêntrico. É um dispositivo da reforma psiquiátrica, que consiste no deslocamento do centro de cuidado em saúde mental para fora do hospital, em direção à comunidade. A criação do CAPS, e de outros dispositivos em Saúde Metal, foi realizada através de um grande movimento social, a princípio realizada por trabalhadores da área, que denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos e buscavam melhorias na assistência do país (BRASIL, 2004).

¹¹ Conceito utilizado para a pessoa que cumpre o lugar de cuidador para o bebê. Não se refere necessariamente à mãe biológica.

¹² “Corresponde à incapacidade do sujeito em obter no Outro a garantia de gozo, reservada que ela está ao pai em sua precedência simbólica junto à mãe. Assim o Outro ocupa, no pensamento de Lacan, como lugar dos significantes” (KAUFMANN, p. 81, 1996).

¹³ Conceito psicanalítico abordado pelo autor com grifo e letra inicial maiúscula

É um serviço ambulatorial de atenção diária, que funciona de acordo com a lógica do território. Essa proposta não isola os pacientes de suas relações familiares e comunitárias, visando à reintegração e a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Por preconizar a desinstitucionalização os CAPS propõe um conjunto de dispositivos que possibilitam construções e invenções de novos modos de vida, não enfatizando apenas aos diagnósticos e prognósticos da doença mental. O trabalho realizado envolve o sujeito em sua subjetividade e suas relações com o meio em que vive, priorizando a recuperação da autoestima e reestruturação de vínculos (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

O CAPS é um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é constituída pela: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial. Tendo como finalidade a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 Saúde¹⁴ (SUS)” (BRASIL, p. 01, 2011).

Por se tratar de uma Atenção Psicossocial Especializada, os CAPS são responsáveis por acolher, encaminhar e/ou admitir os pacientes, acompanhando sua evolução, de acordo com territorialidade, para facilitar o acesso ao serviço na rede que compõe o atendimento. O trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional que atua de modo interdisciplinar (BRASIL, 2011).

O território em que os profissionais atuam não se trata apenas da área geográfica. Estes territórios são constituídos pelas pessoas que neles habitam, bem como, seus conflitos e interesses; seus familiares, vizinhos e amigos; suas instituições e seus cenários. É essa noção de território que organizará uma rede de atenção disponível aos sujeitos que sofrem com transtornos mentais. As redes são organizadas através de recursos afetivos, econômicos, culturais, sanitários, religiosos e de lazer. Esses recursos são convidados a colaborar com as equipes de saúde nos cuidados e na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

¹⁴ O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde para todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

O eixo organizador das redes de atenção à saúde são os sujeitos em sofrimento. O CAPS, por sua vez, tem a função de articular e tecer essas redes, possibilitando a assistência direta e a regulação dos serviços na rede de saúde. O trabalho é realizado com a participação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, proporcionando autonomia aos usuários e articulando os recursos existentes em outras redes (BRASIL, 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acolhimento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares de comunitários (BRASIL, p. 13, 2004).

Para ser atendido no CAPS o sujeito pode procurar diretamente o serviço ou pode ser encaminhado por qualquer serviço de saúde. Ao chegar à unidade o sujeito é acolhido em seu sofrimento, sendo escutado por algum profissional de saúde. O profissional que receber esse sujeito irá tentar compreender a situação, iniciando um vínculo terapêutico e de confiança. Caso seja iniciado o acompanhamento no CAPS, será traçado um Projeto Terapêutico (que é um projeto individual) para esse usuário, e o profissional que o acolheu no serviço poderá passar a ser seu Terapeuta de Referência (TR), mas isso irá depender do vínculo (fundamental no processo de tratamento) que o sujeito irá estabelecer com o terapeuta. O TR é o profissional que tem a responsabilidade de monitorar junto ao usuário o seu projeto terapêutico, mantendo contato com a família e avaliando as metas traçadas no projeto, dialogando com o usuário, com os seus familiares e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004).

O Projeto Terapêutico possibilita que o usuário se encaixe em diferentes tipos de atividades terapêuticas, são elas: tratamentos medicamentosos; atendimento em grupo de familiares; atendimento psicoterápico individual; atividades comunitárias; atividades de suporte social; oficinas culturais, visitas domiciliares; e desintoxicação ambulatorial. É válido ressaltar que o plano terapêutico vai além das consultas e das prescrições de medicamentos, são recursos que vem sendo denominados de Clínica Ampliada, em que é possível a (re) construção das práticas de atenção psicossocial, gerando mudanças nos modelos tradicionais de compreensão e tratamento em saúde mental, como veremos no próximo tópico (BRASIL, 2004).

As oficinas terapêuticas são as principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Essas oficinas são em grupo e com a orientação de profissionais, monitores e/ou estagiários. As oficinas podem ser: expressivas, geradoras de renda e/ou de

alfabetização. Elas têm como objetivo fornecer integração familiar e social, realização de atividades produtivas, habilidades sociais, manifestação de sentimentos e problema, bem como, o exercício coletivo da cidadania. Elas podem ser realizadas em ambientes abertos, ultrapassando a estrutura física, proporcionando um espaço acolhedor inserido no território. Essa prática visa potencializar a rede e suas ações, dando foco ao sujeito em sua singularidade, sua história, cultura e vida cotidiana. (BRASIL, 2004).

Todas essas atividades e oficinas são realizadas por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (BRASIL, 2011).

- *Atendimento intensivo*: trata-se de um atendimento diário, realizado com sujeitos que encontram-se em grave sofrimento psíquico, em situação de risco e/ou dificuldades no convívio familiar e social.
- *Atendimento semi-intensivo*: o sujeito pode ser atendido até doze dias por mês. Esse tipo de atendimento é recomendado para sujeitos que já diminuíram o sofrimento e a desestruturação psíquica, mas que ainda necessitam de atenção direta da equipe para recuperar sua autonomia.
- *Atendimento não intensivo*: o sujeito pode ser atendido até três dias por mês. Esse tipo de atendimento é destinado aos sujeitos que já possuem um bom convívio em seu território, realizando suas atividades na família e no trabalho.

Todas as três modalidades de atendimento podem ser domiciliar, caso necessário (BRASIL, 2004).

A visita domiciliar é uma prática assistencial essencial ao tratamento do sujeito. Essa estratégia pode promover a participação dos familiares em conjunto com a equipe, possibilitando uma parceria no cuidado com o usuário, oferecendo-lhe modos alternativos àqueles propostos na instituição, identificando as reais necessidades do usuário e de seus familiares. Com isso, os profissionais podem conhecer a dinâmica familiar e compreender como o mesmo se relaciona com o meio, podendo fundamentar suas intervenções com base na realidade experienciada em seu domicílio (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS possuem um acolhimento diurno e, quando necessário, noturno. O acolhimento noturno, e a permanência nos finais de semana, também são mais um recurso terapêutico que propõe atendimento integral ao sujeito e evita as internações psiquiátricas. Esses atendimentos só são possíveis para sujeitos com graves

comprometimentos psíquicos, eles só podem ser realizados no máximo sete dias corridos ou dez dias intercalados, durante o prazo de trinta dias (BRASIL, 2004).

Os CAPS funcionam no mínimo nos cinco dias úteis da semana, e seus horários nos finais de semana irão depender do tipo de CAPS. Existem cinco tipos de CAPS, o município no qual ele será implementado irá depender da quantidade de habitantes existentes. Segundo a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (da RASP) são eles:

- CAPS I: atende sujeitos com transtornos mentais graves ou com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias. Para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- CAPS II: atende sujeitos com transtornos mentais graves ou com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III: atende sujeitos com transtornos mentais graves. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana. Esse tipo de CAPS oferece acolhimento noturno. Para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Para Municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
- CAPSad: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras droga. Para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPSad III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Estas unidades possuem no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

Os profissionais que trabalham nestes CAPS buscam a descentralização do saber, realizando a divisão das responsabilidades e/ou decisões, discutindo

conhecimentos e/ou procedimentos e, em alguns casos, a necessidade de encaminhamento (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008).

As equipes são compostas por profissionais de nível superior e de nível técnico, além da equipe de limpeza e de cozinha. Os profissionais de nível superior são: psicólogos, enfermeiros, médicos, educadores físicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, ou outros necessários para as atividades desenvolvidas no CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos administrativos, técnicos ou auxiliares de enfermagem, educadores e artesãos. Cada CAPS possui características quanto aos tipos e quantidades de profissionais a serem contratados, obedecendo ao critério de equipe mínima (BRASIL, 2004).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa (BRASIL, p. 27, 2004).

Em suma, no que se refere ao novo modelo, à equipe de saúde tem papel fundamental no cuidado ao tratamento dos sujeitos com comprometimento psíquico. Pode-se perceber que a necessidade de cuidado vai além, expandindo-se para o contexto familiar, comunitário e social, indicando a importância da mudança do conceito de saúde, baseado no atendimento ampliado e na intersetorialidade. Com base nesse novo dispositivo, foi possível que sujeito que possui algum tipo de sofrimento psíquico pudesse falar em nome próprio, saindo do lugar de louco/passivo e podendo ressignificar sua condição quanto cidadão/ativo (MELLO & FUREGATO, 2008).

4. PSICANÁLISE APLICADA: orientação Psicanalítica em trabalhos junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A psicanálise tornou-se psicologia da profundidade, e, como nada do que o ser humano faz e produz é compreensível sem a ajuda da psicologia, aplicações da psicanálise a muitos âmbitos do saber, sobretudo nas ciências humanas, impuseram-se naturalmente e solicitaram elaboração (FREUD, p. 306, 1933).

Em 1933, Sigmund Freud escreveu em “Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise”, um texto chamado “Esclarecimentos, Explicações, Orientações”,

apontando para uma clínica aplicada (aplicações psicanalíticas em outras especialidades) no que se refere à teoria psicanalítica. No texto, o autor destaca, ainda naquela época, a importância da contribuição da teoria psicanalítica em outras áreas do saber.

Segundo Freud, alguns analistas utilizaram de “equipamentos improvisados” para empreender incursões em áreas do saber como: mitologia, história da civilização, etnologia, entre outros. Na época, esses analistas foram considerados pelos pesquisadores das áreas como intrusos, a princípio seus métodos e resultados iam sendo rejeitados, depois passaram a receber atenção. Após um tempo, cresce o número de pessoas que estudam a psicanálise para empregá-las em suas especialidades (FREUD, 1933).

O teórico afirma que a psicanálise surgiu como uma terapia e cresceu consideravelmente, porém nunca abandonou suas raízes, permanecendo ligada à prática com os enfermos, para o seu aprofundamento e desenvolvimento teórico/prático. Para Freud, não há problemas que um médico (que se denomina terapeuta) utilize a técnica psicanalítica associada a outros métodos de cura, considerando a natureza do caso ou das circunstâncias externas (FREUD, 1933).

A psicanálise começou como terapia, mas não pretendi recomendá-la ao seu interesse como terapia, e sim pelas verdades que contém, pelos esclarecimentos que nos dá sobre o que mais importa ao ser humano, a sua própria natureza, e pelas conexões que revela entre as suas mais diferentes atividades. Como terapia, é uma entre muitas, embora, é verdade, *prima inter pares*. Se não tivesse o seu valor terapêutico, não teria sido descoberta no trato com doentes e desenvolvida por mais de trinta anos (FREUD, p. 321, 1933).

Com isso pode-se afirmar que, Freud já retratava que o saber psicanalítico poderia se apresentar fora do *setting* psicanalítico clássico, sem que com isso perdesse a dimensão ética da prática do analista.

Hoje, a psicanálise continua sendo alvo de diversas críticas em relação à clínica aplicada, principalmente no que se refere à saúde pública no âmbito da saúde mental. Quando o assunto é psicanálise fora do *setting* terapêutico, surgem argumentos como: o tratamento é muito demorado; a saúde mental é um campo mais “apropriado” às terapias focais; há inaplicabilidade em alguns casos ou situações de crise; entre outros. Contudo, isso não tem evitado a proliferação de profissionais com formação psicanalítica que trabalham em instituições sob a ótica da psicanálise, uma vez que, a

teorização em torno da prática psicanalítica em instituições continua progredindo consideravelmente (TREVISAN, 2012).

Este novo aparato clínico tem se consolidado como referência para os usuários do sistema público de saúde mental. Por isso, a psicanálise tem o compromisso ético de colocar-se como colaboradora do projeto psicossocial, visto que para a psicanálise, “a subjetivação não se faz alheia ao laço social, mas na interface com a alteridade” (DASSOLER, p. 140, 2012).

Como foi visto no tópico anterior, a clínica do CAPS geralmente é voltada para o âmbito coletivo e/ou social (em espaços de convivência, oficinas, atividades em grupo, entre outras). Porém não se deve ignorar a subjetividade dos sujeitos que ali se encontram, pois há particularidades que precisam ser escutadas. Esse modo de escutar o sujeito no contexto social/coletivo é denominado, a partir da perspectiva psicossocial, de Clínica Ampliada. Essa visão de clínica aponta para um novo olhar no que se refere ao campo da saúde coletiva, sobretudo, no campo da saúde mental (BRAGA, 2012). A Clínica Ampliada é um:

trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2004 c, p.45 *apud* BRAGA, 2012).

A psicanálise emerge nos CAPS, na tentativa de formular intervenções que reafirmem o lugar do analista como o de escuta. A experiência clínica deste profissional contribui em direção à ação, que é voltada para o contexto em que os sujeitos se constituem em suas articulações com o laço social. Já que a escuta realizada na clínica, não se refere a sintomas individuais, e sim a posições singulares que se articulam a dimensões familiares, culturais, sociais e políticas (ALENCAR, 2012).

Os atendimentos são realizados a partir do que se apresenta como queixa ou demanda dos usuários do CAPS. O trabalho do psicanalista é o de sustentar a escuta do que muitas vezes aparece como real demais, podendo produzir impotência e/ou desânimo e, conseqüentemente, conformismos e silêncios, que muitas vezes são interpretados como incapacidades do sujeito de se reposicionar (ALENCAR, 2012).

O maior desafio da psicanálise nos CAPS é correr o risco de haver demandas para atender o maior número de pessoas possíveis, ignorando a subjetividade dos

usuários, ou seja, o caso-a-caso. Por isso, o trabalho da equipe deve ser acolher cada caso, levando em consideração a singularidade dos sujeitos que ali estão. Deve ser disponibilizado um grande período de escuta da narrativa do sujeito, respeitando o tempo da relação transferencial, pois, como foi visto outrora, é somente através da transferência que se pode pensar em um diagnóstico inicial (TREVISAN, 2012).

No CAPS a transferência pode ocorrer de duas formas: uma dirigida ao psicanalista e outra direcionada à equipe ou a instituição que acolhe o usuário. Isso ocorre porque há diversos profissionais, em diversas funções que mantém contato contínuo com os usuários. Podem ocorrer situações em que o Terapeuta de Referência (que pode não ser o psicanalista) não esteja presente naquele momento e o usuário tenha que ser encaminhado para outro profissional da equipe. Por isso, faz-se necessário pensar a transferência como um momento importante no processo de acolhimento, não deixando de considerar o lugar da instituição e as possíveis interferências no manejo do tratamento, principalmente no que diz respeito à transferência institucional. Quando se tratar de uma transferência analítica, essa deve ser manejada durante o atendimento, de acordo com a estrutura psíquica do paciente: neurose, psicose ou perversão (BRAGA, 2012).

É por meio da transferência, que possibilita e institui as condições para o ato analítico, que o analista de um CAPS pode utilizar-se do espaço coletivo como um cenário para suas intervenções. Estes profissionais podem intervir em situação de urgência, no acolhimento e/ou nos cuidados com os familiares, e através de outras estratégias que colaboram no processo terapêutico (DASSOLER, 2012).

Alguns procedimentos realizados nos CAPS não são práticas convencionais de um psicanalista, por estarem diretamente associadas à atenção psicossocial. Porém, os analistas devem participar das atividades desenvolvidas nos CAPS, ciente dos lugares que podem ocupar diante das demandas institucionais (DASSOLER, 2012).

O analista não pode está alheio aos acontecimentos no território, pelo contrário, é possível “escutar o território” no que se refere ao lugar geográfico e psíquico. Ele pode facilitar a realização de ações e intervenções como: promover encontros em praças e ruas; introduzir reuniões e/ou seminários; e intervir em alguns setores (cultura, educação, assistência, movimento popular, entre outros). Essas intervenções realizadas no território consideram o fato de que só é possível haver sujeito no laço social, ou seja, não há um sujeito autor de si mesmo (ALENCAR, 2012).

Por isso, as oficinas terapêuticas são realizadas pelos psicanalistas como instrumentos de elaboração simbólica, favorecendo a construção de laços sociais. Todas as oficinas fazem parte da modalidade discursiva, que tem como objetivo oferecer entrada no simbólico por meio de outros acessos, já que a fala não produziu a subjetivação que dela se esperava. A proposta é identificar o sujeito como efeito da linguagem, transformando as oficinas em espaços clínicos. (DASSOLER, 2012).

As oficinas são realizadas através de grupos, os grupos somente se mostra desfavorável à ética da psicanálise caso a sua dinâmica ignore a subjetividade dos sujeitos em sua relação com o laço social. Os analistas que realizam essa prática consideram os trabalhos em grupo um dispositivo possível para a psicanálise, já que tem como objetivo estabelecer a dimensão significativa do sujeito operando como instrumento de acesso a linguagem na (re) construção do laço social (DASSOLER, 2012).

No que se referem às práticas individuais, elas continuam sendo um dispositivo de trabalho dos analistas em CAPS, porém esse tipo de procedimento não é prioridade. Os atendimentos realizados nos moldes da clínica psicanalítica são mais constantes nos CAPSad, visto que esse tipo de CAPS atende sujeitos envolvidos com uso de álcool e outras drogas, que estão referidos à estrutura neurótica (DASSOLER, 2012).

5. MÉTODO

Neste artigo, é apresentada uma pesquisa exploratória descritiva que utiliza uma revisão bibliográfica, em bases de dados do Scielo, no período de 2008 a 2015, para compreender as contribuições dos pressupostos psicanalíticos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

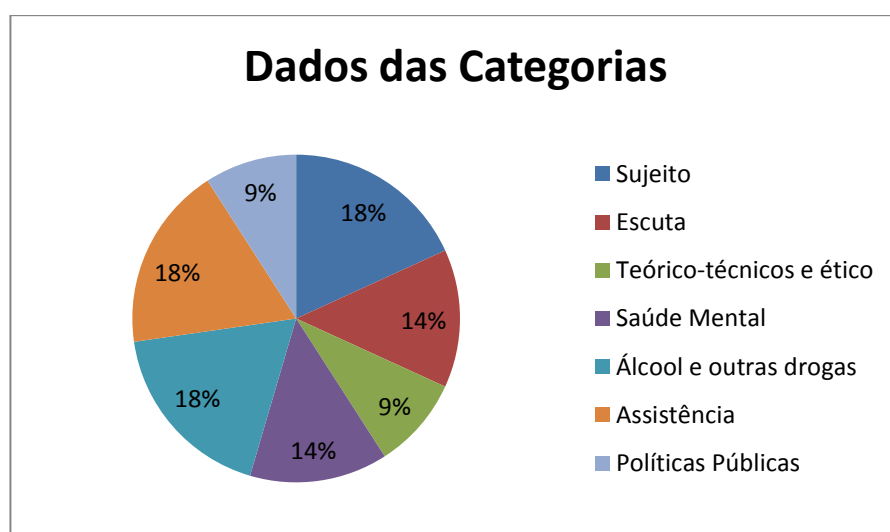
Para isto foi realizado, um levantamento de dados quantitativos e qualitativos para identificar estudos científicos publicados em 2014 e 2015 que estão associados à orientação psicanalítica nas práticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os dados foram coletados e organizados utilizando-se o programa Excel e depois categorizados, quando se procedeu à sua análise.

6. RESULTADOS

A partir da pesquisa foi possível encontrar o universo de 67 artigos científicos, sendo que 60 destes foram publicados no ano de 2014 e apenas 07 no ano de 2015. A hipótese é de que umas amostras destes artigos estejam ainda em submissão nos

periódicos indexados. Dos 67 artigos encontrados, somente 12 fazem parte da amostra (10 artigos do ano de 2014 e apenas 02 artigos do ano de 2015), ou seja, somente 12 artigos possuem temas relacionados a contribuições psicanalíticas nos Centros de Atenção Psicossocial. Desta forma, 55 artigos estão excluídos desta amostra.

A análise foi feita a partir dos objetivos e conclusões descritos nas publicações que compunham a amostra. Que levou à identificação de 18% de artigos tratando sobre aspectos do Sujeito, 14% sobre a Escuta, 9% sobre Teórico-técnico e ético, 14% relacionados à Saúde Mental, 18% sobre Álcool e outras drogas, 18% relacionados à Assistência e 9% sobre Políticas Públicas. Como exposto em tabela abaixo:



Um estudo destas categorias levou à seguinte análise:

Na categoria *Sujeito*, diferentes aspectos foram abordados tais como: o sujeito toxicômano e a representação da toxicomania por profissionais de CAPSad (FONSECA & SILVA, 2014); a importância da implicação do sujeito no que se refere aos desafios da clínica das psicoses, fazendo interlocução sobre a escrita como um dispositivo terapêutico, em oficinas em um CAPS (PINTO & NAVES, 2014); sujeitos jovens das comunidades populares que estão envolvidos em problemas com a Lei por uso e tráfico de drogas (FERNANDES, 2014); o sujeito do inconsciente (BENELLI, 2014).

Na categoria *Escuta*, os autores tratam sobre: escuta clínica e a intervenção social em múltiplos contextos, sobretudo nos CAPS, apontando para a capacidade que a psicanálise teve de se renovar e de se colocar em um discurso produtor de laço de trabalho e de escuta social (GAGEIRO & TOROSSIAN, 2014); o cuidado e a escuta do sujeito do desejo do inconsciente como uma modalidade ética (BENELLI, 2014); a

importância da escuta dos usuários e a participação da família no cuidado, consumando-se de forma humanizada (SILVA, 2015).

Na categoria *Teórico-técnico e ético*, os autores afirmam que: o trabalho da equipe é dificultado pela falta de referenciais teórico-técnicos e éticos no que se referem a questões singularizantes (SHIMOGUIRI & PÉRICO 2014); que os psicólogos podem encontrar, na psicanálise do campo de Freud e de Lacan, consistentes instrumentais teórico-técnico e ético, para orientar a atuação do trabalho institucional (BENELLI, 2014).

A categoria *Saúde Mental* apresenta aspectos como: a atual política de saúde mental infantojuvenil, dado ênfase a um processo de diálogo intersetorial que garanta integralidade dos cuidados, como propõe a atenção psicossocial (ZANIANI & LUZIO, 2014); a prática clínica do psicanalista em instituições públicas de saúde mental, abordando seus impasses e condições de possibilidade no trabalho clínico (RINALDI, 2015); modo como os profissionais compreendem ou concebem o cuidado em saúde mental, podem interferir na qualidade do atendimento (SILVA, 2015).

Na categoria *Álcool e outras drogas*, foram abordadas questões como: a relação do sujeito com o álcool e outras drogas, ou seja, o papel e o lugar que a droga ocupa na vida do sujeito (FONSÊCA & SILVA, 2014); a dificuldade (permeadas por preconceitos e estigmas) de profissionais que trabalham com usuários de álcool e outras drogas (SILVA & PERES, 2014); a avaliação do trabalho em equipe, apontando o CAPSad como um dispositivo social de subjetividade (SHIMOGUIRI & PÉRICO 2014); o tráfico de drogas por jovens das comunidades, fala também sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas por esses jovens (FERNANDES, 2014).

Na categoria *Assistência*, os autores discutem sobre: a organização da assistência social, afirmando que o CAPS é um serviço de referência, mas os dispositivos de gestão também devem cumprir seu papel, levando a discussão sobre a integralidade da assistência (MIRANDA et al, 2014); a importância da assistência a adolescentes em crise em um município metropolitano do Rio de Janeiro (PEREIRA et al, 2014); as diferentes modalidades de ética, como analisadores das práticas de atenção realizadas pelos psicólogos no âmbito da Assistência Social (BENELLI, 2014); a importância dos profissionais na elaboração da assistência e de que modo isso interfere nos atendimentos (SILVA, 2015).

Na categoria *Política Pública* os autores abordam questões sobre: as políticas públicas para a saúde mental, levando em conta a micropolítica que sustenta o trabalho

cotidiano das equipes (RINALDI, 2015); e a importância de identificar possíveis obstáculos na efetivação das políticas públicas (SILVA, 2015).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo apresentou a clínica psicanalítica como uma das possibilidades no atendimento a usuários do modelo psicossocial no campo da saúde mental, mais especificamente no CAPS, que foi desenvolvido a partir da Reforma Psiquiátrica. Ao retomar alguns textos freudianos, a autora identificou que Freud já falava da importância de profissionais “analiticamente preparados” que pudessem levar a contribuição da psicanálise para outros contextos.

O trabalho do analista, em instituição ou no setting terapêutico, é propiciar o aparecimento do sujeito. Seja no atendimento individual ou em grupo, o psicanalista deve escutar o sujeito em sua singularidade, permitindo que o mesmo possa conduzir – através do desejo – o seu próprio tratamento, que é manejado através da fala, da relação transferencial e de sua capacidade de elaboração simbólica. A relação transferencial, como dispositivo fundamental para a prática analítica, só é possível no momento em que o sujeito encontra alguém a quem ele possa endereçar suas palavras, seu desejo e suas dores. Uma das possibilidades de trabalho do psicanalista em um CAPS é a realização de oficinas em grupos que permitem a elaboração simbólica de conteúdos que o sujeito não conseguiu colocar em palavras.

O conceito de Clínica Ampliada, a partir da perspectiva psicossocial, aponta para: o sujeito; a criação de vínculo; a família; e o contexto que esse sujeito está inserido. Esses pressupostos, associado aos fundamentos psicanalíticos, visam orientar o trabalho da equipe, na medida em que o trabalho se dá no coletivo. Acredita-se na contribuição da psicanálise ao campo da saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, pois ao construir um espaço de fala, é possível realizar um processo de sistematização do saber, dando autonomia às equipes do CAPS, para que possam tomar iniciativas de articulação em rede com o território na construção do projeto terapêutico do usuário. Ao realizar esse trabalho, a equipe permite ao usuário a reabilitação, a cidadania e a autonomia; ampliando suas relações sociais e dando espaço para novas possibilidades.

Contudo, conclui-se, com base nos dados colhidos na metodologia, que ainda há poucos estudos no que se refere a esse tema, porém foi possível notar que aos poucos a psicanálise tem se consolidado no âmbito da atenção psicossocial, passando a ser mais

frequente nos CAPS, uma vez que, a escuta psicanalítica nas instituições permite um olhar singularizado (caso-a-caso) do sujeito em sofrimento.

Em vista dos argumentos apresentados, a psicanálise tem em seus princípios e fundamentos diversas ferramentas que podem ser utilizadas para além do trabalho no consultório, realizando grande contribuição ao campo da saúde mental, sobretudo, da atenção psicossocial. O trabalho do analista no CAPS pode ser realizado através da “escuta do território”, das oficinas terapêuticas, dos trabalhos em grupo, ou do atendimento individual, caso necessário.

Por fim, o presente artigo sugere que os profissionais que trabalham nos CAPS, sob a perspectiva da psicanálise, possam elaborar mais estudos sobre suas práticas. Ao abordar as facilitações e restrições que vivenciam no âmbito da saúde pública, no que se refere à estrutura física (que por muitas vezes tendem a dificultar/limitar o trabalho) e o manejo com a equipe, estes profissionais colaboram com quebras de paradigmas e preconceitos que ainda encontram-se presentes na prática da psicanálise aplicada.

8. REFERÊNCIAS

ALENCAR, Sandra Luzia de Souza. **Psicanálise e o SUS: uma experiência em saúde pública.** Psicanálise: invenção e intervenção. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre/Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre: APPOA, 2012.

BENELLI, Silvio José. **As éticas nas práticas de atenção psicológica na assistência social.** Campinas, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2014000200012&script=sci_arttext. Acesso em 04 jun. 2015.

BRAGA, Gilsiane Aparecida Ribeiro. **A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.** Minas Gerais, 2012. Disponível em: http://intranet.ufsj.edu.br/rep_sysweb/File/revistalapip/Volume7_n2/Braga,_Gilsiane_Aparecida_Ribeiro.pdf. Acesso em 04 fev. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **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).** Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 18 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em 18 fev. 2015.

DASSOLER, Volnei Antonio. **Com a palavra, os analistas: a psicanálise nos CAPS**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre/Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre: APPOA, 2012.

DOR, Joel. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. Tradução REIS, Carlos Eduardo. Porto Alegre: Artmed, 2008. 71 – 99.

FERNANDES, Francisco Leonel F. **Para uma clínica do uso de álcool e drogas com adolescentes das comunidades do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982014000300004&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 04 jun. 2015.

FONSÊCA, Janaína Maria Gomes; SILVA, Fabíola Barbosa Ramos. **Um olhar psicanalítico sobre a toxicomania: reinventando a clínica no serviço público**. Recife, 2014. Disponível em: <http://humanae.esuda.com.br/index.php/Discente/article/view/208/99>. Acesso em 04 jun. 2015.

FREUD, Sigmund. **A Dinâmica da Transferência**. In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: volume 10 (1912): observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos. Tradução e notas Paulo César de Souza. Companhia das letras – São Paulo, 2010.

_____. **Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise**. In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: volume 18 (1933): o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos. Tradução e notas Paulo César de Souza. Companhia das letras – São Paulo, 2010.

_____. **O Início do Tratamento**. In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: volume 10 (1913): observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos. Tradução e notas Paulo César de Souza. Companhia das letras – São Paulo, 2010.

_____. **O Interesse da Psicanálise**. In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: volume 11 (1913): totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos. Tradução e notas Paulo César de Souza. Companhia das letras – São Paulo, 2012.

GAGEIRO, Ana Maria; TOROSSIAN Sandra D. **A História da Psicanálise em Porto Alegre**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2316-51972014000100007&script=sci_arttext. Acesso em 04 jun. 2015.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Seminário III**. São Paulo, 2004.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan**. TRADUÇÃO: RIBEIRO, Vera; BORGES, Maria Luiza. Editora Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 1996.

LONGO, Leila. **Linguagem e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

MAURANO, Denise. **Para que serve a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

MELLO, Rosâne; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial**. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a10.pdf>. Acesso em 04 fev. 2015.

MIRANDA, Lilian et al. **Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000300592&script=sci_arttext. Acesso em 04 jun. 2015.

PEREIRA, Melissa de Oliveira et al. **Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001002145&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 04 jun. 2015.

PINTO, Angélica Lino; NAVES, Emilse Terezinha. **A escrita de si: um estudo psicanalítico sobre a clínica da psicose**. Goiás, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/28907/16059>. Acesso em 04 jun. 2015.

QUINET, Antonio. **As 4+1 Condições da Análise**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2005.

RINALDI, Doris Luz. **Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000200315&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 04 jun. 2015.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>. Acesso em 04 fev. 2015.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; PÉRICO, Waldir. **O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade**. São Paulo, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-90442014000100004&script=sci_arttext. Acesso em 04 jun. 2015.

SILVA, Maíza Quirino. **Concepções dos profissionais sobre o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Campina Grande, 2015. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/7184>. Acesso em 04 jun. 2015.

SILVA, Waleska Rodrigues; PERES, Rodrigo Sanches. **Concepções sobre álcool e outras drogas na atenção básica: o pacto denegativo dos profissionais de saúde.** Brasília, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000200015&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 04 jun. 2015.

TREVISAN, Ester Luiza. **Contribuições da Clínica em um CAPS.** Porto Alegre, 2012. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre/Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre: APPOA, 2012.

VILHENA, Junia; ROSA, Carlos Mendes. **A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000400011. Acesso em 04 fev. 2015

ZANIANI, Ednéia José Martins; LUZIO, Cristina Amélia. **A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.** Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100005. Acesso em 04 jun. 2015.