



“EU NÃO SEI DIZER NADA POR DIZER, ENTÃO EU ESCUTO”: O VÍNCULO COMO FERRAMENTA PARA A ESCUTA DO INENARRÁVEL EM UM CAPS AD

Paulo Vitor Fernandes Costa de Lima¹

RESUMO: Este trabalho objetiva compreender as possibilidades de cuidado agenciadas pela construção de vínculo em um CAPS AD, que situamos como uma clínica do insuportável em razão das marcas do racismo, do estigma e do proibicionismo na vida dos usuários de substâncias psicoativas. A partir da noção de testemunha, discute-se as direções de cuidado para sujeitos que narram o inenarrável. Propõe-se uma aproximação entre atenção psicossocial e psicanálise, considerando as contribuições de ambos os campos para uma compreensão sobre o vínculo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que realizou-se uma revisão narrativa da literatura entre agosto e setembro de 2025 nas bases SciELO, Google Acadêmico e Portal de Periódicos da CAPES, utilizando descritores como: atenção psicossocial, vínculo e escuta. O levantamento articula-se com o relato de experiência de estágio com duração de nove meses em um CAPS AD localizado no subúrbio do Rio de Janeiro. Considera-se que apostas para o cuidado na atenção psicossocial se materializam através do vínculo e da escuta, alicerces de uma clínica da delicadeza comprometida com a ampliação da vida.

Palavras-chave: atenção psicossocial; vínculo; psicanálise; escuta; testemunha.

“I DON’T KNOW HOW TO SAY ANYTHING JUST FOR THE SAKE OF SAYING, SO I LISTEN”: THE BOND AS A TOOL FOR LISTENING TO THE UNSPEAKABLE IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND OTHER DRUGS (CAPS AD)

ABSTRACT: This work aims to understand the possibilities of care facilitated by the construction of bonds in a CAPS AD (Center for Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs), which we situate as a clinic of the unbearable due to the marks of racism, stigma, and prohibitionism in the lives of users of psychoactive substances. Based on the notion of witness, the directions of care for subjects who narrate the unspeakable are discussed. An approximation between psychosocial care and psychoanalysis is proposed, considering the contributions of both fields to an understanding of the

¹ Graduando em Psicologia, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Aluno do Instituto de Psicologia da UFRJ. Estagiário na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Rio de Janeiro. E-mail: paulovfernandes12@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0129-4134>.



bond. This is a qualitative research study, in which a narrative literature review was conducted between August and September 2025 in the SciELO, Google Scholar, and CAPES Periodicals Portal databases, using descriptors such as: psychosocial care, bond, and listening. The survey is articulated with the account of an internship experience during nine months in a CAPS AD located in the suburbs of Rio de Janeiro. It is considered that bets for care in psychosocial care materialize through the bond and listening, cornerstones of a delicate clinic committed to the expansion of life.

Keywords: psychosocial care; bonding; psychoanalysis; active listening; witness.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), processo em curso no país desde a década de 1970 e influenciado pelas experiências de Basaglia em Trieste e de Fanon na Argélia, bem como de Dona Ivone Lara, Neusa Santos Souza e Nise da Silveira no Brasil, tem se consolidado como movimento crítico que busca a desinstitucionalização da assistência prestada à pessoa em sofrimento mental, rompendo com saberes e práticas psiquiátricas clássicas pautadas em um viés biologizante e hospitalocêntrico (Alves, 2022). Mais do que isso, a RPB, aliada à Luta Antimanicomial, vem conduzindo a construção de um novo lugar social para o sofrimento mental e para os sujeitos que o experienciam, adquirindo um caráter político de denúncia e inconformidade.

O cuidado na atenção psicossocial é subsidiado por quatro dimensões²: teórico-conceitual, jurídico-política, sociocultural e técnico-assistencial (Amarante, 2011). Em relação à última, que diz respeito à transformação e substituição do manicômio para novos equipamentos, compreendeu-se ser necessário o suporte diário, 7 dias na semana e 24 horas por dia, “entendendo a complexidade do existir e do sofrer” (Passos, 2023, p. 121). Assim, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de portas abertas, de base comunitária e territorializados, calcados

² A dimensão teórico-conceitual compreende as críticas ao paradigma psiquiátrico e a proposição de novas concepções sobre *loucura* e cuidado; a jurídico-política corresponde às transformações legislativas, institucionais e à construção de políticas públicas; a dimensão sociocultural propõe a construção de novos lugares sociais para a loucura e a ampliação da participação social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Para maior aprofundamento, ver Amarante (2011).



na liberdade, inserção social e participação ativa dos usuários em sofrimento mental em seu projeto terapêutico, em consonância com os princípios democráticos da saúde (Mota; Silva; Lyra, 2017), assegurados após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a Portaria Ministerial nº 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os CAPS são organizados em diferentes modalidades, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional. O CAPS AD III, por sua vez, oferta cuidado em saúde mental para pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas³, dispondo de leitos de acolhimento à demandas de crise e funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Esse serviço se constitui como um campo de práticas comprometido com a produção de saúde e de vida das pessoas que usam substâncias psicoativas, ancorado na concepção ampliada de Redução de Danos (RD), conforme orienta o Ministério da Saúde. O cuidado preconizado pela RD abrange o acolhimento, a construção de vínculos, a produção de autonomia e a redução dos danos associados ao uso de substâncias psicoativas, sem, no entanto, condicionar as práticas à abstinência total. Pelo contrário, busca-se construir em conjunto com os usuários formas mais seguras de se relacionar com o uso, respeitando suas singularidades e escolhas.

Valendo-se da dimensão técnico-assistencial — mas não se encerrando nela — o objetivo do presente trabalho é compreender as possibilidades de cuidado agenciadas pela construção de vínculo em um CAPS AD. Ancorado em Gondar e Antonello (2016), que lançam mão da função clínica da testemunha, busca-se refletir sobre o lugar que os profissionais Atenção Psicossocial, podem ocupar enquanto

³ Aqui, utilizamos o termo *álcool e outras drogas* em razão da adoção dessa terminologia pelo Ministério da Saúde em seus documentos oficiais. No entanto, utilizaremos ao longo do trabalho o termo *substâncias psicoativas*, por compreendermos que a noção de “droga” constituiu-se sob estigmas morais e proibicionistas que marcaram as experiências relacionadas ao seu uso.



testemunha a partir da escuta daquilo que narram os usuários do CAPS. Nesse sentido, cabe compreender em que medida o vínculo entre profissional e usuário se configura como ferramenta que possibilita essa escuta e, em consequência, o testemunho daquilo que é mais insuportável aos sujeitos em sofrimento mental.

O estudo trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter descritivo e reflexivo. O percurso metodológico aqui abordado combinou o levantamento bibliográfico realizado para o embasamento teórico com o relato de experiência de estágio produzido a partir da observação participante e do registro das atividades realizadas em campo. O levantamento bibliográfico ocorreu entre agosto e setembro de 2025, nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da CAPES, utilizando os descritores: saúde mental, atenção psicossocial, vínculo, escuta, afeto e testemunho, articulados pelo operador booleano *AND*, em diferentes combinações. A seleção das obras ocorreu de acordo com a sua proximidade com os objetivos do estudo, constituindo uma revisão narrativa da literatura, priorizando trabalhos que dialogassem com a atenção psicossocial, uso de substâncias psicoativas e produção de vínculos. Além disso, foram incorporados trabalhos considerados fundamentais para a discussão, como documentos normativos que orientam o campo da atenção psicossocial.

O produto desta busca foi submetido à leitura e análise crítica do autor, que atuou, de abril a dezembro de 2025, como estagiário de psicologia em um CAPS AD III. O estágio era realizado duas vezes por semana, com carga horária de 12 horas semanais. Como resultado da articulação entre o levantamento bibliográfico e a experiência como estagiário, foi desenvolvida uma análise crítica da realidade a partir dos seguintes eixos: 1) O CAPS e a clínica do insuportável – e do possível?; 2) Sobre vínculo: quem ouve como testemunha; 3) Escuta e implicação: a monstrosidade na clínica AD; e 4) Entre Homens: um grupo onde todas as masculinidades são bem vindas. Vale destacar que a pesquisa não provocou nenhuma



alteração na rotina já estabelecida do serviço, bem como no cotidiano dos usuários e profissionais. Da mesma forma, uma vez que não houve aplicação de entrevistas individuais ou coletivas, a pesquisa não propôs a realização de qualquer atividade que implicasse na identificação dos participantes envolvidos, não sendo necessário, portanto, o encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa.

O CAPS E A CLÍNICA DO INSUPORTÁVEL – E DO POSSÍVEL?

Antes de tudo, é preciso situar a escrita deste trabalho, localizar de onde ela parte, em qual território se circunscreve, quais marcas a atravessam. É preciso, como nas palavras de Dona Ivone Lara, pisar *devagarinho* nesse chão do qual pulsa vida, sentido, desejo. O CAPS AD III onde a pesquisa se desenvolveu fica localizado em um bairro da zona norte do Rio de Janeiro, abrangendo um extenso território de atuação e atendendo usuários de diferentes bairros dessa região. Como dispositivos centrais da RAPS, os CAPS, sobretudo na modalidade III, se configuram como aposta estratégica para o atendimento à situações de crise, garantindo um cuidado proximal e de base territorial. No entanto, sustentar um serviço de alta complexidade como um CAPS AD III em uma cidade como o Rio de Janeiro esbarra em impasses e particularidades que são próprias do território no qual se insere.

Coutinho, O'Dwyer e Nunes (2024) destacam as divisões geográficas, políticas e sociais que marcam o Município, que apresenta uma distribuição desigual de pontos de infraestrutura como abastecimento de água, rede de esgoto e distribuição de energia elétrica, implicando uma discrepância dos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de uma região para outra. Também a violência exercida pelo braço armado do Estado e por grupos civis armados marcam a experiência carioca. Na mesma direção, estudos sobre o território da Zona Norte, considerada parte do subúrbio da cidade, apontam a prevalência de profundas marcas de desigualdades socioeconômicas expressas em uma elevada densidade



populacional e baixos níveis de Índice de Desenvolvimento Social, evidenciando que a região enfrentou intensos processos de vulnerabilização. Este é, portanto, um território que foi historicamente povoado pelo povo preto e favelado, que enfrentou e enfrenta desassistências, que é atravessado pelo tiro do fuzil mas também pelo som do repique, sendo berço de cultura, ancestralidade e resistência frente ao projeto político que se estabelece. Produzir uma clínica da atenção psicossocial, com enfoque na população em uso de substâncias psicoativas nesse território é trabalhar com os limites da vida do outro, estabelecidos a partir da dinamicidade do cotidiano e das marcas sociais, políticas e históricas que o perpassam.

Historicamente, raça, classe e gênero foram atrelados ao significante da loucura, fazendo com que a população negra e pobre, em sua maioria mulheres, fosse internada involuntariamente em instituições psiquiátricas, evidenciando políticas de embranquecimento (Bento, 2001) disfarçadas de “cuidado”. Autoras como Passos (2018) vem apontando como a atualização das práticas manicomiais estão atreladas ao colonialismo e à colonialidade como lógica de extensão deste. Assim, o manicômio, embora abolido como instituição, expressa-se na medicalização e patologização da vida, no encarceramento em massa e genocídio da população pobre, preta e periférica, nas internações compulsórias, no avanço das Comunidades Terapêuticas e na *guerra contra as drogas*. É o que chamamos de manicomialização (David; Vicentin, 2020; Passos, 2020) ou ainda manicolonialidade (David, 2024).

Conforme afirmam Machado, Modena e Luz (2020), pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e em cuidado nos serviços de atenção psicossocial dificilmente são reconhecidas como sujeitos, em razão dos processos de criminalização, estigmatização, exclusão e desclassificação social que marcam a experiência do uso de substâncias psicoativas. Como efeito disso, se constroem subjetividades fragmentadas, inseridas na condição de “menos humanas” e nos signos da “delinquência” e da “loucura”, minando os vínculos desses sujeitos e as



possibilidades de existir. Temos, então, uma morte simbólica, a extinção da singularidade que resume o sujeito apenas à dimensão do uso da substância. Da mesma forma, a morte real desses sujeitos está expressa na exposição constante à violência armada que incide nos territórios periféricos, exterminando principalmente a vida de jovens negros, filhos e filhas de uma população que, ainda que consiga escapar da morte concreta, vai experienciando um intenso sofrimento.

As proposições de Neusa Santos Souza presentes no livro *“Tornar-se negro”* (2021), nos ajudam a pensar os sofrimentos sociais e a clínica AD, permitindo a compreensão de que a força avassaladora com a qual as violências chegam até a população usuária do CAPS AD desencadeia um sofrimento de ordem narcísica⁴, na medida que o impacto que se produz afeta os processos de constituição subjetiva. É necessário que haja um investimento de um terceiro, da cultura, de um modelo a partir do qual o sujeito possa se constituir. No entanto, se o olhar do Outro é acompanhado do racismo, das violências de gênero, do estigma, da manicolonialidade, do proibicionismo, o que se apresenta é a angústia (ou mesmo concretização) de aniquilamento subjetivo, de modo que a incidência dessas violências é sentida como “uma ferida que não cicatriza nunca” (Souza, 2021, p. 77).

O CAPS, então, se constitui como a clínica do insuportável. Aqui, situamos a clínica do insuportável como uma categoria analítica construída a partir da experiência de estágio e do diálogo com os referenciais teóricos que sustentam esse estudo. Com ela, buscamos nomear a incidência de experiências marcadas pela voracidade de violências estruturais e estruturantes na subjetividade e no sofrimento, que tornam difícil a simbolização. Para tanto, compreendemos o insuportável em duas dimensões: a primeira no sentido de que o próprio sofrimento mental, a “loucura” e o uso de substâncias psicoativas são vistos como o intolerável diante

⁴ O narcisismo, aqui tomado do ponto de vista psicanalítico, representa o processo da formação do Eu, através do qual o sujeito se constitui psiquicamente, comum a todos, mas marcado por especificidades, como os atravessamentos raciais.



daquilo que se apresenta enquanto normalidade — mesmo com os avanços dos debates sobre a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. A segunda na direção de que as violências que atravessam a experiência dos sujeitos em sofrimento mental, dos usuários de substâncias psicoativas, da população em situação de rua, pretos e pardos em sua maioria, vão se configurando como algo que os sujeitos não dão conta de suportar, pois representa a mortificação, o assujeitamento, a contenção desses corpos e dessas vidas.

Nesse sentido, a noção de uma clínica do insuportável na perspectiva da atenção psicossocial aponta os impasses à escuta e ao cuidado de sujeitos que experienciam um sofrimento que escapa às possibilidades convencionais de elaboração e que buscam na rede um espaço de acolhimento, demandando outras construções clínicas e de cuidado, que buscaremos deixar como pistas nessa produção. Produzir a clínica com essa população é estar diante do impossível, da impossibilidade de uma resolução “fácil”, de uma explicação causalista ou de uma intervenção individualizante. É reconhecer que se trabalha entre os limites do possível. Importa, na mesma medida em que se reconhece isso, não tomar a clínica do CAPS como terra arrasada, onde não haveria saídas, escapes, possibilidades.

Diante da impossibilidade da vida, o CAPS é o único lugar possível? Pedindo passagem para os saberes ancestrais, que fundam esse país e podem/devem ser convocados para pensar os processos de saúde-doença-cuidado, tomamos a direção de desnorteamento como processo de descolonização do conhecimento a partir de um movimento contracultural de resgate das diásporas, dos saberes e práticas insubordinados ao pensamento eurocêntrico, promovendo a resignificação da negritude e da desrazão, como proposto por David (2024). Assim, trazemos para a reflexão um Itan — contos africanos que narram histórias marcadas por canções, danças, rituais e ensinamentos e entendido pelos Yorubás como verdade absoluta sobre a criação do mundo, sendo profundamente respeitado por sua transmissão oral



realizada pelos mais velhos (Souza; Souza, 2018) — que nos convida a pensar a dinâmica da clínica AD.

Vejamos: os Ibejis, orixás gêmeos de nomes Kehinde e Taiwo, eram filhos de Oxum e Xangô e conhecidos pela pureza, pelas travessuras, pela alegria e pela música, que tocavam em pequenos tambores encantados que ganharam de presente de sua mãe adotiva, Iemanjá. Um dia, Ikú, a Morte, começou a matar todas as pessoas do povoado, mesmo antes do tempo de partir haver chegado. Para isso, Ikú montou armadilhas e espalhou por todos os caminhos, atraindo homens, mulheres, velhos e crianças. Ninguém conseguiu deter a voracidade de Ikú. Os ibejis, então, resolveram armar um plano para parar Ikú. Um dos gêmeos entrou no caminho onde a Morte havia armado suas armadilhas e foi tocando seu tambor, enquanto o outro, escondido, acompanhava o irmão. Ao ouvir o tambor, Ikú achou aquilo tão bonito que resolveu não matar o menino que tocava. Ela não sabia, mas o tambor encantado enfeitiçava os corpos e, assim, Ikú pôs-se a dançar, hipnotizada. Quando o primeiro gêmeo se cansava, o outro, escondido no mato, surgia em seu lugar, sem que a Morte percebesse, e assim a música jamais cessava. Até que em um momento Ikú, esgotada, mas sem conseguir parar de dançar, implorou por trégua aos Ibejis, pois queria descansar. Os gêmeos, então, fizeram uma proposta: se a Morte retirasse todas as armadilhas do caminho e não tomasse mais vidas fora de seu tempo, eles parariam com a música. Ikú, sem escolha, rendeu-se e aceitou a proposta dos irmãos. Assim, os Ibejis venceram a Morte, salvando a todos e ganhando a fama de muito poderosos.

O Itan dos Ibejis representa “os mistérios das dualidades que se integram sem se anular” (Simas, 2018). O Primeiro e o último a nascer. A vida e a morte. Parece também indicar algo para a condução da clínica da atenção psicossocial. Se a morte é isso que se apresenta no cotidiano do território, dos usuários e do CAPS, isso que vem antes da hora e devasta territórios físicos e subjetivos, os orixás gêmeos que dançam, encantam e enganam a morte nos ensinam que há algo de possível para



aquilo que se apresenta como insuportável, como sem saída em um primeiro olhar. Há manejo possível e o Itan nos mostra que a coletividade é condição para que os corpos marcados pela e para a morte construam saídas e escapes outros. Se Kehinde e Taiwo não fossem dois, teriam vencido a morte?

De forma inicial, já deixamos como pista que o perspectivar construções coletivas como alça para segurar o mundo parece uma aposta para a clínica AD. Se o CAPS é a clínica do insuportável, dada a voracidade da vida — e da morte —, e talvez seja mesmo um dos únicos espaços em que os usuários encontrem suporte, não pode ser o único. A condução dessa clínica deve alargar suas bases para que se construa alternativas outras, para que do insuportável se presentifique a figurabilidade do possível. Para que na luta constante contra uma realidade que é só desencanto, se encante e engane a morte. E isso parece ser mais possível a partir das trocas, do encontro a dois — como o de Kehinde e Taiwo —, do vínculo, esse que será objeto de análise na discussão a seguir e ao decorrer do trabalho.

SOBRE VÍNCULO: QUEM OUVI COMO TESTEMUNHA

Ao evocarmos Freud e a novidade introduzida por ele ao inaugurar o campo da psicanálise, chegamos à compreensão que um dos elementos fundamentais para a condução do tratamento é a transferência (Freud, 1912) ou, em outras palavras, o vínculo transferencial. Com o avanço da teoria psicanalítica é possível pensar a transferência não mais como apenas o encontro entre médico e *doente*, mas como um vínculo específico em relação ao psiquismo (Zygouris, 2002). Ainda que transferência e vínculo se apresentem como sinônimos, a autora propõe uma distinção entre a transferência propriamente dita, enquanto conceito psicanalítico que decorre da interpretação, e a noção de vínculo, que embora não pertença especificamente à psicanálise, nasce no campo da experiência analítica. Assim, o vínculo seria aquilo que não se interpreta, mas é vivido e embasa a singularidade do



encontro entre dois corpos presentes. É um território, “interpretado” a partir de um mapa, como a teoria psicanalítica ou o paradigma da atenção psicossocial.

O campo da atenção psicossocial, por sua vez, constituiu-se historicamente a partir de uma pluralidade de experiências clínicas, políticas e institucionais (Mazini *et al.*, 2023), dentre as quais se insere a psicanálise. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o paradigma da atenção psicossocial propõe a inclusão do sujeito em sofrimento mental, colocando em xeque os aparatos simbólicos e concretos de manicomialização e assujeitamento, reconhece-se o esforço da abordagem psicanalítica em questionar as ferramentas que visam exercer controle e normatização (Guerra; Vieira, 2006, 2006 *apud* Marinho, 2024), possibilitando um olhar para o sujeito que ultrapasse a dimensão do sofrimento e a lógica biomédica e causalista. Dessa forma, compreende-se que ambos os campos — atenção psicossocial e psicanálise —, ao colocarem a doença entre parênteses, garantiram um lugar de escuta e se constituíram enquanto clínica do sujeito, na qual se abre a possibilidade do encontro com ele e com sua singularidade.

Nesse panorama, compreende-se que a produção de cuidado em saúde mental, no contexto da atenção psicossocial, deve priorizar as tecnologias leves, definidas por Jorge *et al.* (2011) como as práticas que se localizam no âmbito das relações interpessoais, destacando-se a produção de vínculos, de autonomia e o acolhimento. Em uma postura contra-hegemônica, a aposta deve ser no cuidado que situa-se no “entre” (Cruz, 2009 *apud* Oliveira *et al.*, 2022), nisso que se estabelece entre o profissional de saúde — ou a instituição de saúde — e o usuário, que é “leve” pois escapa da enrijecimento de uma teoria, um método ou equipamento e favorece as trocas, o compartilhamento de saberes, afetos, desejos. Isso que só é possível ao dar abertura para as sutilezas dos sujeitos e da vida.

O que chamamos de vínculo é aquilo que vai se estabelecendo nas trocas no espaço da convivência, no cotidiano do serviço, no simples gesto de sentar ao lado de



um usuário e escutá-lo, seja sobre suas queixas familiares, suas dificuldades afetivas, suas trajetórias de vida e, até mesmo, ao compartilhar um gosto musical em comum. Tomando como perspectiva a experiência no campo de estágio, recordo-me que a maioria das vinculações que foi possível estabelecer emergiram de movimentos de aproximação aos usuários, do “puxar” para uma conversa, fora do consultório; ao ouvir com ele uma música que traz recordações, afetos, contorno para um momento mais difícil; ao dividir assento em um ônibus em um passeio ao território; ao sentar à sombra, em meio a folhas, lápis de cores e canetinhas, e desenhar rascunhos de uma relação que vai ganhando forma e cor no decorrer do tempo. E que vai se tornando motor para a condução do trabalho. Até que, no momento em que menos se espera, na sutileza de um dia que parece comum, o sujeito elege você como a sua referência — em um lembrete de que algo já está estabelecido no campo relacional — e convoca o seu corpo para dar contorno a ele quando algo se apresenta como sendo da ordem do insuportável.

Frente ao insuportável de narrativas marcadas pelo racismo e pelas violências outras, pelas ausências — do Estado, da família, da sociedade —, qual a direção de cuidado possível? O que é possível enquanto profissional de saúde ofertar? O que demanda um usuário de um CAPS AD? Em que sentido é possível acolher essas experiências e dar contorno a esses modos de existir? Na tentativa de construir pistas para a clínica da atenção psicossocial junto às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, lançaremos mão do conceito de testemunho, como proposto por Gagnebin (2006 *apud* Gondar; Antonello, 2016; Simoni; Moschen, 2020). Compreendido como uma imposição ética-política que visa o impedimento do esquecimento do passado, o testemunho se configura como condição de possibilidade para emergir o que há de mais insuportável na narrativa, abrindo caminho para que seja possível “esboçar uma outra história, a inventar o presente” (Gagnebin, 2006, p. 57 *apud* Simoni; Moschen, 2020, p. 9).



Conforme afirmam Gondar e Antonello (2016), frente a situações traumáticas, há o apelo para que um terceiro intervenha, na tentativa de alcançar cuidado e, em última instância, a superação do trauma, à medida que enxerga-se no outro uma possibilidade de junção do que foi fragmentado. Quando se endereça o sofrimento e as delicadezas da narrativa a um outro, o que se pretende é “contar para não esquecer, para testemunhar o imponderável, invocar o pensamento, convocar o olhar, compartilhar a responsabilidade, fazer passar a história adiante e inventar saídas” (Simoni; Moschen, 2020, p. 9). A função da testemunha, então, adquire importância nos processos de reinvenção da clínica com pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Para quem ouve, cabe a tarefa não apenas de acolher, mas primordialmente de reconhecer (Gondar; Antonello, 2016). Ou seja, quando se adota a postura de testemunha, importa dar crédito às situações de violência que marcam a forma como o usuário experiencia o mundo. Nessa direção, importa reconhecer que os usuários dos serviços da atenção psicossocial têm gênero, raça, classe e orientação sexual e que estes são constantemente violentados pelo sistema ao qual estão submetidos. Há uma marca que fica — no corpo e na mente — ao experienciar o racismo, a homofobia, a transfobia, a fome, a situação de rua. Logo, a maneira como esses sujeitos expressam o seu sofrimento, como experienciam o uso da substância, como chegam no serviço para cumprir o Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁵ e como manifestam a crise é atravessada pelos efeitos das violências impostas aos seus corpos.

É condução do cuidado acolher, reconhecer, dar contorno e não retroalimentar tais violências. Torna-se fundamental que quem narra o insuportável possa ser

⁵ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o conjunto de ações propostas para o cuidado de cada usuário, desenvolvido coletivamente pela equipe multiprofissional do CAPS a partir das especificidades de cada caso e visando a integralidade da atenção. Pressupõe-se que seja elaborado com a participação ativa do usuário e de sua rede de apoio.



“ouvido, lido, reconhecido num espaço clínico ou comunitário que aceite e compartilhe os titubeios, a ausência de ordem cronológica, o sofrimento da experiência” (Gondar; Antonello, 2016, p. 21). Certamente, não há como ofertar escuta às cenas traumáticas sem estar próximo ao sujeito. É aí que o vínculo aparece como ferramenta fundamental para essa escuta. É no “sentir com”, como proposto por Ferenczi (1992 *apud* Gondar; Antonello, 2016), que o profissional se abre à possibilidade de reconhecer e ressoar o sofrimento do usuário — sem se colocar no processo, pois isso representaria o apagamento do sujeito de sua própria narrativa. É da disponibilidade para o encontro que torna-se possível fazer do próprio corpo ferramenta para o contorno; se utilizar da voz e, primordialmente, do afeto para emprestar sentido para quem se encontra sem borda.

É necessário se fazer presente para que se possa suportar a posição de testemunha, encarando a ausência de sentido e a impossibilidade de narrar. Para isso, é fundamental afrouxar as estruturas da escuta que, dada a institucionalização dos dispositivos da atenção psicossocial a partir de discursos e práticas universalizantes, pode se engessar (Rinaldi, 2015). Esse afrouxamento é possível a partir da interseccionalidade (Collins; Bilge, 2020) enquanto ferramenta ética, clínica e política que possibilita a compreensão da existência de uma relação de interdependência entre relações de poder de gênero, raça e classe enquanto partes de uma mesma estrutura que agrava as desigualdades sociais e as formas de adoecimento. Assim, se produz uma escuta em movimento, “a partir do encontro com os sujeitos, e que gere afetações tantas, que os movimentos e mudanças ocorram dos ‘dois lados’, usuário e profissional, pois só se constrói uma prática antimanicomial quem está disposto ao movimento” (Feola; Rodrigues, 2024, p. 55).

A escuta aqui proposta caminha na direção do que reflete o eu-lírico da canção “Fala”, composta por João Ricardo e Luli e interpretada pelo grupo Secos e Molhados. Frente ao insuportável, importa que não haja pressa em responder ou



intervir naquilo que se apresenta ao usuário como sofrimento. Na condução do cuidado, não dizemos *nada apenas por dizer*; no ímpeto de afagar uma angústia que por vezes é mais nossa do que de quem conta. Deve-se assumir a posição do não-saber que funda a escuta, à medida que nos dispomos a ser afetados por aquilo que não compreendemos totalmente.

Na convocação para que o sujeito fale, e respeitando também o silêncio e a impossibilidade de narrar, nos dispomos a escutar, mesmo sem entender, intervindo quando necessário, fazendo assim presença para/com os usuários que chegam nessa clínica. Se a escuta é testemunho daquilo que é mais insuportável para o usuário — às vezes, da ordem do indizível —, o vínculo é a aposta de que há algo possível, de que quem ouve não vai embora e quem narra é livre para permanecer, ir e voltar quantas vezes for necessário. É, portanto, o vínculo que possibilita que do inenarrável se construam narrativas do possível; que permite uma postura que, suave como uma canção, entoa para o usuário os versos: “*se você disser tudo o que quiser, então, eu escuto*”.

ESCUTA E IMPLICAÇÃO: A MONSTRUOSIDADE NA CLÍNICA AD

Ao longo da construção deste trabalho vem se reconhecendo o perfil populacional que é atendido pelos serviços da atenção psicossocial, notadamente composto por pessoas negras. Importa, na mesma medida, reconhecermos quais são os corpos que ofertam o cuidado e a escuta para essa população. Nesse sentido, no que tange ao CAPS AD onde a presente pesquisa se materializa, a experiência de estágio permitiu perceber uma equipe também composta, em grande parte, por profissionais negros, que ocupavam cargos diversos, desde os serviços gerais até a gestão da unidade. São mulheres e homens oriundos de territórios periféricos da cidade, que foram alcançados por políticas públicas de educação, usuários do



Sistema Único de Saúde (SUS) e que ocupam esse lugar “privilegiado” de profissional de saúde.

Nessa esteira, há uma certa ambiguidade nessa posição de privilégio, uma vez que compreende-se que sim, foi possível algum escape para esses corpos frente ao projeto político de mortificação que possui como alvo a população dissidente desse país e que, por razões diversas, segue incidindo sobre a população usuária dos serviços. Também não se extingue os efeitos desse projeto na experiência subjetiva desses profissionais, que não se retiram da sociedade racista, LGBTQIAPN+fóbica, elitista e exploradora, ainda que ocupem esse outro lugar. Além disso, no sistema capitalista neoliberal, para algumas pessoas o trabalho se apresenta como exigência para a manutenção da existência e, diante das precarizações das condições de trabalho e de vida, a posição de profissional de saúde segue esbarrando em desafios constantes e presentes no cotidiano do serviço.

De forma inicial, é interessante pensar o que representa a ocupação dessa clínica. Pfeil, Pfeil e Pustilnick (2023), partindo da enunciação de Paul B. Preciado (2019) sobre “*o monstro que vos fala*”, se propõem a analisar as possibilidades, questões e os sentidos que são produzidos quando corpos dissidentes de gênero se presentificam no lugar da escuta clínica — essa mesma clínica que, historicamente, inseriu esses corpos no signo da monstruosidade, da alteridade, da Outrificação e da patologização. Propõe-se, então, a noção de um “*monstro que escuta*”. Ampliando essa perspectiva a fim de analisar os corpos que produzem a clínica AD, compreende-se que esses também experienciam o processo de Outremização (Morrison, 2019 *apud* Pfeil; Pfeil; Pustilnick, 2023) e, aliado a ele, de monstificação, dado os marcadores étnico-racial, de classe, gênero e território que atravessam esses profissionais.

A monstificação não é outra coisa senão o processo em que coloca-se no lugar da perversidade e da estranheza as formas de vida contrárias ao modelo



hegemônico de humanidade, sob o qual se erguem saberes especialistas como a Psiquiatria e a Psicologia. O monstro é esse Outro que é destituído da condição de sujeito porque escapa do ideal branco, cishétero, burguês e produtivo que mantém a estrutura colonial-capitalista em funcionamento, sendo desconsiderado da produção de conhecimento e de saúde. Cabe, então, pensarmos “como habitar a clínica, que se molda a partir do privilégio epistêmico, enquanto um corpo epistemicamente inferiorizado?” (Pfeil; Pfeil; Pustilnick, 2023, p.10).

Mesmo os campos progressistas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial mantiveram ocultas as contribuições de atores e pioneiros negros do movimento, como Fanon, Dona Ivone Lara e Neusa Santos Souza, conforme já apontou Passos (2018), evidenciando a manutenção do afastamento dessa monstruosidade que incomoda, que foi — e é até hoje — alvo dos instrumentos de manicomialização, mas que foi invisibilizada na construção de novas condutas em saúde mental. Ainda assim, nota-se a aproximação e chegada de profissionais negros, pertencentes à comunidade LGBTQIAPN+ e oriundos da periferia ao campo da Atenção Psicossocial, bem como o seu engajamento com a construção de outras formas de condução dessa clínica. A afirmação da monstruosidade adquire aqui caráter ético-político. Trata-se de assumir a diferença como aquilo que não precisa e não quer ser assimilado ou tolerado, mas que é fundamental para se pensar os processos de cuidado. Nas palavras de Pfeil, Pfeil e Pustilnick (2023, p. 11), “quando o corpo marcado pela diferença reivindica um espaço clínico majoritariamente normativo, nós torcemos certos limites que restringiam o exercício terapêutico à repetição da violência”.

Pensar as especificidades clínicas do atendimento às populações que sofrem violências estruturais ganha ainda mais nuances quando as mesmas violências atingem também os corpos da equipe responsável por acolher essa demanda. Sob um primeiro olhar, parece fazer sentido que a identificação, ainda que de forma



inconsciente, possibilite algum nível de vínculo. É no identificar-se com um outro, no reconhecer-se no olhar, no corpo, nas dissidências, no formato ou cor do cabelo, que parece ser possível uma aproximação e uma abertura para a fala e para a escuta. No entanto, somente a identificação não é suficiente para que se sustente um trabalho em saúde, podendo, inclusive, representar alguns entraves, uma vez que “cada um se afeta, e conseqüentemente, elabora de forma diferente, mesmo que passe pela mesma cena de opressão” (Santos; Teixeira-Filho, 2020, p. 16).

Experienciar um corpo dissidente, seja do ponto de vista do gênero, da sexualidade, raça ou classe, deixa marcas na escuta. Acolher os relatos dos usuários, marcados pelo signo da violência, do aniquilamento subjetivo e da morte é um processo marcado por afetações, de sentidos diversos. Uma certeza é a de que não há como sair ileso. A experiência no campo de estágio tem evidenciado os tensionamentos existentes quando um corpo dissidente se propõe a escutar isso que vai aparecendo como insuportável aos sujeitos. O que é possível escutar das cenas de violência que experienciam os usuários? Quais os deslocamentos possíveis quando se escuta isso que é tão parecido com a nossa experiência e, ao mesmo tempo, tão singular de cada sujeito? Dada a dureza dos relatos, esse trabalho de escuta vai sendo marcado por um desgaste psíquico significativo. Em alguns momentos, o estômago embrulha, a cabeça dói. O desconforto se faz presente. Parece impossível, mas aquilo que o sujeito está narrando aconteceu. E poderia acontecer com quem ouve. E talvez até já tenha acontecido.

Se o inenarrável apresenta-se ao usuário, o corpo que escuta, também marcado pela diferença e por uma série de violências, pode vivenciá-lo. Diante de um usuário que narra uma situação de racismo, por exemplo, inevitavelmente há um movimento que convoca em quem escuta um olhar para si e para a sua própria negritude. Quem ouve, ouve diferente. Ouve com respeito, com reconhecimento e com angústia. Se fôssemos citar aqui outras violências que marcam a experiência dos



usuários, abriria-se um leque de infinitas angústias que surgem a partir dessas escutas. Angústia essa que, por vezes, pode desembocar na cilada de querer “resolver” a vida do sujeito, de querer salvá-lo.

Um desejo que é legítimo, mas perigoso, pois partimos da premissa que promover saúde é acolher sem salvar. O trabalho deve, então, visar a implicação desse sujeito nesse contexto, nessa vida, ainda que precarizada, pauperizada e violentada. Exige uma construção, junto com o sujeito, que o conduza à compreensão de que se ele sofre racismo, se passa fome, se está desempregado, se enfrenta preconceitos em relação ao seu gênero ou à sua sexualidade, a razão disso não é outra senão a lógica de funcionamento da sociedade na qual ele está inserido, construída historicamente para expelir a diferença, aquilo que incomoda. Almeja-se, assim, a politização do sofrimento mental e, mais ainda, das existências que acessam a clínica AD.

Um outro desafio aparece quando, na crise⁶, o sujeito atua a partir da reprodução de violências direcionadas à equipe. Ao corpo que endereça-se o sofrimento, endereça-se também hostilidade, falas preconceituosas de cunho racial e de gênero, assédio. Quando o corpo marcado pela diferença ocupa o lugar da escuta clínica, se vê diante do desconforto que é experienciar uma situação de violência nesse lugar, promovida por quem busca cuidado. Nesse sentido, é importante que haja a separação entre o que é da crise e o que é do sujeito, compreendendo-se o que há por trás do ato e da reprodução da violência por quem, inclusive, a experiencia — quando um usuário negro, por exemplo, reproduz falas racistas direcionadas a um profissional. Faz-se necessário a construção de implicação e responsabilização do

⁶ No campo da atenção psicossocial, a crise é entendida como um período de sofrimento agudo que excede as condições psíquicas e sociais do sujeito, para o qual é necessário uma intervenção imediata, em que seja priorizado um acolhimento que ofereça recursos de elaboração e reestruturação dos vínculos para o usuário. Assim, a crise e seus modos de intervenção são compreendidos em contraposição a um viés biologizante e individualizante, marcas da tradição hospitalocêntrica.



usuário em relação a impossibilidade de tal conduta. De forma semelhante, destacamos ainda que a inserção do corpo que escuta na performance da dissidência não exime-o da possibilidade de reproduzir violências e dessas atravessarem o exercício da escuta, de modo que defendemos a proposta de uma “escuta em movimento, sujeita à capturas de modos violentos, mas na busca por uma prática sem violências” (Feola; Rodrigues, 2024, p. 46).

Escutar e acolher o inenarrável é confrontar-se com a sua própria realidade, com a própria *monstrificação*, com a própria (in)capacidade de narrar e suportar, e ainda assim, não perder a direção clínica desse trabalho. Envolve, inclusive, o exercício de reconhecer a necessidade de se retirar quando, em razão do vínculo e das afetações, não é possível escutar aquele sujeito e o seu sofrimento, tampouco pensar saídas. Dessa forma, respeita-se os limites subjetivos de cada um, usuário e profissional, por meio do reconhecimento daquilo que é demais para quem narra e também para quem escuta. Nesse processo, adota-se uma certa posição de estrangeirismo que deve residir no lugar de escuta (Santos; Teixeira-Filho, 2020), no sentido de que não se entende completamente o outro, ainda que haja com ele o compartilhamento de alguma identificação. É preciso um certo afastamento, que não é feito de qualquer forma e não significa indiferença ou desresponsabilização, mas uma atitude de não projetar a própria história sobre o outro e, ao mesmo tempo, reconhecer-se implicado nessa escuta. Assim, vão se construindo os alicerces de um lugar de escuta que é, simultaneamente, privilegiado e vulnerável.

ENTRE HOMENS: UM GRUPO ONDE TODAS AS MASCULINIDADES SÃO BEM-VINDAS

Seguindo os passos de nossa mais velha Conceição Evaristo, traçaremos aqui uma escrevivência, ou seja, uma “escrita feita a partir da vida cotidiana e do entrelaçamento da experiência individual com a experiência social de seu grupo de



origem” (Siqueira, 2024, p. 44), trazendo um fragmento das percepções obtidas a partir da inserção do estagiário, um homem negro, *gay* e periférico, em um dos dispositivos grupais da unidade. Trata-se de colocar no centro da discussão a escrita e a vida, inseparáveis.

Em agosto de 2025 foi inaugurado no CAPS AD onde a pesquisa foi realizada o Grupo de Homens intitulado “*Entre Homens*”⁷, a partir de uma demanda dos próprios usuários da unidade, que desejavam ter um espaço de escuta e acolhimento para as questões referentes à masculinidade, bem como ao uso de substâncias psicoativas, já que há algum tempo também se realizava na unidade um grupo de mulheres. O grupo foi proposto e organizado por dois profissionais da unidade e, a partir da incorporação do grupo no quadro de atividades da unidade, pude me aproximar e acompanhar os encontros, que ocorriam quinzenalmente, geralmente em um espaço fora do CAPS. Propunha-se que discutissemos sobre temas de interesse dos usuários em uma roda de conversa, que contava com a mediação dos profissionais e do estagiário. Vale ressaltar que o grupo seguiu em funcionamento na unidade mesmo após a minha saída com o fim do período de estágio.

Logo no primeiro encontro nos demos conta de que estávamos diante de um acontecimento histórico para o serviço, pois pela primeira vez se propôs um dispositivo grupal para pensar e ouvir as intersecções entre masculinidades, uso de substâncias psicoativas e saúde mental. Foi ali, sentados na grama do parque, que também constatamos: dos profissionais na mediação aos usuários, todos os participantes reunidos eram homens negros. E isso, por si só, já representava um movimento importante de não conformação com o projeto de morte que alveja nossos corpos. Estarmos reunidos ali carregava um importante simbolismo, uma representação da vida que pulsa na periferia, na população negra, que encontrou e segue encontrando estratégias de escape à morte.

⁷ Nome fictício adotado para preservar o anonimato do serviço e dos participantes.



Ao longo dos encontros, foi tornando-se evidente uma questão: para esses homens, a experiência do uso prejudicial de substâncias psicoativas atravessou gerações de suas famílias. Mais precisamente gerações de homens. Avôs, pais, tios, irmãos, filhos. Tantas histórias que se confundem umas com as outras. E que vão pertencendo a nós, ouvintes, à medida que se confundem com as nossas. O ponto de intersecção é o fato de que há na experiência desses homens um sentimento de fracasso por não corresponder ao ideal de masculinidade hegemônica, expressa em significantes como “ter um emprego”, “ter um relacionamento” ou “ser o provedor”. Se consideramos o modelo colonial-patriarcal-capitalista e se evocamos Fanon (2008), há um sentimento de inferiorização que é interiorizado pelo homem negro quando ele se dá conta que o ideal de homem é branco. Na experiência subjetiva desses homens surge então “a falta, a incompletude, a inferiorização, posta pelo mundo branco, atravessando as dimensões sociais e subjetivas” (Siqueira, 2024, p. 164). A substância aparece aí como uma compensação diante do distanciamento dessa masculinidade.

Escutar masculinidades, majoritariamente negras, foi um convite a olhar para os meus próprios processos de subjetivação. Enquanto um corpo dissidente de sexualidade nunca estive muito próximo disso que se apresenta como masculinidade, apesar de ser um homem. Houve, por outro lado, um fascínio pela feminilidade. Na verdade, pelo que tradicionalmente se associa a ela, como os predicados da afetividade, da sensibilidade e da delicadeza. Essa relação com o feminino trouxe alguns contornos mas também foi motivo de rechaço, visto que corpos masculinos não são autorizados a sentir, expressar, chorar, pois tudo isso é atribuído ao “ser mulher” e, logo, distancia-se do “ser homem”. A ideia de mediar um grupo de homens no CAPS me parecia um tanto quanto incômoda, pois estar em espaços compostos por homens sempre me causou desconforto. Felizmente, no trabalho na atenção psicossocial são os incômodos que produzem movimentos. Maior que o



incômodo foi a curiosidade em relação ao que poderia aparecer a partir desse dispositivo tão importante. Minha aproximação com o grupo de homens foi, assim, recheada de receios, mistérios, desejo e muita aposta.

Em pouco mais de dois meses de atividades, o Grupo “*Entre Homens*” já despontava como uma aposta estratégica e potente de cuidado na atenção psicossocial, numa convocação para pensarmos as masculinidades e os corpos masculinos para além dos “estereótipos de virilidade, coisificação sexual, brutalização, criminalização e suspeição criminal atribuídos aos homens negros” (Ferguson, 2000 *apud* Ribeiro; Faustino, 2017, p. 176). Com eles, fomos tecendo vínculos que foram tornando possível a escuta desses homens, apostando na construção de “narrativas rigorosas e não auto-indulgentes sobre como nos tornamos homens e negros” bem como na reflexão “sobre nós mesmos como múltiplos, instáveis, multifacetados, conflitivos, tensos e, certas vezes, paradoxais e com interesses politicamente incorretos e díspares” (Ribeiro; Faustino, 2017, p. 177).

O que se destaca, no entanto, é a potência do vínculo que se estabelece entre os usuários que participam do grupo, que vão construindo uma relação de confiança e abertura. A partir disso, conseguem compartilhar suas experiências, suas angústias, suas estratégias de redução de danos, de modo a gerar um sentimento de pertencimento em quem vivencia esse espaço. Sob a ótica de David (2024), é possível aqui marcar o vínculo como estratégia ancestral que reflete uma lógica aquilombada de cuidado na atenção psicossocial. O quilombo, enquanto agenciamento coletivo e relacional, representa a estratégia de resistência e proteção da população negra frente ao imperativo de violência que é marca da colonialidade. Para além de um território físico, o quilombo adquire em Beatriz Nascimento valor simbólico, sendo visto como processo de subjetivação, de afirmação da vida e de reconstrução da identidade negra, à medida que “promove uma consciência de



pertença, uma real ideologia comunitária, aceitação, singularização” (Nascimento, 2018, *apud* David; Vicentin; Schucman, 2024, p. 7).

Nessa esteira, compreendemos o aquilombamento como produtor de vínculos baseados na escuta, na ancestralidade e na defesa da diferença, em contrapartida à lógica individualista da formação social colonial-capitalista. Portanto, aquilombar-se é vincular-se e vincular-se pode, em alguma medida, significar um aquilombar-se, através da construção de uma relação que sustenta e reafirma a vida diante do inenarrável. Para além da relação entre profissional de saúde e usuário, o vínculo diz de uma grupalidade, de uma coletividade que vai se construindo nos grupos e oficinas do CAPS. Dessa forma, o vínculo usuário-usuário se apresenta como uma ferramenta estratégica e coletiva para a politização do sofrimento mental e das formas de vida, bem como de enfrentamento às formas de opressão e violência. Diante do imperativo da morte, do insuportável, *entre nós* temos, então, um juramento: “a gente combinamos de não morrer!” (Evaristo, 2018, p. 107).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos com os caminhos percorridos na construção deste trabalho deixar apostas importantes para as práticas de cuidado em saúde mental que orientam a clínica da atenção psicossocial. Se o manicômio é a expressão do afastamento afetivo da técnica ou de quem a realiza em relação ao sujeito em sofrimento, seu substituto direto, o CAPS, possibilita que o corpo que, agora promove cuidado, se aproxime do sujeito, não com intuito de objetificação em prol da ciência, mas com afeto e presença, conduzindo-o em direção à produção de expansão da vida. Assim, o vínculo e a escuta se apresentam como alicerces da construção de uma clínica da delicadeza (Passos, 2023), que aposta na possibilidade de que o sujeito construa para si outras representações, outros ideais e outras formas de estar no mundo que não



aquelas inseridas no registro do insuportável e, por isso, inenarrável. Uma clínica que é, portanto, política e suja de realidade.

A articulação entre a revisão narrativa da literatura e os saberes emergentes da vivência no estágio contribuiu para a compreensão de que existem formas de sofrimento que escapam às possibilidades de resolução ou simbolização. Reconhecemos que as potencialidades e os limites dessa clínica desembocam em uma região fronteira. A potência de uma clínica psicossocial junto à sujeitos que narram o insuportável reside na recusa do silenciamento e no reconhecimento das históricas violências que circundam a vida da população em acompanhamento nos serviços. De modo semelhante, a construção de outras narrativas, de vínculos e do testemunho como condição para algum nível de sustentação despontam como potencialidades do campo. Por outro lado, os impasses aparecem seja na exigência por respostas simplistas para sofrimentos que são produzidos pela complexa articulação entre racismo, estigma e proibicionismo, seja pelo fato de que os corpos profissionais que ocupam a posição de escuta também são atravessados pelas condições que constituem a formação social brasileira. Desse modo, a produção de cuidado na atenção psicossocial envolve simultaneamente a complexidade da vida dos usuários e de quem se disponibiliza a cuidar.

Certamente, como já visto, o manicômio não se finda, e vai se reatualizando, fenestrando as brechas da clínica psicossocial que, a trancos e barrancos, se mantém de pé em uma realidade de heranças coloniais e capitalistas. Nesse sentido, compreendendo que as violências direcionadas aos sujeitos que acessam essa clínica produzem desencanto, ou seja, distração, contenção dos corpos, morte concreta e subjetiva, reforçamos a defesa intransigente do encantamento proposto por Simas e Rufino (2020 *apud* Passos, 2025) como compromisso ético-político dessa clínica. Se a formação social brasileira é marcada pelo desencanto, os Ibejis nos ensinam que a partir da dualidade, do encontro e dos afetos é possível encantar e enganar a morte,



produzindo-se vida. Inspirados na ancestralidade, apostamos numa clínica psicossocial desnordeada, não-hierarquizada, tampouco individual e, em certa medida, aquilombada. Defendemos, assim, uma clínica insurgente, na qual se faça possível, diante da escuta e testemunho do inenarrável, organizar a raiva e defender a alegria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Tahiana. Reforma psiquiátrica e questões de classe, raça/etnia e gênero: particularidades do contexto brasileiro. **SciELO Reprints**, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4673>. Acesso em: 26 out. 2025.

AMARANTE, Paulo. Estratégias e dimensões do campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 61-82.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, 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, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 set. 2025.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva. **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 1-31. Disponível em: <https://www.media.ceert.org.br/portal-3/pdf/publicacoes/branqueamento-e-branquitude-no-brasil.pdf>. Acesso em: 27 set. 2025.

COLLINS, Patricia Hills; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020. 341 p.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz.; O'DWYER, Gisele; NUNES, Mônica de Oliveira. Territórios hostis e o atendimento à crise nos CAPS III na cidade do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34041, p. 1-21,



2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5pB94WvksGVzSGrH8XcssSN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2025.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde mental e relações raciais**: desnorteamento, aquilombação e antimanicolinialidade. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 2024. 280 p.

DAVID, Emiliano de Camargo; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 264-277, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2025.

DAVID, Emiliano de Camargo.; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; SCHUCMAN, Lia Vainer. Desnortear, aquilombar e o antimanicolinial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2024.v29n3/e04432023/pt>. Acesso em: 26 out. 2025.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas Míni, 2018. 124 p.

FANON, Frantz. A experiência vivida do negro. In: FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 103-126.

FEOLA, Fernanda Ribeiro; RODRIGUES, Luciana. Escuta em movimento: em busca de uma prática não violenta em saúde mental. In: GARCIA JR., Carlos Alberto Severo; CECCON, Roger Flores. (org). **Narrativas de violência e saúde mental**: experiências e territórios. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024, p. 37-58. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/280647/001213851.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 out. 2025.

FREUD, Sigmund. A Dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas volume 10**: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreier"), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução de Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 100-110.

GONDAR, Jo; ANTONELLO, Diego Frichs. O analista como testemunha. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 16-23, 2016. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/pusp/a/375pzJjbQgRGxBSYLrksWrN/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2025.

JORGE, Maria Salete Bessa. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3.051-3.060, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n7/3051-3060/pt>. Acesso em: 22 set. 2025.

MACHADO, Ana Regina; MODENA, Celina Maria; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PdsGKPNhYyXRY4Jhdx7KV8v/?format=html&lag=pt>. Acesso em: 27 set. 2025.

MARINHO, Maria Heloísa da Silva. **A inserção da psicanálise no campo da saúde mental: uma experiência com as oficinas**. 2020. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/31958>. Acesso em: 22 set. 2025.

MAZINI, Étore Gomes. *et al.* A psicanálise no campo da saúde mental: diálogos possíveis e desafios clínico-institucionais. **Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, v. 21, n. 4, p. 1336-1345, 2023. Disponível em: <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/3837>. Acesso em: 22 set. 2025.

MOTA, Mirella de Lucena; SILVA, Jorge Luiz da; LYRA, Jorge. O movimento de luta antimanicomial e os desafios em contextos de crise. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 519-536, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SERSocial/article/view/14954/13272>. Acesso em: 26 out. 2025.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou navio negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em: 25 set. 2025.

PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 116-129, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/47219>. Acesso em 22 set. 2025.



PASSOS, Rachel Gouveia. Por um encantamento da Reforma Psiquiátrica brasileira: antirracismo, aquilombamento e a clínica da delicadeza. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, e03364299, p. 1-11, 2025. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/3364>. Acesso em: 26 out. 2025.

PASSOS, Rachel Gouveia. Somos todos órfãos? In: PASSOS, Rachel Gouveia. **Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023, p. 107-126.

PFEIL, Bruno Latini; PFEIL, Cello Latini; PUSTILNICK, Nicolas. Eu sou o monstro que vos escuta. **Ayvu: Revista de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 1-19, 2023. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/PFEESO>. Acesso em: 12 out. 2025.

PRANDI, Reginaldo. Os Ibejis enganam a Morte. In: Prandi, Reginaldo. **Mitologia dos Orixás**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2000, p. 548-550.

OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de. *et al.* Vínculo, afeto, trabalho em saúde: aproximações ético-políticas sobre o cuidado. **Psicologia Argumento**, [S. l.], v. 40, n. 108, p. 1.472-1.496, 2022. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaaargumento/article/view/27718>. Acesso em: 27 set. 2025.

RIBEIRO, Alan Augusto Moraes; FAUSTINO, Deivison Mendes. Negro tema, negro vida, negro drama: estudos sobre masculinidades negras na diáspora. **Revista Transversos**, Dossiê: Áfricas e suas diásporas, Rio de Janeiro, n. 10, p. 163-182, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/transversos/article/view/29392/21047>. Acesso em: 23 out. 2025.

RINALDI, Doris Luz. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n2/315-323/pt/>. Acesso em: 25 set. 2025.

SANTOS, Kwame Yonatan Poli dos; TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva. A clínica e a construção dos lugares de fala e de escuta. **Cadernos De Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 21, p. 15-22, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/cadernossujatividade/article/view/44744>. Acesso em: 12 out. 2025.

SIMAS, Luiz Antônio. Os Ibejis e a morte: nos meus delírios, o povoado que os Ibejis podem salvar das artimanhas da morte fica aqui. **O Globo**. Rio de Janeiro, 11



set. 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/os-ibejis-a-morte-23057103>. Acesso em: 27 set. 2025.

SIMONI, Ana Carolina; MOSCHEN, Simone. Histórias, visibilidades e princípios operadores da desinstitucionalização em saúde mental: narrativas do possível. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/v29n3/1984-0470-sausoc-29-03-e190021.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

SIQUEIRA, F. M. de. **Cartografia da escrivência e construção de masculinidades negras na obra de Conceição Evaristo**. 2024. 256 p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2024. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1508448>. Acesso em: 23 out. 2025.

SOUZA, Daniela Barreto de; SOUZA, Adílio Júnior de. Itan: entre o mito e a lenda. **Letras Escreve**, Macapá, v. 8, n. 3, p. 99-113, 2018. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/60665098/4258-18989-1-PB20190921-40106-17dw8j2.pdf>. Acesso em: 27 set. 2025.

SOUZA, Neusa Santos. Narcisismo e ideal do ego. *In*: SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2021, p. 64-78.

ZYGOURIS, Radmila. **O vínculo inédito**. Tradução de Caterina Koltai. São Paulo: Escuta, 2002. 81 p.

Submetido em: 7 de abril de 2026.

Aceito em: 22 de junho de 2026.