

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FERNANDA TORRES APOLLONIO

A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível?

São Paulo

2016

FERNANDA TORRES APOLLONIO

A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência  
winnicottiana: uma articulação possível?  
(Versão Corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia  
da Universidade de São Paulo, como parte  
dos requisitos para obtenção do grau de  
Doutor em Psicologia

Área de concentração:  
Psicologia Clínica

Orientadora:  
Profa. Titular Maria Abigail de Souza

São Paulo  
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Apollonio, Fernanda Torres.

A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível? / Fernanda Torres Apollonio; orientadora Maria Abigail de Souza. -- São Paulo, 2016.

135 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: **Psicologia Clínica**) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Saúde mental 2. Reforma psiquiátrica 3. Atenção psicossocial 4. Psicanálise 5. Transferência 6. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971 I. Título.

RA790

Nome: Apollonio, Fernanda Torres

Título: A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível?

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título  
de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

À minha família, em especial ao meu esposo, Felipe, e à minha filha, Clarice, por todos os momentos em que tive que abstrair de nossa convivência o precioso tempo para este estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de formação, desde a graduação.

À professora Abigail, por sua paciência, compreensão e apoio nas diferentes fases em que o projeto passou até a conclusão desta tese.

Aos usuários do CAPS X, por todo o desenvolvimento profissional e pessoal conquistado a partir desta experiência, nas muitas e ricas oportunidades em que pude ver a dor transformando-se em esperança, a partir de relações afetivas positivas e genuínas.

Aos colegas do CAPS X, com quem pude aprender muito sobre a importância da experiência em saúde mental e sobre o valor do afeto na relação com os assistidos.

Aos gestores do município em que atuei, por me autorizarem a cumprir parte de minha carga horária semanal de trabalho na condução deste estudo.

Aos professores Alberto e Eliana, pelas contribuições valiosas dadas no Exame Geral de Qualificação.

Ao meu esposo, Felipe, por todo amor e incentivo desde o início e até nas fases mais críticas deste trabalho, também pela criteriosa revisão do texto.

À minha mãe, Ocelia, e ao meu pai, Antonio, por dedicarem tempo e disposição para me auxiliar com minha filha nos momentos em que precisei dispor de mais tempo para os estudos.

À minha filha, Clarice, por todas as vezes que se sentou ao meu lado e demonstrou profundo interesse pelo que eu fazia enquanto escrevia a tese, querendo muito escrevê-la comigo.

Aos amigos e familiares que sempre souberam dar uma palavra de incentivo nos momentos mais difíceis: Mercia, Edna, Rute, Filipe, Leila, Daniela, Roberta, Celina, Jamili, Cidinha, Janaína, Juliana, Marcio, Adriana, Lissiane, Amilton, Marcia, Marta, Débora, Elaine, Natália, Adriano, Cristina, Vivian, Bruna, Vânia, Adriana, Jorge, Renata, Andrea e tantos outros.

*Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.*

Clarice Lispector

## RESUMO

APOLLONIO, F.T. (2016). A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível? Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, surgiram no Brasil como dispositivos de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, seguindo preceitos da Reforma Psiquiátrica, por meio de trabalho interdisciplinar que visa à reinserção social e familiar de pessoas acometidas por transtornos mentais graves e persistentes. No CAPS, profissionais de diferentes formações estão, geralmente, envolvidos em múltiplas ações individuais, grupais e sociofamiliares, incluindo o exercício da função de Referência Técnica (RT) para certo número de usuários da instituição. A missão do CAPS é promover a reabilitação psicossocial, porém não há indicações específicas sobre a condução clínica de cada caso. O objetivo deste trabalho foi o de realizar uma reflexão teórica sobre a clínica interdisciplinar em CAPS, a partir dos conceitos winnicottianos de transferência da relação de dependência e ambiente. Para tanto, buscou-se contextualizar historicamente a saúde mental pública no país até a formação dos CAPS; revisar publicações psicanalíticas sobre o trabalho interdisciplinar preconizado para este dispositivo de saúde mental e discutir a transferência da relação de dependência, tal como proposta por Winnicott, a partir dos exemplos clínicos da experiência da autora como trabalhadora de um CAPS Adulto do interior do estado de São Paulo. A transferência foi discutida por meio de exemplos em que tal vinculação foi favorecida ou não neste CAPS, destacando-se a consistência entre os membros da equipe, bem como o acesso à supervisão e discussão de casos em reuniões técnicas, como facilitadores deste processo. Concluiu-se que a transferência da relação de dependência foi eminentemente observada na vinculação promovida a partir da RT, independentemente da formação do profissional de referência. E que o manejo coletivo do caso, no sentido de suporte à RT e manutenção de um ambiente consistente, foi o que pôde promover condições para a evolução clínica na atenção psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Atenção Psicossocial. Psicanálise. Transferência. Winnicott.



## ABSTRACT

APOLLONIO, F.T. (2016). *The psychoanalytical transference in psychosocial care and Winnicott's concept of dependent relationship: a possible approach?* Doctoral Thesis, Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo.

The Psychosocial Attention Centers - CAPS have been created in Brazil as mental health resources to substitute psychiatric hospitals, following the Psychiatric Reform precepts, with an interdisciplinary work that aims at the social and familiar reinsertion of people suffering severe and persistent mental disorders. At the CAPS, workers with different backgrounds are usually involved in actions with individual, group and social-familial contexts, including the Technical Reference (TR) function for a certain number of users in the institution. CAPS mission is to promote psychosocial rehabilitation; however, there are no specific referrals about the clinical guidance in each case. The objective in this paper was to make a theoretical consideration about the interdisciplinary clinical practice at CAPS, based on winnicottian concepts of transference of the dependency relationship and environment. In this research, a historical contextualization of public mental health in the country until the creation of the CAPS was done; psychoanalytic publications about the interdisciplinary work at CAPS were reviewed, and a discussion about the transference of dependence relationship was done, considering winnicottian theory and the clinical examples of the author's experience as a worker at a CAPS in a small city of São Paulo state. Transference was discussed through examples in which such linkage was favored or not in that CAPS, with an emphasis on the consistency among team members, as well as the access to the supervision and discussion of cases in technical meetings, as facilitators of such process. It was concluded that the transference of the dependency relationship was notably observed as a possible result from the relationship promoted by the TR, regardless the worker background. In addition, the collective handling of the case, in the sense of supporting the TR and maintaining a consistent environment, was what could promote the conditions for clinical evolution in psychosocial attention.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Psychosocial Attention. Psychoanalysis. Transference. Winnicott.

## RÉSUMÉ

APOLLONIO, F.T. (2016). *Transfert psychanalytique dans l'Attention Psychosociale et le Winnicottian concept de relation de dépendance : une articulation possible?*  
Thèse de Doctorat, Institut de Psychologie, Université de São Paulo, São Paulo.

Les Centres d'Attention Psychosociale, CAPS, ont surgi au Brésil comme des dispositifs de santé mentale ayant le but de remplacer les hôpitaux psychiatriques, suivant des préceptes de la Réforme Psychiatrique, grâce à un travail interdisciplinaire visant à la réinsertion sociale et familiale des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Dans les CAPS, les professionnels de différentes formations sont généralement impliqués dans plusieurs actions individuelles, de groupe, socio-familiales, y compris l'exercice de la fonction de Référence Technique (RT) pour un certain nombre d'usagers de l'institution. La mission du CAPS est de promouvoir la réadaptation psychosociale, cependant il n'y a aucune indication spécifique sur la conduite clinique de chaque cas. L'objectif de ce travail a été de réaliser une réflexion théorique sur la clinique interdisciplinaire dans les CAPS, à partir des concepts Winnicottiens de transfert de la relation de dépendance et environnement. Pour cela, nous avons recherché à contextualiser historiquement la santé mentale publique dans le pays jusqu'à la formation des CAPS; examiner les publications psychanalytiques sur le travail interdisciplinaire préconisé pour ce dispositif de santé mentale et discuter le transfert de la relation de dépendance, telle que proposé par Winnicott, à partir d'exemples cliniques de l'expérience de l'auteur en tant que travailleur dans un CAPS Adulte dans la province de l'état de São Paulo. Le transfert a été discuté au moyen d'exemples où un tel lien a été favorisé ou non dans ce CAPS, en mettant en évidence la cohérence entre les membres de l'équipe, ainsi que l'accès à la supervision et la discussion de cas dans des réunions techniques, en tant que facilitateurs de ce processus. Il a été conclu que le transfert de la relation de dépendance a été principalement observée dans le lien promu à partir de la RT, quelle que soit la formation du professionnel de référence. Et que la gestion collective du cas, dans le sens de donner un appui au RT et le maintien d'un environnement cohérent, a été ce qui a pu favoriser les conditions d'une évolution clinique dans l'attention psychosociale.

Mots-clés: Santé Mentale. Réforme Psychiatrique. Attention Psychosociale. Psychanalyse. Transfert. Winnicott.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Márcio.....	47
Quadro 2 – Tereza.....	50
Quadro 3 – José.....	58
Quadro 4 – Givanildo.....	58
Quadro 5 – Jorge.....	71
Quadro 6 – Felipe.....	73
Quadro 7 – Frank.....	76
Quadro 8 – Rafael.....	77
Quadro 9 – Marta.....	85
Quadro 10 – Vitória.....	88
Quadro 11 – Edílio.....	93

## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
APA	American Psychological Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial 1
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial 2
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial 3
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS-ij	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Referência Técnica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 CONTEXTUALIZANDO A PROPOSTA DE PESQUISA .....	13
1.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	16
1.3 A BUSCA POR ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS.....	19
1.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS .....	21
1.4.1 Contexto da pesquisa .....	24
1.5 A PSICANÁLISE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	28
1.6 A PSICANÁLISE DE DONALD WOODS WINNICOTT .....	30
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	<b>34</b>
3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
3.2 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	35
3.3 ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS .....	37
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
4.1 A TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE .....	38
4.2 A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL .....	40
4.2.1 Psicanálise e saúde mental pública .....	40
4.2.2 Psicanálise e atenção psicossocial.....	44
4.2.2.1 O trabalho interdisciplinar .....	49
4.2.2.2 As Referências Técnicas e os fenômenos (contra)transferenciais .....	56
4.2.2.3 Supervisão psicanalítica no CAPS.....	60
4.3 WINNICOTT E O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL SAUDÁVEL.....	64
4.3.1 Winnicott e a transferência da relação de dependência.....	68
4.3.2 A clínica winnicottiana no ambiente da atenção psicossocial .....	79
4.3.3 Transferência da relação de dependência na atenção psicossocial .....	87
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>97</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>103</b>
<b>7 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS</b> .....	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>106</b>
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	<b>116</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>131</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZANDO A PROPOSTA DE PESQUISA

A ideia do presente projeto surgiu da experiência da pesquisadora no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto de uma cidade do interior do estado de São Paulo<sup>1</sup>, no qual atuou entre 2008 e 2013, período em que pôde ter contato com as diferentes demandas cotidianamente apresentadas à equipe técnica da qual fez parte, tanto no âmbito das ações de reabilitação (por exemplo, nas atividades terapêuticas e elaboração de projetos terapêuticos singulares), quanto no âmbito institucional (por exemplo, em casos encaminhados pelo judiciário e na relação com serviços que compõem a rede local).

Como muitos trabalhadores da saúde pública de nosso país, sua entrada no CAPS Adulto deu-se por meio de concurso público municipal, mas com um diferencial – esta profissional buscou remanejamento com o objetivo de voltar-se para a psicologia clínica, após alguns anos dedicados à pesquisa em Neurociências e Comportamento, em pós-graduação, e à Prevenção em DST/AIDS, já no cargo de servidora pública municipal.

O desejo de atuar na clínica esteve presente desde sua graduação em Psicologia, tanto que buscou estágios na área, mas faltava-lhe consistência teórica e, portanto, segurança para avançar profissionalmente neste campo. Apesar disto, e por receio de afastar-se tanto a ponto deste retorno à clínica tornar-se inviável, aceitou convite para ocupar o cargo de psicólogo no CAPS Adulto do município em que era servidora pública.

Inicialmente, entendeu que seria condição necessária para este trabalho ter formação específica em uma abordagem da psicologia clínica, mas qual? Decidiu, então, conhecer melhor as vicissitudes da clínica dos transtornos mentais graves antes de dar qualquer passo além, já que havia mudado sua trajetória profissional.

Aos poucos, esta clínica foi conduzindo-a, nas sutilezas do cotidiano com os pacientes e nas trocas com a equipe multiprofissional, para o discurso da psicanálise

---

<sup>1</sup> A cidade não está especificada neste trabalho por preservação da identidade de pessoas vinculadas às vinhetas clínicas que serão posteriormente apresentadas.

– o discurso do inconsciente, que clama pelo reconhecimento, por meio de sinais e sintomas que imperam na vida de sujeitos cujo desejo ou provisão de necessidades básicas não se sustentou na relação com o mundo.

Nesta perspectiva, chamava-lhe a atenção o questionamento de Delgado (2008) sobre a interface entre psicanálise, saúde mental e atenção psicossocial, ao direcionar suas conclusões para a posição do analista como ponto de sustentação desta atenção, ao orientar o trabalho para a responsabilidade e implicação do sujeito com o seu desejo, para que este possa partilhar com o outro a vida social sem que seja “enquadrado” por este outro. Esta seria a ética da inscrição da subjetividade a partir da singularidade do desejo constituinte de cada um. Foi a partir deste ponto que se deu a aproximação da pesquisadora com a inserção da psicanálise na atenção psicossocial.

Todavia, na rotina profissional, esta psicóloga deparou-se com muitas situações em que surgiram dúvidas quanto às possibilidades de manejo clínico concomitante às outras demandas presentes na relação com os usuários do serviço. Por exemplo, o profissional psicólogo clínico poderia, ao longo de um único dia, estar no papel de analista em um grupo psicoterapêutico, representar a administração em reunião de conselho gestor (o qual é composto também por usuários e familiares) e, ainda, realizar uma visita domiciliar na qual orientaria sobre atividades da vida prática e diária. Esses e outros exemplos levaram-na a questionar a forma como os colegas, sobretudo psicólogos que também atuam em CAPS Adulto, respondiam à exigência de versatilidade no contexto da instituição, sem perder sua especificidade profissional e sua identidade teórica e técnica, mantendo o compromisso com a missão do CAPS.

Foram estes questionamentos que moveram a profissional a se apresentar como candidata ao doutoramento pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, na linha de pesquisa “Práticas Clínicas Psicológicas: fundamentos, procedimentos e interlocuções”. Assim sendo, este trabalho teve início no primeiro semestre de 2012, sob orientação da professora doutora Maria Abigail de Souza.

A proposta original era a de entrevistar psicólogos atuando nos CAPS com diferentes orientações teóricas, contudo, compreendeu-se que seria necessário maior conhecimento específico sobre diversas abordagens. Isto para que o diálogo com estes profissionais pudesse ser enriquecido com questões pertinentes às vicissitudes de cada um deles. Além disto, as indagações da pesquisadora estavam sempre

voltadas para a transferência, conceito bastante desenvolvido pela psicanálise, desde seus primórdios. Propôs-se, então, que fossem realizadas entrevistas apenas com psicólogos que atuam em CAPS por meio do referencial psicanalítico.

Por outro lado, não se poderia deixar de considerar que a própria interlocução com profissionais de orientação teórica psicanalítica impunha desafios, tendo em vista que esses psicólogos poderiam ser filiados a diferentes correntes psicanalíticas que emergiram a partir das formulações freudianas. Tais correntes psicanalíticas contribuíram com diferentes teorizações sobre a transferência nos transtornos mentais graves. Outra dificuldade evidenciou-se em duas entrevistas-piloto, nas quais a pesquisadora confrontou-se com aspectos éticos que poderiam ser extremamente delicados para a escrita dos resultados das entrevistas.

Assim, um novo caminho esboçou-se na trajetória deste trabalho, quando se chegou à conclusão de que entrevistar colegas com perguntas sobre os métodos de trabalho destes, mesmo que partindo de referencial teórico comum, também traria algumas limitações à divulgação deste conhecimento. Desde o princípio, o objetivo desta pesquisa foi contribuir para a promoção de uma reflexão clínica sobre o trabalho desenvolvido em CAPS e não trazer aos profissionais desconfortos decorrentes de uma análise crítica de suas experiências a partir de uma escrita acadêmica.

Diante disso, chegou-se à conclusão de que se poderia ilustrar, com vinhetas provenientes da experiência clínica da própria autora em CAPS Adulto, uma proposta de reflexão sobre a contribuição da psicanálise neste novo dispositivo de saúde mental, assim como sobre as possibilidades de manejo da transferência nos transtornos mentais graves e a interação entre diferentes profissionais que compõem uma equipe na atenção psicossocial.

No intuito de se proceder a um recorte que limitaria o campo de estudo da pesquisa, optou-se por privilegiar o referencial winnicottiano, visto ser a vertente clínica de experiência de análise pessoal e atuação clínica da autora. Neste contexto, foi então proposto o desenvolvimento do tema da inserção dos psicólogos psicanalistas nas equipes interdisciplinares em CAPS, ilustrando esta elaboração teórica com vinhetas do trabalho desenvolvido pela pesquisadora, como psicóloga de um CAPS Adulto III<sup>2</sup> do interior do estado de São Paulo no período entre 2008 e 2013,

---

<sup>2</sup> CAPS Adulto III é um dispositivo de saúde mental, de funcionamento 24 horas, voltado ao atendimento de pessoas com mais de 18 anos, portadoras de transtornos mentais graves e persistentes. O acolhimento pernoite, atualmente conhecido como hospitalidade diuturna, é destinado aos usuários deste serviço, nas situações de crise, por períodos curtos, visando evitar a internação psiquiátrica.



visando identificar contribuições do referencial psicanalítico ao exercício clínico, bem como pontos em que há dificuldades para avanços na interlocução entre o referencial psicanalítico e a reabilitação psicossocial, em cuja proposta reside a missão dos CAPS.

A partir de contribuições provenientes do Exame Geral de Qualificação, esta tese finalmente convergiu para uma reflexão sobre a clínica psicanalítica em CAPS, tendo como base os conceitos winnicottianos de transferência e ambiente, mantendo a proposta de apresentação das vinhetas clínicas e institucionais da pesquisadora que pudessem ilustrar este trabalho teórico, destacando-se a configuração interdisciplinar da equipe.

Porém, antes de iniciar tal reflexão, faz-se necessário discorrer sobre como as ações em saúde mental se fizeram presentes e foram sendo reformuladas no Brasil até chegarmos à proposta de constituição de Centros de Atenção Psicossocial, processo no qual os psicanalistas, psicólogos ou não, foram protagonistas, sobretudo na qualidade de trabalhadores da saúde mental. Em seguida, a trajetória de Donald W. Winnicott é brevemente apresentada, visando colaborar com a compreensão da escolha, neste trabalho, pela abordagem psicanalítica deste autor no campo dos transtornos mentais graves.

## 1.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – é um dispositivo de saúde mental criado no Brasil como resposta a um movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica, que em nosso país foi influenciado por mobilizações internacionais contrárias ao modelo manicomial.

Os manicômios surgiram ainda no século XVIII, a partir da visão da loucura como doença e sob a lógica da tutela e segregação de pessoas acometidas por transtornos mentais graves (Foucault, 1978). A ruptura com tal modelo de intervenção começou a ser desenhada a partir da década de 70, sobretudo representada pela Psiquiatria Democrática Italiana, que teve como seu maior representante o psiquiatra Franco Basaglia.

Basaglia (1982) entendia que a mudança de paradigma na assistência em saúde mental deveria envolver uma reflexão sobre valores sociais no que tange às relações entre a comunidade e a pessoa com transtornos mentais, com propostas como a desospitalização e reinserção destes sujeitos na comunidade.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi impulsionada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que passou a expressar publicamente suas inquietações perante o que era oferecido às pessoas acometidas por transtornos mentais graves – medicalização exclusiva, contenção e isolamento social crônico – sem que houvesse abertura político-ideológica para outros investimentos terapêuticos, sociais e culturais (Furtado & Campos, 2005).

Esses trabalhadores eram psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros, que lutaram para que houvesse humanização no cuidado àquelas pessoas que, após início das crises, passavam a ter suas vidas restritas a longos períodos de internações, intercalados com momentos de isolamento nas próprias casas – uma “presença ausente”, como se o doente não pudesse ser mais um ente reconhecido pelo núcleo familiar de origem. Sem o adequado investimento terapêutico no sujeito, nem mesmo suporte às famílias, muitos casos tiveram como desdobramento a perda irremediável de vínculos e foram absorvidos em hospitais psiquiátricos, na condição de moradores. Assim, a doença passou a ser socialmente cronicada.

Esse movimento dos trabalhadores ganhou força com a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, quando a crítica ao modelo vigente de atenção à saúde mental, principalmente na saúde pública, foi amplamente difundida (Amarante, 2001). No mesmo ano, foi realizado o II Congresso Nacional do Trabalhador da Saúde Mental (Bauru/SP), o qual se tornou marco da luta antimanicomial brasileira – trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental foram para as ruas, clamar por uma sociedade sem manicômios, e veicularam publicamente a Carta de Bauru (anexo A).

Com a constituição de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado, a promoção da saúde tornou-se tema amplamente discutido e, com a promulgação da lei 8.080 de 1990, surgiu o SUS - Sistema Único de Saúde, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de princípios doutrinários da universalidade de acesso, da integralidade das ações e

da equidade na assistência em saúde, e princípios organizativos como a regionalização, a hierarquia, a descentralização e a participação popular.

Sob a lógica do SUS, ampliaram-se os questionamentos sobre a assistência em saúde mental vigente até então, a qual negligenciava casos ditos leves e moderados e pautava-se apenas na atenção hospitalar aos pacientes com transtornos graves, que por vezes eram encaminhados para longos períodos de internação em municípios distantes de sua família, sem que houvesse continuidade de tratamento em outros níveis de atenção em seu território, lógica esta contrária aos princípios do próprio SUS.

Logo em seguida a mobilização popular alcançou o Poder Legislativo. Em 1989, o deputado Paulo Delgado propôs ao Congresso Nacional projeto de lei que tratava dos direitos das pessoas com transtornos mentais, com o fim dos manicômios.

Em 1990, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), por meio de argumentos norteadores da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgou a Declaração de Caracas (anexo B), documento que convoca países da América Latina e Caribe a repensarem, em seus Sistemas Locais de Saúde (SILOS), as políticas públicas de Saúde Mental, rompendo com a lógica asilar e promovendo atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva.

No Brasil, em 1992, com a II Conferência Nacional de Saúde Mental, mudanças de paradigma começaram a ser concretizadas, com a instituição do dia 18 de Maio como dia da luta Antimanicomial e divulgação de experiências exitosas de um novo modelo de atendimento que se iniciava na cidade de Santos.

Somente em 2001, mais de uma década depois da proposta inicial, a Lei Federal Brasileira 10.216/01 foi aprovada, tratando da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no país, tendo em seu artigo 4º, inciso Iº, a descrição da finalidade do tratamento, enquanto promotor de reinserção social do paciente em seu meio. Segundo Delgado (2011):

O sentido mais profundo da Lei nº 10.216 de 2001 é o cuidado. Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nosologia, catálogos de interdições. Dedicada a cidadãos enfermos vistos como sem vontade, liberdade, autonomia porque

foram colhidos pelo mal de viver. Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la. (p. 4704)

Ainda em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual as reivindicações reformistas, já expressas em Lei Federal, consolidaram-se em políticas públicas. Surgiu, então, a proposta da formalização dos CAPS como dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos na atenção aos casos graves.

Ao longo desse processo, outras estratégias em saúde mental, como residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência, inserção de ações de saúde mental na atenção básica, entre outras, foram sendo constituídas para compor uma rede substitutiva de assistência em saúde mental, incluindo o tratamento aos casos leves e ações de prevenção.

É evidente que o avanço nesta mudança de paradigma em saúde mental não tem sido uniforme em todas as regiões e municípios brasileiros, porém o rumo à desospitalização já foi traçado a partir da lei 10.216/01 e outras legislações que se seguiram. Todavia, ainda não está claro o “como fazer” para que a reabilitação aconteça, de fato, na vida de cada usuário dos dispositivos de atenção psicossocial, bem como não existe uniformidade na composição de redes de saúde mental por todo o país – questão esta que se faz importante para as equipes interdisciplinares que se constituíram como resposta aos ideais reformistas.

### 1.3 A BUSCA POR ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS

Os CAPS são dispositivos de saúde mental que prestam assistência às pessoas que apresentam transtornos mentais graves e persistentes, o que corresponde a uma pequena parcela da população que necessitará de atendimento em saúde mental, em algum momento da vida. A avaliação sobre o tipo de demanda em saúde mental que se apresenta em cada caso é fundamental para que os encaminhamentos sejam corretamente direcionados, visando qualificar o atendimento prestado.

Segundo o Ministério da Saúde, 12% da população geral necessitam de algum tipo de atendimento em saúde mental, sendo que 3% sofrem por transtornos mentais graves e persistentes e 6% apresentam transtornos mentais graves decorrentes do

uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim sendo, permanece como um desafio o fortalecimento de políticas de saúde para pessoas com transtornos mentais de alta prevalência, geralmente relacionados a fatores sociais (como desemprego, violência, etc.), o que requer uma rede de atenção de base comunitária e maior investimento em ações de Saúde Mental, que engloba apenas 2,3% dos recursos do SUS ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), consulta realizada em 13/06/2012).

Andrade, Walters, Gentil e Laurenti (2002) realizaram um estudo com 1464 residentes adultos de dois bairros atendidos por um complexo hospitalar localizado na cidade de São Paulo, no qual observaram que 45,9% dos sujeitos já tiveram em algum momento da vida um diagnóstico de transtorno mental, sendo mais prevalentes, em ordem decrescente, a dependência de nicotina, transtornos de humor, ansiedade, transtornos somatoformes e etilismo.

Segundo o princípio da integralidade do SUS, todos devem receber atendimento integral em saúde, nos diferentes níveis de atenção, de acordo com as necessidades avaliadas. Assim sendo, é esperado que, na Atenção Básica, pessoas com transtornos mentais possam ser atendidas e, apenas quando necessário, devem ser encaminhadas para serviços especializados como os CAPS. Todavia, a demanda comumente chega via pronto atendimento, na forma de queixas clínicas diversas.

No caso dos CAPS há sempre uma preocupação em compreender o que se entende por transtorno mental grave e persistente que deve ser acolhido nestes serviços. Isto porque, para casos de ansiedade e depressão leves ou moderadas, principalmente em quadros reativos, a inclusão do assistido neste tipo de dispositivo pode ter representações pouco salutares, significando um estigma que traz consigo a possibilidade de agravamento das preocupações do sujeito sobre sua real condição psíquica. Para tais casos, considerados de menor complexidade, o Ministério da Saúde propõe atendimento na Atenção Básica em Saúde, como referido anteriormente.

Um grande desafio para o crescimento e sustentação da atenção extra-hospitalar em saúde mental, após quase 30 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é a estruturação, no âmbito municipal, de uma rede territorial substitutiva completa, articulada e dinâmica, composta por profissionais engajados aos ideais reformistas, dispostos a fazer valer a missão institucional dos serviços substitutivos aos hospitais, sem perder de vista a vertente clínica deste trabalho.

## 1.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Os CAPS emergiram nos municípios brasileiros com a missão de colocar em prática no país a proposta da reabilitação psicossocial prevista pela Reforma Psiquiátrica, apostando no potencial humano para a (re)inserção na vida familiar, comunitária, profissional e afetiva, de forma autônoma e singular, para o que se faz necessário às suas equipes considerar a história de vida de cada um junto à comunidade de origem (Saraceno, 1996).

Os Centros de Atenção Psicossocial, segundo o Ministério da Saúde (2004), são dispositivos públicos de atenção em saúde mental voltados ao atendimento a pessoas com transtornos mentais graves, por meio das seguintes estratégias:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte em atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- promover a reinserção social do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS têm, portanto, a fundamental missão de fazer valer a proposta de Reforma Psiquiátrica, apostando no potencial humano para a reabilitação psicossocial de forma plena, por meio do investimento de toda uma rede de saúde articulada no potencial do sujeito acometido por transtornos mentais, rede esta cujo dinamismo deve ser orquestrado pela instituição Centro de Atenção Psicossocial.

Como dispositivo municipal de saúde mental, são propostos na Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, três tipos de CAPS:

- CAPS – ad (atendimento específico a pessoas dependentes de álcool e outras drogas);

- CAPS Adulto (atendimento às pessoas adultas com transtornos psicóticos e neuróticos graves e persistentes) e

- CAPS – ij (atendimento à população infanto-juvenil com transtornos mentais).

Os CAPS podem, ainda, funcionar em três regimes diferentes, de acordo com critérios populacionais – CAPS I, II e III (assim definidos por tamanho de equipe e horário de funcionamento, sendo que os CAPS III funcionam 24h, acolhendo em hospitalidade noturna usuários do serviço, em momentos de crise).

Os CAPS são previstos para municípios com mais de 20 mil habitantes e, atualmente, há no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 2.709 CAPS, nas três modalidades e nos três diferentes regimes de funcionamento (Ministério da Saúde, em <http://cnes.datasus.gov.br/>, consulta realizada em 18/11/15).

O projeto terapêutico singular (PTS) deve ser elaborado para cada usuário nos CAPS de acordo com o grau de comprometimento da autonomia, interesses e necessidades do indivíduo, considerando também recursos sociofamiliares e comunitários dos quais dispõe e/ou pode vir a usufruir. É importante ressaltar que a definição do PTS deve ser feita com o assistido, que passa a ser protagonista em seu tratamento.

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos usuários do CAPS que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário (até vinte dias/mês); o semi-intensivo é o tratamento destinado àqueles que requerem acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS(até doze dias/mês); o não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor do que uma vez por semana (até três dias/mês) (Portaria GM 336/02).

O objetivo é que o usuário do CAPS tenha seu quadro estabilizado e possa ser estimulado a estar cada vez menos inserido em atividades dentro do CAPS e cada vez mais na comunidade de origem - esta é a reabilitação proposta como meta para os CAPS.

As equipes dos CAPS são compostas por diferentes profissionais de nível técnico e superior – instrutores de oficinas, técnicos de enfermagem, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, educadores físicos, entre outros. Cabe a todos estes profissionais acolher e avaliar as situações

que se apresentam no trabalho com os usuários, visando elaboração de propostas terapêuticas que melhor se adequam às demandas específicas de cada assistido, considerando a rede disponível às ações intersetoriais, tradições e cultura local.

A substituição progressiva dos leitos psiquiátricos requer a constituição de uma rede integrada de atenção em saúde da qual os CAPS são parte fundamental. Outros elementos substitutivos cruciais para que a Reforma Psiquiátrica Brasileira seja uma realidade foram constituídos ao longo dos últimos anos.

Leis, diretrizes e portarias foram instituídas para que a rede substitutiva fosse formalizada, como as diretrizes de redução progressiva de leitos psiquiátricos no país, definidas nas Portarias GM nº 52 e 53/2004 do Ministério da Saúde; a lei 10.708/03, que institui o Programa de Volta para Casa - auxílio-reabilitação psicossocial, que visa promover a assistência e integração social de pessoas que passaram por dois ou mais anos consecutivos de internação psiquiátrica; a lei 12.060/05, regulamentada pelo decreto 55.052/09, que dispõe sobre a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a Portaria 106/2000, que propõe os Serviços de Residências Terapêuticas, criados para acolher em moradias comuns pacientes egressos de longas internações, sobretudo no município de origem, a Portaria 122/2012, que cria o serviço de Consultório na Rua para atendimento às pessoas em situação de rua e a Portaria 396/2005, que define os Centros de Convivência e Cultura como espaços de sociabilidade e sustentação das diferenças, nos quais pessoas com transtornos mentais podem conviver com sua comunidade, participando em atividades conjuntas.

A Reforma Psiquiátrica não só proporcionou a criação de novos dispositivos de saúde mental, mas também trouxe à tona a necessidade de reorganização da rede de atenção em saúde, tendo como base o princípio doutrinário da integralidade e o princípio organizador da hierarquia na atenção em saúde, previstos no SUS, segundo os quais a Atenção Básica em Saúde deve estar implicada nos cuidados às pessoas acometidas por transtornos mentais, seja por meio da assistência clínica aos casos graves, seja pela promoção de ações em saúde mental às pessoas com transtornos leves e moderados. Neste mesmo contexto, além da promoção em saúde mental, cabe à Atenção Básica a elaboração de estratégias de prevenção aos agravos em saúde mental na população geral, o que requer também neste nível de atenção um trabalho em rede com a educação, a assistência social, a cultura, etc.

A rede de atenção em saúde mental em um município foi denominada RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, a partir da Portaria GM nº 3.088 de 26 de dezembro



de 2011, com última republicação em 21 de maio de 2013. Segundo esta portaria, os CAPS compõem a Atenção Especializada, numa rede articulada que abrange os diferentes tipos e necessidades de cuidados em saúde mental.

#### **1.4.1 Contexto da pesquisa**

As vinhetas que serão apresentadas são referentes à atuação da pesquisadora como psicóloga em um CAPS Adulto III de um município paulista, o qual será denominado neste estudo como “CAPS X” a partir deste ponto. Este serviço de saúde mental, conforme descrito anteriormente, está voltado ao atendimento a pessoas com mais de 18 anos, acometidas por transtornos mentais graves e persistentes, com a possibilidade de hospitalidade noturna em situações de crise, com objetivo de evitar a internação psiquiátrica.

Entre 2008 e 2013, período de atuação da pesquisadora no CAPS X, havia no município, além deste CAPS, um Ambulatório de Saúde Mental, um CAPS-ad e um CAPS infanto-juvenil. Em algumas unidades básicas de saúde havia ações pontuais de saúde mental, desenvolvidas por profissionais destes serviços em parceria com as equipes das unidades, ações estas que faziam parte de uma proposta de aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica.

No CAPS X, a equipe técnica era composta por 17 profissionais, em média, sendo a maioria formada por técnicos de enfermagem e enfermeiros. Esta configuração decorreu do fato de não haver o cargo de oficinairo, ou cargo equivalente, no município em questão, sendo que técnicos de enfermagem conduziam oficinas terapêuticas com o suporte dos demais profissionais. Além disto, tratava-se de um serviço de saúde com funcionamento em 24 horas, cujo plantão noturno sempre foi composto por dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro. Os demais técnicos eram três psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social (cargo ocupado apenas nos últimos dois anos desta experiência) e um ou dois psiquiatras.

O espaço físico e a localização deste serviço tinham peculiaridades, consideradas por grande parte da equipe como divergentes da proposta de CAPS. Era uma pequena chácara alugada, à beira de uma estrada, quase na saída da cidade. O imóvel tinha muitas árvores, entre as quais circulavam animais silvestres como

saguís, maritacas e gambás. A vizinhança se constituía de um lado por um terreno baldio, pelo outro por uma empresa de ônibus e ao fundo por alguns condomínios de prédios. Na frente, uma rotatória da estrada dava acesso ao bairro mais próximo à chácara e ao município vizinho.

Logo na entrada, havia uma pequena casa (três cômodos), um campo de futebol e, em seguida, um espaçoso estacionamento que dava acesso a um grande pátio, que tinha a cozinha, a enfermaria e os cinco leitos de um lado; a recepção, duas salas de atividades, duas salas de atendimentos, sala da gerência e uma sala de reunião do outro lado. Nos fundos, além de mais árvores e espaço para carros, havia um salão maior no qual atividades com usuários e equipe eram realizadas.

Segundo a proposta de reabilitação psicossocial, o usuário do CAPS deve estar inserido em sua comunidade. Nesse imóvel, entretanto, qualquer saída com os assistidos para além das imediações era dificultada, sendo necessário elaborar um esquema complexo que não permitia fazer destas saídas uma rotina. Assim, as atividades semanais concentravam-se no espaço físico do CAPS, quando, na maior parte dos CAPS Adultos, o PTS do usuário deveria envolver atividades nos dispositivos da comunidade (por exemplo, centros comunitários, centros esportivos, escolas, etc.).

O número de profissionais era reduzido, o que também dificultava a saída frequente com os usuários, que eram em torno de 45 a 50 pessoas por dia, muitos dos quais faziam uso assistido de medicação e não tinham autonomia para circularem sozinhos pela cidade. Alguns aprenderam apenas como chegar ao CAPS, mas por falta de estímulo frequente, não conseguiam usufruir de outros espaços sociais.

As oficinas mudavam de acordo com o interesse dos usuários, serviços contratados e as habilidades dos técnicos do CAPS. Alguns exemplos de oficinas são: vivências, artes, futebol, dança, teatro, relaxamento, tapeçaria, culinária, produção, música, caminhada, beleza, plantio de mudas de árvores frutíferas, etc. Neste recorte de cinco anos, a pesquisadora viu oficinas serem propostas e serem canceladas, tendo como motivo frequente de cancelamento a falta de recursos humanos. Nenhuma oficina proposta foi cancelada por falta de interesse de usuários.

Além das oficinas, eram realizados dois grupos psicoterapêuticos, psicoterapias individuais, consultas psiquiátricas (individuais ou em grupos),

atendimentos individuais por Referência Técnica<sup>3</sup> (RT), visitas domiciliares, buscas ativas, ações de saúde mental em algumas unidades básicas, acolhimento aos novos usuários, atendimentos para elucidação diagnóstica e oferta de hospitalidade noturna, entre outros.

Pelo período de dois anos, ao longo destes cinco anos de experiência, foi proporcionada à equipe supervisão clínico-institucional, de orientação psicanalítica, uma vez a cada quinze dias. Intercalada com a supervisão, foi proposta uma reunião de estudos, porém esta teve pouca adesão dos funcionários, que aproveitavam o horário sem oficinas para fazer visitas, atendimentos individuais e relatórios. Além disto, a equipe tinha reuniões técnicas semanais, para discussão de oficinas, revisão de PTS e comunicados em geral.

Aos finais de semana e feriados, os membros da equipe revezavam-se em plantões de 12 horas para manter o serviço em funcionamento diurno, mas apenas com atividades voltadas para usuários acolhidos e para aqueles que precisavam passar o dia no CAPS - seja por falta de continência familiar, seja por estar em crise. Esses plantões eram compostos por seis profissionais, geralmente um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um psicólogo ou terapeuta ocupacional ou psiquiatra, um profissional administrativo e um auxiliar de limpeza. Dificilmente esta configuração de equipe era completa, por falta de recursos humanos e por normatizações referentes às horas-extras.

Cada usuário do CAPS tinha uma dupla de Referência Técnica, composta por um profissional de nível superior e um técnico de enfermagem. Estes profissionais eram responsáveis por dialogar com as famílias e usuários sobre PTS, realizar visitas domiciliares, propor ações fora do CAPS, discutir o caso em rede e nas reuniões técnicas, além de produzir relatórios técnicos necessários (p.e., ao Poder Judiciário).

A definição das referências era, preferencialmente, por afinidade com o caso, porém eram necessárias inclusões na “lista de referência” de cada técnico daqueles usuários que não tinham esta afinidade ou até mesmo aqueles para quem a RT já não tinha condição (pessoal, emocional, enfim, contratransferencial) para conduzir. Por vezes, alguns usuários contavam apenas com uma RT por longos períodos (p.e.,

---

<sup>3</sup> Referência Técnica (RT) é um conceito utilizado em CAPS em relação aos profissionais que são diretamente responsáveis pelo acompanhamento da evolução de um determinado número de assistidos. No CAPS em que a pesquisadora atuou, havia uma dupla de Referências Técnicas – um profissional de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou enfermeiro) e um profissional técnico de enfermagem – para cada usuário.

quando um profissional deixava o caso, por alguma das razões acima citadas, ou deixava de trabalhar no CAPS).

Nas reuniões técnicas, era comum que os profissionais que atendiam os usuários nas oficinas e grupos trouxessem um determinado caso para discussão, mesmo que não fosse sua RT, o que poderia resultar numa proposta de mudança de PTS que seria discutida entre RT (uma delas ou a dupla) e o usuário em questão (geralmente em conjunto com a família).

Uma grande parcela dos usuários com frequência semi-intensiva ou intensiva era composta por pacientes antigos do CAPS, alguns mesmo desde a inauguração deste serviço em 2001. Era consenso da equipe que esta dificuldade em avançar na reabilitação psicossocial destes usuários tinha três razões: o “costume” da vida em cronicidade (alguns vieram de longos períodos de internação psiquiátrica), dificuldades em estabelecer parcerias com a família (que também se acomodou com a ausência do doente no lar) e, por fim, dificuldades logísticas já enunciadas para acompanhar estes usuários de forma rotineira em ações extra-muros.

Geralmente, a reputação deste serviço de saúde mental entre os assistidos era muito boa, com relatos por vezes emocionantes sobre como foram bem acolhidos pelo CAPS X quando eles não encontravam mais lugar na sociedade. Todavia, qualquer possibilidade de mudança para outro espaço físico, mais próximo dos centros urbanos, era vista como ameaçadora para muitos frequentadores da instituição, mesmo para aqueles que atravessavam a cidade para chegar ao CAPS X. Daí decorre a conclusão de que o ideal de reabilitação psicossocial não estava internalizado nos assistidos, apesar de todos os esforços da equipe para explicá-lo.

Exemplos eram as saídas para centros culturais da cidade, que sempre eram vistas como passeios e não como oportunidade para usufruir destes espaços como cidadãos. As saídas, assim, perdiam sua função de reintegração dos usuários do CAPS a estes espaços sociais, uma vez que só os visitavam na condição de pacientes do CAPS, em grupos acompanhados por funcionários deste serviço.

## 1.5 A PSICANÁLISE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Por ser um método de compreensão do psiquismo humano, a psicanálise esteve historicamente presente nas reflexões reformistas, sobretudo no que se refere à necessidade de tomada de posição ética dos trabalhadores da saúde mental no cuidado oferecido ao sujeito em adoecimento psíquico, no sentido de considerar sua singularidade na atenção psicossocial.

A psicanálise é, ao mesmo tempo, método de compreensão das relações humanas e técnica terapêutica. Este duplo sentido do termo resulta em dificuldades no entendimento do que é ser psicanalista (Hermann, 1999) e a identidade do psicanalista, como profissional que exerce determinada prática clínica, requer uma ampla reflexão quando se trata de atuar em CAPS, onde as vicissitudes da missão institucional implicam em desafios para tal abordagem.

Questões como estas também devem ser colocadas perante outras abordagens teóricas que instrumentalizam os profissionais que atuam nos CAPS, tendo em vista que este modelo de trabalho é específico da realidade brasileira pós-reforma psiquiátrica e não podemos ter uma compreensão simplista da transposição de técnicas terapêuticas pensadas em outros *settings* para esta nova realidade.

Alguns autores criticam a presença da abordagem psicanalítica, sobretudo entre psicólogos que atuam no SUS, por considerarem-na prática individualista-intimista contrária à realidade vincular das demandas da saúde pública (Dimenstein, 2000 e Bernardes, 2007). Em contraposição, há trabalhos que apontam construções teóricas e técnicas em psicanálise de grupos, conforme Terzis e colaboradores (2007) apresentam em uma revisão.

Há, ainda, trabalhos como os de Figueiredo (2004), que faz críticas ao argumento que coloca a reabilitação psicossocial em oposição à clínica, ao atribuir exclusivamente às equipes a responsabilidade por produzir estratégias para a reabilitação, sem que o sujeito seja o protagonista em sua saída da condição de sofrimento.

Furtado e Campos (2005) consideram que o trabalho que envolva o sujeito de direito e o sujeito do inconsciente é o grande desafio da Reforma Psiquiátrica. Estes autores afirmam ainda que há um risco de burocratização e alienação das práticas em saúde mental decorrentes da convivência com a loucura e com as resistências da

sociedade, sobretudo entre os trabalhadores que não tiveram a oportunidade de vivenciar o processo de transformação da política pública de saúde mental, tendo em vista que as instituições de formação não abrangem suficientemente esta questão. Os autores tratam da importância da formação em serviço, sob a lógica da Educação Permanente<sup>4</sup>, destacando a gestão participativa como estratégia neste sentido.

Guerra (2009) sintetiza a relação entre a psicanálise e a Reforma Psiquiátrica da seguinte maneira:

Sabemos que, nessa clínica, são diferentes as vias de articulação da Psicanálise com os ideais da reforma psiquiátrica. Assistimos ao uso da Psicanálise como teoria de interpretação, como ferramenta de intervenção, como inspiração política de inclusão pela singularidade, como chave de leitura para a supervisão institucional, como polo dialógico junto à multiplicidade de outros referenciais teóricos e clínicos. Enfim, verificamos seu uso como elemento que contribui para a consolidação do projeto ético de respeito e tratamento à diferença que a psicose comporta, apostando na possibilidade de invenção de soluções por parte do sujeito que nela se encontra estruturado.” (p. 133)

Outro ponto de discussão é a viabilidade do uso de técnicas psicanalíticas no trabalho clínico com pacientes psicóticos, por não haver nos primórdios da psicanálise qualquer indicação para isso, pelo menos da forma em que se preconizava no trabalho com pacientes neuróticos, por meio de interpretações provenientes da relação transferencial com o analista, sobretudo no que tange à transferência positiva, o que Freud considerava atributo impossível nos pacientes psicóticos, que eram capazes apenas de estabelecer transferências negativas (Maciel, 2008).

Cruz e Viana (2012) demonstraram alta prevalência de insucessos nos atendimentos a casos graves e discutiram a necessidade de transformação na técnica psicanalítica, considerando o intrapsíquico e o intersubjetivo. Ressaltaram ainda que, a partir da escola inglesa de psicanálise, houve ampliação das fronteiras do método psicanalítico, ao se compreender que mecanismos bastante primitivos que operam nas psicoses estão presentes também nos sujeitos “normais”.

Não há, portanto, consenso entre autores que tratam da abordagem psicanalítica dos transtornos mentais graves, nem mesmo sobre a possibilidade de contribuição da psicanálise nos dispositivos públicos de saúde mental no Brasil. Considerando-se este panorama, a pesquisadora propôs-se a realizar um levantamento de publicações científicas que envolvessem reflexões a respeito da

---

<sup>4</sup> Educação Permanente é uma corrente de pensamento em educação que parte do princípio que o adulto também é sujeito de educação, porém sua aprendizagem não deve ser pensada a partir de uma lógica escolar, mas sim como um processo que envolve toda a sua vida, desde seu contexto comunitário até o contexto laboral (Ministério da Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2006).

clínica psicanalítica nos transtornos graves, sobretudo aquelas embasadas nas teorizações de Winnicott, para que uma discussão sobre a transferência nos novos modelos brasileiros de atenção psicossocial pudesse ser construída.

## 1.6 A PSICANÁLISE DE DONALD WOODS WINNICOTT<sup>5</sup>

Donald Woods Winnicott nasceu em 1896, em Plymouth (Devon), Reino Unido, e faleceu em Londres, em 1971. O pai era um comerciante que se tornou cavalheiro e Donald era o único filho homem e caçula de três irmãos. Passou a infância numa propriedade rural, para depois ir estudar em Cambridge, onde tinha muitos amigos, foi escoteiro e praticava esportes. Winnicott casou-se por duas vezes, porém nunca teve filhos.

Decidiu tornar-se médico após ter fraturado uma clavícula, praticando esporte na adolescência – não conseguiria imaginar-se dependendo de médicos a vida toda, teria ele que ser um médico também. Teve seu primeiro contato com a psicanálise já durante a formação em medicina, quando ficou curioso por não conseguir recordar-se de seus sonhos.

Foi cirurgião-estagiário num *destróier* durante a Primeira Guerra Mundial, havendo se formado em medicina em 1920. Foi em 1923 que começou sua trajetória de 40 anos no Paddington Green Children's Hospital, inicialmente com a clínica pediátrica e depois na psiquiatria infantil, atendendo a cerca de 60 mil casos.

Ainda no começo da carreira médica, Winnicott começou sua análise pessoal. Fez análise por longos anos com James Strachey e depois com Joan Riviere. Em 1935, iniciou supervisão com Melanie Klein, o que manteve por seis anos. Nos anos 1940 iniciaram-se debates conflituosos na Sociedade Britânica de Psicanálise, entre seguidores de Melanie Klein e de Anna Freud, e Winnicott filiou-se ao que ficou conhecido como Middle-Group, não sem antes ter grandes embates teóricos com Melanie Klein e Anna Freud.

---

<sup>5</sup> Informações colhidas na Introdução do livro "O Gesto Espontâneo" – Martins Fontes, São Paulo, 2005, que reúne correspondências de D.W. Winnicott, relacionadas à sua obra e teoria, organizado por Robert Rodman, com o apoio de Clare Winnicott, Madeleine Davis, Ray Shepherd e Christopher Bollas e no livro "O Ambiente e os Processos de Maturação", D.W. Winnicott, em prefácio escrito por José Ottoni Outeiral – Artmed, Porto Alegre, 1983.

Durante a Segunda Grande Guerra, Winnicott foi consultor no plano de evacuação de crianças de Londres para o interior, experiência que se desdobrou em suas teorizações sobre as tendências antissociais. Em 1945 publicou “O Desenvolvimento Emocional Primitivo”, trabalho que iniciou sua contribuição original em psicanálise.

Winnicott manteve seu trabalho na clínica pediátrica em paralelo à psicanálise de crianças e adultos, além de suas publicações e atuação em conferências e palestras para públicos específicos e população em geral, tendo feito uma série radiofônica para a BBC de Londres sobre o desenvolvimento infantil.

Em suas consultas psiquiátricas com crianças foi, aos poucos, abandonando o exame físico e em seguida a prescrição de medicamentos, visando reduzir as interferências sobre o processo de observação, pautado na psicanálise.

Por haver um número elevado de famílias que buscavam atendimento para suas crianças, Winnicott passou a estudar maneiras de tornar o tempo com o paciente mais econômico e significativo possível, desenvolvendo, por exemplo, o jogo dos rabiscos e o hábito de dar algo para a criança para que ela pudesse utilizar, mesmo que isto significasse destruir.

Winnicott preocupava-se com as intrusões desnecessárias que poderiam atrapalhar o desenvolvimento emocional saudável, tanto que se recusava a dar conselhos aos pais e fazia críticas aos profissionais que interfeririam precocemente com seu saber técnico sobre a relação entre a mãe e o bebê.

Em sua teoria sobre o desenvolvimento emocional humano abordou a tendência inata ao desenvolvimento que, diante de condições suficientemente boas, promove um processo de descoberta e criação do mundo objetivamente percebido, a partir de um estado inicial em que não há um indivíduo, mas sim um bebê-no-colo-da-mãe, mãe esta que deve ser um ambiente facilitador para que haja o desenvolvimento pleno, criativo e prazeroso.

Por essas ideias, Winnicott passou a ser alvo de críticas pelas duas correntes da Sociedade Britânica de Psicanálise. Sua posição contrária ao uso de termos metapsicológicos, aproximando-se mais da linguagem comum, também foi passível de críticas, no sentido de falta de seriedade.

Winnicott (1954-5/1993) considera que, ao psicanalista, não é possível desconsiderar a importância do meio ambiente no desenvolvimento inicial do ego e



na conseqüente formação do narcisismo primário, no qual um *holding*<sup>6</sup> é fornecido pelo meio ambiente sem que o indivíduo tenha sequer noção da existência deste ambiente ou de sua união com ele.

A teoria winnicottiana seguiu no sentido de dar importância ao ambiente no desenvolvimento emocional humano, mantendo-se alinhada com a psicanálise, com as formulações de Freud sobre o inconsciente, que rege nossa percepção do mundo exterior. No entanto, Winnicott passou a creditar valor terapêutico singular ao manejo, sobretudo para aqueles pacientes que não tiveram esta possibilidade nas fases iniciais da vida, para que estes pudessem retomar o desenvolvimento emocional, tornando-se capazes de relacionar-se com o ambiente objetivamente percebido, como pessoas inteiras.

Assim, Winnicott destaca-se por suas teorias a respeito dos estágios mais precoces do desenvolvimento emocional humano, quando ainda não há no novo ser uma noção de si mesmo e do mundo exterior - sendo a dependência absoluta em relação ao meio. Outro aspecto importante deste autor é a sua descrição das conseqüências das falhas deste ambiente inicial (mãe ou sua substituta) no processo inato de desenvolvimento, apesar de Winnicott considerar que tal tendência ao progresso permaneceria latente, passível de ser retomada quando na presença de um ambiente satisfatório.

É nesse ponto, sobre o potencial terapêutico de um manejo promovido por um ambiente satisfatório (mesmo que tardiamente), que o presente trabalho se vale da teoria de D.W. Winnicott, buscando refletir a respeito das potencialidades e desafios encontrados na clínica desenvolvida no ambiente interdisciplinar de um CAPS Adulto.

---

<sup>6</sup>  *Holding* foi um termo utilizado por Winnicott para descrever a sustentação promovida por um ambiente facilitador ao amadurecimento do indivíduo. Esta sustentação ambiental deve ser adaptada às necessidades do bebê, que são mutantes, de acordo com a evolução do indivíduo entre estágios de dependência até a independência. (Winnicott, 1963/1994).

## 2 OBJETIVOS

Como objetivo geral, esta tese pretende promover uma reflexão teórica sobre a clínica interdisciplinar em CAPS, a partir dos conceitos winnicottianos de **transferência e ambiente**.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- discutir a inserção da abordagem clínica psicanalítica na atenção psicossocial;
- levantar aspectos teóricos e técnicos da psicanálise que são destacados na literatura a respeito da clínica interdisciplinar na instituição CAPS;
- investigar desdobramentos da concepção winnicottiana a respeito da possibilidade de manejo clínico da transferência, nos transtornos mentais graves, na instituição CAPS;
- identificar, em vinhetas da prática clínica da pesquisadora em CAPS Adulto, elementos que possam ilustrar tais discussões;
- destacar potencialidades e dificuldades observadas no exercício da clínica no contexto institucional dos CAPS, a partir do referencial psicanalítico winnicottiano.

### 3 MATERIAIS E MÉTODO

A pesquisa consiste, inicialmente, na apresentação de um panorama sobre as publicações científicas em que se discute a relação entre a psicanálise e o trabalho de reabilitação psicossocial preconizado para os CAPS. Em seguida, aborda-se o desenvolvimento teórico de D.W. Winnicott e seus seguidores sobre a transferência, sobretudo no que tange ao potencial terapêutico do trabalho psicanalítico com pacientes acometidos por transtornos mentais graves e a importância do ambiente como facilitador (ou não) deste processo.

Ao longo deste desenvolvimento teórico foram integradas vinhetas do trabalho desenvolvido pela pesquisadora em um CAPS Adulto III do interior do estado de São Paulo, no período entre 2008 e 2013, que nesta tese é apresentado como CAPS X. Tal estratégia visa apresentar contribuições do referencial psicanalítico ao exercício clínico, bem como pontos em que há dificuldades para avanços na interlocução entre a clínica psicanalítica e a reabilitação psicossocial, em cuja proposta reside a missão dos CAPS. Os casos clínicos ilustrativos utilizados nas vinhetas são brevemente descritos com nomes fictícios em quadros organizados na sequência em que aparecem no texto.

#### 3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Neste trabalho, inicialmente são abordados artigos científicos que tratam das contribuições da abordagem psicanalítica para a Atenção Psicossocial, em diferentes aspectos (equipe interdisciplinar, supervisão, clínica, etc.).

Para tanto, foi consultado o vocabulário controlado da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-Psi), para verificar a existência dos descritores específicos para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e foram encontrados os descritores "servicos de saude mental", "Centro de Atencao Psicossocial" e "psicossocial". Os dois últimos descritores foram escolhidos, tendo em vista que o primeiro seria muito amplo para esta pesquisa, pois há atualmente diferentes dispositivos de saúde mental no

país, para além dos tradicionais manicômios e ambulatórios de saúde mental. O termo psicanálise apresenta descritor próprio, com diferentes derivações, como psicanálise de grupo, psicanálise da criança e outras, sendo utilizada nesta pesquisa apenas a palavra "psicanálise". Em inglês, os termos utilizados foram "mental health services" e "psychoanalysis".

A partir desta definição dos descritores, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Portal de Busca Integrada da USP (SIBi), Portal CAPES, PsychINFO, Web of Science, Bireme e Portal Pepsic, sendo que entre os artigos encontrados por meio dos descritores foram selecionados apenas aqueles que abordavam de alguma forma o tema psicanálise e a atenção psicossocial.

Em um segundo momento foram consultadas obras de Winnicott e autores a ele filiados, sobretudo aquelas que tratam especificidades do trabalho psicanalítico com pacientes que estão vivenciando processos psicóticos e que requerem o manejo da transferência da relação de dependência para retomar o desenvolvimento emocional.

As vinhetas clínicas sobre a experiência da pesquisadora em mais de cinco anos de trabalho no CAPS X foram incluídas conforme articulação possibilitada pelas discussões apresentadas nos temas. Não foram incluídos quaisquer elementos que possibilitem a identificação do município, de pessoas atendidas ou membros da equipe, visando preservar a identidade dos mesmos.

### 3.2 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na revisão bibliográfica, foram reunidos elementos que indicam reflexões sobre a clínica dos transtornos mentais graves segundo diferentes *settings* institucionalmente desenhados, para que uma discussão pudesse ser conduzida a partir dos trabalhos que tratavam especificamente da clínica psicanalítica nos CAPS.

Num segundo momento, foram abordados trabalhos que tratam da transferência e do ambiente na clínica dos transtornos mentais graves, tomando-se como base o referencial winnicottiano, sendo que uma reflexão a respeito do *setting* CAPS foi, então, formulada, a partir da experiência clínica da pesquisadora.

Com as vinhetas do trabalho em CAPS Adulto realizado pela pesquisadora, pretendeu-se analisar aspectos da prática clínica que convergem ou divergem de proposições apresentadas na literatura, concluindo com apontamentos de dificuldades e potencialidades na interlocução entre psicanálise e CAPS, identificadas nesta experiência, considerando-se o referencial winnicottiano, no intuito de promover uma discussão que pudesse trazer contribuições para este campo de estudo.

Do ponto de vista metodológico, este trabalho de reflexão sobre as vinhetas se apoiou na observação clínica como conduta de pesquisa e técnica de apreensão dos fenômenos clínicos tais como se apresentam. Como técnica de pesquisa, a observação conduz a um modo de apreensão particular do objeto de estudo, que depende da maneira como o pesquisador representa o objeto e também da sua teoria de referência (Fernandez & Catteeuw, 2001).

Nesse sentido, em psicologia clínica, dois grandes paradigmas têm contribuído para a pesquisa baseada na observação clínica. O paradigma experimental e o paradigma psicanalítico (Kohn & Negre, 1991).

A observação segundo o modelo experimental é comumente praticada em clínica médica e está na base da atividade diagnóstica do médico, caracterizando-se pela relevância dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. O médico observa o paciente à distância numa posição de *expert*, em que predomina o olhar, mas visando a doença e não o sujeito. Esta prática de observação está na origem do que é conhecido na psicologia clínica como “observação clínica estruturada” (Kohn & Negre, 1991).

A observação clínica em psicanálise, por outro lado, é baseada no reconhecimento e análise dos efeitos intersubjetivos, emocionais e fantasmáticos que estão operando como características principais entre observador e observado. Esta prática de observação foi denominada como “observação clínica relacional” (Kohn & Negre, 1991).

A observação relacional se apresenta sob a forma de atenção não seletiva, não estruturada por um esquema preestabelecido. O terapeuta está sensível à emergência do que é incompreensível e incomum. Neste contexto, ressalta-se aspectos da realidade psíquica que se manifestam de forma eletiva na formação dos sintomas e dos lapsos, dos sonhos, dos processos intersubjetivos dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. A proposta da observação clínica psicanalítica não é objetivar uma doença, um traço, um processo, mas restituir o sentido de manifestações em

referência ao sujeito, sua singularidade e sua história (processo de subjetivação). A busca do sentido leva em conta implicação afetiva e fantasmática entre o paciente e o terapeuta, nos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. No processo de subjetivação, a análise da contratransferência é considerada seja como um meio de controle de implicação, seja como meio de acessar aquilo que não pode ser elaborado pelo paciente (Fernandez & Catteeuw, 2001).

Nesta tese, buscou-se seguir o modelo de observação clínica relacional no processo de escolha e de análise das vinhetas clínicas, com o intuito de subsidiar as discussões teóricas apresentadas.

### 3.3 ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, por meio de cadastramento na Plataforma Brasil ([www.saude.gov.br/plataformabrasil](http://www.saude.gov.br/plataformabrasil)), com parecer número 532.961, em 18 de fevereiro de 2014 (anexo C).

Não houve participação direta de terceiros na pesquisa, sendo que as vinhetas clínicas e institucionais utilizadas resultaram da experiência profissional da pesquisadora e foram apresentadas de forma a não identificar município e pessoas envolvidas, sejam elas usuárias, familiares ou funcionários do CAPS em que esta experiência profissional aconteceu, o que nos levou a propor a suspensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nas vinhetas clínicas, quando um caso é citado, um breve resumo deste é apresentado no texto por meio de quadros e de um nome fictício do usuário do CAPS X, para preservar sua identidade. Nas citações que envolvem a equipe, não são usados nomes, apenas as áreas de atuação são identificadas e quando necessárias para a compreensão do contexto.

## 4 RESULTADOS

Inicialmente, abordamos concepções sobre a possibilidade de intervenção clínica nos transtornos mentais graves a partir da teoria e da técnica psicanalítica para, em seguida, discutir este processo no ambiente CAPS, por meio dos conceitos de transferência e ambiente segundo o referencial winnicottiano. Ao longo deste desenvolvimento teórico, vinhetas clínicas e institucionais resultantes da experiência da pesquisadora como psicóloga em um CAPS Adulto são apresentadas com o objetivo de ilustrar a discussão.

### 4.1 A TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE

Freud, desde o princípio de suas formulações teóricas a respeito do desenvolvimento psíquico humano, debruçou-se sobre casos em que a patologia dava pistas sobre os processos que resultam em algo mais próximo da saúde emocional. No âmbito das psicoses, o estudo da autobiografia do Dr. Schreber permitiu-lhe reafirmar e ampliar sua teoria sobre o desenvolvimento da libido e relacionar a paranoia a uma fixação no desejo homossexual anterior à identificação com o genitor de mesmo sexo, além de derivar conclusão semelhante para a etiologia da esquizofrenia (Freud, 1911/1969).

No que tange à clínica, muitos autores atestam que Freud considerava a análise de pacientes psicóticos inviável. Bocchi, Menendez e Oliveira (2011) fizeram um estudo cronológico dos escritos de Freud sobre a transferência dos pacientes psicóticos e demarcaram quatro períodos. No início, havia em Freud uma flexibilidade diagnóstica e muitos pacientes considerados histéricos eram, de fato, psicóticos. No momento seguinte, marcado por conflitos com Jung, Freud passou a duvidar da possibilidade de tratamento psicanalítico das psicoses, tendo em vista a incapacidade destes pacientes em estabelecer uma relação transferencial positiva. No terceiro período, Freud manifestou significativo interesse pela clínica das psicoses, ao sugerir que esta abordagem ainda deveria ser construída. Na última etapa, Freud teorizou

sobre as relações entre normalidade e anormalidade, destacando a proximidade entre tais conceitos e, a partir daí, passou a considerar como favorável o uso da técnica psicanalítica nas psicoses.

Poletto (2012) analisou semelhanças e diferenças entre neurose e psicose nos fundamentos teóricos freudianos e observou que há um afrouxamento da realidade tanto na psicose quanto na neurose e a diferenciação aparece apenas no desfecho e na relação do sujeito com a realidade exterior – enquanto na psicose haverá o delírio e a alucinação, na neurose haverá excesso de fantasia. A autora argumenta que, para Freud, o surgimento da neurose e da psicose ocorre por alguma forma de privação e o desencadeamento de um quadro psicopatológico ou de outro dependerá do posicionamento do eu diante desta privação, preservando uma vinculação com a realidade, mas se refugiando na fantasia (neurose) ou desvinculando-se da realidade por meio da alucinação e do delírio (psicose).

A teoria psicanalítica sobre a psicogênese dos transtornos mentais graves teve muitos avanços após as primeiras formulações freudianas sobre a psicose, principalmente por meio de Klein, Winnicott, Lacan e seus seguidores. Todavia, a clínica psicanalítica no que tange aos transtornos mentais graves apresenta número bem menor de contribuições teóricas do que se observa no campo das neuroses.

Nesta tese, o estudo sobre o manejo da transferência na clínica dos transtornos mentais graves manteve o foco sobre o referencial teórico e técnico dos trabalhos de Donald W. Winnicott (1896-1971). Mas, antes de passar a tratar diretamente da abordagem teórica de Winnicott, buscou-se rever sua trajetória como profissional médico e psicanalista.

Winnicott foi um pediatra e psicanalista inglês que, por mais de quatro décadas, reuniu experiências na clínica médica, na clínica psicanalítica de crianças e adultos, além de consultas terapêuticas (por vezes breves) aos pais e filhos, atendimento e supervisão em instituição hospitalar, palestras e conferências (inclusive em rádio para a população geral). Ao longo destes anos, atendeu pacientes com transtornos mentais graves de diferentes idades, mantendo seu trabalho como pediatra, no qual pôde observar formas de interação entre bebês e suas mães que lhe propiciaram fundamentos para seu desenvolvimento teórico.

Foi a partir desta vivência clínica que Winnicott pôde agregar muitas contribuições nos campos da teoria e da técnica psicanalítica, comparando o processo



transferencial na clínica dos transtornos graves com a relação entre o bebê e sua mãe no início da infância (Winnicott, 1964/2012).

O ambiente (inicialmente a mãe) seria um facilitador do desenvolvimento emocional, no qual o bebê teria tendências inatas a avançar. Diante de falhas neste aporte do ambiente inicial, o processo de maturação emocional seria interrompido, abrindo-se a possibilidade de surgimento de psicopatologias de gravidade variável de acordo com a fase em que a falha aconteceu. Assim, permaneceria uma tendência latente ao avanço no desenvolvimento emocional que, diante de condições suficientemente boas, poderia ser retomado, mesmo que na idade adulta (Winnicott, 1963a/1983).

Ao discutir o suporte de um ambiente facilitador para a retomada do desenvolvimento emocional, Winnicott enaltece a figura do assistente social, que poderia ser o representante de um ambiente alternativo facilitador, fazendo contraponto com o psicanalista, cujo interesse seria a interpretação daquilo que pudesse emergir na neurose de transferência com pacientes menos regredidos. Isso numa realidade de instituição psiquiátrica dos anos sessenta, em que o assistente social era o único profissional que ofertava atenção ao sujeito com transtorno mental, para além dos cuidados direcionados à sua doença (Winnicott, 1963a/1983).

Neste estudo, a transferência nos transtornos mentais graves, segundo a teoria winnicottiana, é discutida a partir do ambiente CAPS Adulto, no qual, além da figura do assistente social, outros profissionais dedicam-se à missão de reabilitação psicossocial. Nesse cuidado interdisciplinar pode haver ou não um ambiente clínico alternativo facilitador da retomada do desenvolvimento emocional dos assistidos.

## 4.2 A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

### 4.2.1 Psicanálise e saúde mental pública

Se tomarmos como referência a saúde mental pública brasileira, podemos observar que há poucas publicações psicanalíticas sobre a clínica ambientada na proposta de reabilitação psicossocial.

Entre os trabalhos encontrados, existem alguns que sinalizam a presença da compreensão psicanalítica sobre os novos paradigmas de atenção em saúde mental, com algumas reflexões sobre as potencialidades e limitações das intervenções em Centros de Atenção Psicossocial segundo o referencial psicanalítico (Ribeiro, 2005a; Rinaldi, Cabral & Castro, 2008; Kyrillos Neto, 2009).

Ribeiro (2005a) fez uma releitura psicanalítica do conteúdo sobre os CAPS apresentado no manual de saúde mental no SUS - Ministério da Saúde (2004). Para tanto, considerou os conceitos de técnica, ética e política, além de sua experiência de trabalho no CAPS Itapeva – uma das instituições precursoras da atenção psicossocial. A autora concluiu que há aproximações importantes entre a ética da psicanálise e a aquela implicada na Reforma Psiquiátrica, no sentido de reconhecimento da singularidade da pessoa com transtornos mentais. Além disso, questionou a alienação técnica no CAPS, quando atividades desprovidas de sentido ao sujeito lhe são impostas, bem como a superposição do ideal político sobre o sujeito, quando o CAPS é pensado como uma instituição de oposição ao hospital psiquiátrico que, sob esta lógica, teria a alta como meta a ser atingida.

Rinaldi, Cabral e Castro (2008) realizaram entrevistas com técnicos de CAPS do estado do Rio de Janeiro e constataram que havia influência do saber psicanalítico no discurso dos mesmos, com falas voltadas para a importância da singularidade, da atenção ao discurso do sujeito, aglutinado com a ideia de reabilitação psicossocial de referência da Reforma Psiquiátrica brasileira, com foco na reinserção do sujeito no laço social. Os autores concluíram que havia um conflito entre estas duas posições, tendo em vista que a elaboração de projetos terapêuticos, ao enfatizar as atividades coletivas, geralmente não levava em consideração as singularidades de cada caso.

Kyrillos Neto (2009) destaca os limites da Reforma Psiquiátrica brasileira, por enfatizar as classificações nosológicas da psiquiatria, distanciando-se assim da compreensão psicodinâmica sobre o processo de adoecimento, eximindo-se do discurso sobre o sujeito e sua forma de produção do laço social – de seus vínculos familiares e comunitários. O autor considera, ainda, que é por meio da psicanálise que um tratamento consistente, com a inclusão efetiva do sujeito, pode ser desenvolvido.

As vertentes da clínica e de reabilitação psicossocial em um CAPS, de fato, nem sempre são tratadas pela equipe de forma equilibrada, o que é dificultado pelo volume de trabalho e pela oferta inconstante de supervisão. Assim, abre-se espaço para condutas possivelmente muito mais vinculadas a questões contratransferenciais

do que pelas necessidades de intervenção clínica, por mais que esforços genuínos sejam feitos neste sentido.

Há, também, publicações que tratam da atuação do psicólogo (Vasconcelos, 2004; Saar & Trevizan, 2007; Sales & Dimenstein, 2009; Cruz & Fernandes, 2012) e do psicanalista nas instituições de saúde (Moretto & Prizskulnik, 2014), sendo que alguns abordam especificamente a colaboração do psicanalista no campo das psicoses (Ribeiro, 2005b; Montanari & Carvalho, 2011).

Vasconcelos (2004) conduziu um estudo no qual avaliou documentos sobre as respostas dadas pela Psicologia às transformações ocorridas ao longo de duas décadas na atenção em saúde mental no país e observou que houve tendência à criação de nova cultura profissional pautada em pós-graduações e vivências profissionais nos novos serviços, sem que houvesse uma mudança correspondente na forma de organização da graduação em Psicologia, que continuou dominada pelo modelo de profissional clínico liberal.

Saar e Trevizan (2007) realizaram um estudo em um hospital militar de Minas Gerais, com 39 profissionais de diferentes formações, no qual se questionou a compreensão que cada um tinha a respeito do trabalho de colegas com formações distintas. Foi observado que havia um entendimento geral de que a composição diversificada da equipe favorecia a co-responsabilização, a redução do estresse e o aprendizado de todos, porém no que se refere ao conhecimento a respeito do trabalho dos colegas, observou-se que não havia clareza a respeito dos papéis profissionais, sobretudo do papel do psicólogo, apesar de haver valorização do mesmo.

Sales e Dimenstein (2009) pesquisaram o trabalho de psicólogos que atuavam em CAPS da cidade de Natal/RN e relataram que estes profissionais percebem suas formações acadêmicas como deficitárias, sobretudo nos quesitos Saúde Pública e Reforma Psiquiátrica. Em relação à rotina de atividades desenvolvidas, observaram que há prevalência de ações como triagem, retriagem, participação em oficinas e grupos diversos. Nove entre os dez entrevistados na pesquisa referiram-se aos atendimentos individuais como sendo uma especificidade do psicólogo na instituição, o que é criticado pelos autores.

Cruz e Fernandes (2012) desenvolveram um estudo com observações psicanalíticas sobre o trabalho clínico desenvolvido por psicólogos em CAPS de Salvador/BA e observaram que as inovações no trabalho efetuado em CAPS ocorriam em conjunto com ações asilares, sendo que a política da Reforma Psiquiátrica

predominava sobre a clínica. As autoras trazem como exemplo deste argumento um caso em que a fala de um usuário do CAPS a respeito de defecar foi pontuada pelo psicólogo como algo fora de contexto, alegando-se que não havia espaço naquela oficina para “falar porcarias” – num esforço para reeducar o usuário. Em outro momento, quando o assistido apresentou a mesma fala, foi-lhe perguntado qual o sentido desta fala, que se repetia, e ele pôde dizer que “defecar é falar”, abrindo-se a possibilidade clínica de manifestação do singular deste sujeito.

É interessante ressaltar aqui a grande dificuldade de alguns colegas psicólogos em adaptar-se ao trabalho interdisciplinar no CAPS X. Alguns técnicos desta instituição comentaram com a pesquisadora que teria havido dificuldade na relação com um profissional psicólogo, que havia trabalhado na instituição antes dela ter sido admitida. Este profissional chegou a criar um prontuário paralelo, por considerar que seu trabalho não poderia ser compartilhado, alegando questões de sigilo profissional.

No que tange à presença do psicanalista em instituições de saúde, Moretto e Prizskulnik (2014) tratam da diferença entre entrada e inserção deste profissional. A inserção seria exatamente o processo de construção de um lugar na instituição, que não corresponde à simples ocupação de uma vaga aberta. A inserção está intrinsecamente relacionada a dois aspectos: a demanda que a equipe dirige ao psicanalista e a forma como este responde. As autoras ressaltam, ainda, a importância da supervisão neste processo. Esta questão de entrada e inserção na equipe de um CAPS pôde ser observada pela pesquisadora, quando a equipe dava sinais de que havia uma compreensão de que a clínica era função exclusiva do psicólogo ou do psiquiatra, conforme será abordado adiante.

Em relação ao papel do psicanalista no campo dos transtornos mentais graves, Ribeiro (2005b) traça um paralelo entre a vivência de “não ter um lugar” na psicose, com a desterritorialização do psicanalista na clínica da psicose. Este autor propõe que o trabalho com o psicótico remeta-se à construção deste lugar, o que demanda uma atuação sustentada por um referencial acerca do homem e do mundo que possibilite ao paciente construir condições de maior autonomia. Neste sentido, a psicanálise mostra-se como recurso fundamental que, desde o início de sua construção no trabalho de Freud com as histéricas, deu lugar àquilo que não tinha em sua época.

Montanari e Carvalho (2011) discutem a importância da transferência e sua função no tratamento da psicose, a partir do relato de um caso atendido por uma psicóloga psicanalista em Cataguases/MG e sinalizam para a possibilidade, a partir

desta abordagem, de propiciar ao assistido que este obtenha satisfação do seu próprio corpo, deixando de ocupar a posição de objeto de gozo<sup>7</sup> do outro.

Nas reuniões técnicas do CAPS X, havia sinais claros de uma aproximação com a psicanálise, principalmente quando nas reuniões técnicas e supervisões clínicas era considerado o discurso do sujeito, seus vínculos afetivos e sua história, para além dos sinais e sintomas apresentados. Neste ponto, é interessante ressaltar que a psicanálise foi o referencial de supervisão clínico-institucional recebida pela equipe durante dois anos, tendo sido esta abordagem uma solicitação de parte da própria equipe.

O trabalho clínico envolvendo a transferência com a pluralidade de funções e de personagens que são alvos desta transferência e produtores de elementos contratransferenciais é muito delicado e complexo. Especialmente, devido ao fato de que muitos profissionais inserem-se nos CAPS pela oportunidade de entrada no mercado de trabalho, mas não por identificação com a missão reabilitadora destes serviços de saúde mental, muito menos com a clínica, que por vezes nem é entendida como objetivo institucional.

#### 4.2.2 Psicanálise e atenção psicossocial

Dentre as publicações psicanalíticas encontradas sobre CAPS, foi possível observar uma predominância do referencial psicanalítico lacaniano (Figueiredo, 2004 e 2005; Abreu, 2008; Delgado 2008; Carneiro, 2008; Gomes, 2009; Campos, Campos & Rosa, 2010; Barreto, 2010; Vilhena & Rosa, 2011; Dassoler & Palma, 2011, entre outros). Uma ênfase comum é colocada sobre a contribuição lacaniana para o pensamento psicanalítico sobre a loucura, ao abrir possibilidades de que surjam respostas alternativas no tratamento dos transtornos mentais graves, para que o sujeito tenha a chance de resgatar sua falta e, portanto, seu desejo.

No CAPS X, nenhum técnico afirmava que o referencial lacaniano estava fundamentando sua compreensão sobre as demandas dos assistidos, apesar de, por

---

<sup>7</sup> Foi com Lacan que este termo tornou-se conceito psicanalítico amplamente reconhecido. Este autor diferenciou gozo de prazer, tendo em vista que o prazer reduz tensões, na medida em que satisfaz as necessidades, enquanto o gozo está relacionado às gratificações erógenas e a uma tentativa de ultrapassar os limites do prazer. Zimmerman, D.E. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2001.

vezes, alguns jargões comumente relacionados à clínica lacaniana serem utilizados. Os termos mais comumente utilizados eram “o desejo”<sup>8</sup>, “o sujeito que responde ao desejo do outro”, “o gozo”, entre outros.

Uma possibilidade de explicação para esta prevalência é colocada por Barreto (2010):

Testemunha-se o grande interesse dos psicanalistas pela clínica das psicoses. Entretanto, é com Lacan que a psicanálise reconfigura a clínica e a teoria com referência à psicose e faz do axioma “não recuar frente às psicoses” não uma palavra de ordem sacrificial, mas um construto lógico e ético da psicanálise — impossibilidade de recuar frente àquilo que avança. (p. 08)

Tal predominância pode ser compreendida também a partir da história da psicanálise no campo da saúde mental brasileira, na qual Ana Cristina Figueiredo, de filiação lacaniana, foi pioneira (Figueiredo 2002, 2004 e 2005). Em 2002, esta autora salientou que a formação e a prática do psicanalista sempre foram independentes de órgãos oficiais de reconhecimento da profissão, o que tem mantido o psicanalista numa “extraterritorialidade” que resulta na conclusão de que a psicanálise tem sempre um ponto de vista sobre tudo, o que inclui as instituições de saúde mental, sem que haja, necessariamente, um exercício efetivo e sistemático da clínica psicanalítica neste campo.

Em 2004, Figueiredo propôs a construção diagnóstica e os indicadores para tratamento do caso como cerne da contribuição da psicanálise nos dispositivos interdisciplinares de atenção psicossocial. O conceito de construção do caso clínico<sup>9</sup> leva em conta a inclusão do sujeito do inconsciente no campo da saúde mental, no qual atuam diferentes profissionais, que não necessariamente têm uma formação institucional ou vinculação com a psicanálise, mas que podem se valer de suas contribuições. A autora trata da importância de suportar as ações do sujeito e chamá-lo sempre para a responsabilidade por seus atos, num esforço contínuo da equipe

<sup>8</sup> Para Freud, o desejo surge de uma impressão mnemônica sobre experiência de gratificação prazerosa de uma necessidade primitiva. Lacan partiu desta concepção de desejo para diferenciá-lo de necessidade (aquilo que é básico à sobrevivência física e psíquica) e de demanda (pedido por reconhecimento e amor, visando preencher um vazio de origem narcisista), para então compreendê-lo como uma resultante de faltas e falhas. Neste sentido, Lacan formula sua hipótese sobre a existência de uma etapa no desenvolvimento emocional em que a criança deseja ser o desejo da mãe. Zimerman, D.E. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2001.

<sup>9</sup> Proposta inicialmente por Viganó (1999) e retomada por Figueiredo (2004), a construção do caso clínico é um método clínico em que a compilação de elementos que constituem o discurso de determinado sujeito é feita de forma conjunta, visando formular uma conduta que leve em consideração sua posição subjetiva, a partir de inferências sobre seu discurso, para além dos sinais e sintomas manifestos por este (A.C. Figueiredo, “A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental”, Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VII, 1, 75-86).

para abandonar suas tendências ao furor *sanandi* e/ou da reeducação, o que só é possível se houver compreensão, entre os atores da atenção psicossocial, sobre a importância da clínica.

Figueiredo (2005) reconhece uma necessidade de reconfiguração das relações de trabalho na coletividade dos profissionais e das ações desenvolvidas em CAPS. A composição de equipe hierarquizada não faz sentido neste dispositivo e, por outro lado, discussões infundáveis em que se busca um igualitarismo tornam-se improdutivas. A autora aponta como estratégia psicanalítica para trabalhar com este impasse a construção do caso clínico a partir dos elementos parciais, contribuições do contato de cada profissional com o caso, num coletivo não-todo, no sentido de que este conjunto de impressões sobre determinado sujeito não poderia, de forma alguma, representá-lo integralmente.

No CAPS X, quando um novo caso era discutido em reunião técnica, era comum que os profissionais da recepção, ou aqueles que apenas estavam passando próximo aos usuários que esperavam atendimento, também manifestassem suas impressões sobre os assistidos e até mesmo sobre seus acompanhantes e sobre as interações entre eles. Este tipo de informação era, em geral, bem assimilada pela equipe na compreensão de cada caso.

Delgado (2008) considera que a clínica na reabilitação psicossocial deve compreender o reconhecimento das vicissitudes do desejo do sujeito, o que não é compatível com o enquadramento deste aos padrões impostos externamente, mas requer que este sujeito possa ser responsável pelo seu desejo.

Carneiro (2008) questiona o ideal da reabilitação psicossocial que descaracteriza o valor da clínica, que é a motivação da existência da instituição, ao enfatizar aspectos sociais e jurídicos. É na dimensão clínica que o sujeito pode emergir, havendo risco de desconsiderar a singularidade dos sujeitos ao tentar promover a reabilitação. Num movimento contrário, a psicanálise buscaria ver o sintoma não apenas como um sofrimento, mas também como um enigma representado sobre aquele sujeito em particular.

No CAPS X, houve uma situação que ilustra tal questão. Era o caso de Márcio (quadro 1), um jovem encaminhado como esquizofrênico por outro serviço, sobre o qual se estabeleceu um embate entre as equipes deste CAPS e do serviço de origem. De um lado, profissionais do CAPS X entendiam que a conduta a ser construída seria no sentido de responsabilização do sujeito por suas escolhas, enquanto a outra parte

tinha uma expectativa, justificada na psicopatologia, de que o CAPS X fosse assumir postura tutelar. Neste caso, havia no discurso do sujeito uma tomada de posição diante de seu contexto sociofamiliar, que lhe exigia a manutenção da condição de doente crônico, e para a equipe do CAPS era possível oferecer ao usuário uma escuta sobre esta tomada de posição, mesmo com os riscos decorrentes de uma abordagem não-tutelar.

Márcio começou a frequentar os serviços de saúde mental do município ainda na adolescência, logo após o falecimento de sua mãe. Quando chegou ao CAPS X, com o diagnóstico de esquizofrenia, era um rapaz de 18 anos que compunha músicas para expressar seu sofrimento, mas que não apresentava sinais e sintomas psicóticos, mesmo quando sua medicação foi totalmente suspensa. Mostrava-se muito acomodado na condição de doente e rapidamente adquiriu o hábito de fumar “picadão” com os pacientes antigos do CAPS X, o que chamava a atenção dos técnicos. Havia também histórico de abuso de drogas. Foi realizado psicodiagnóstico pela pesquisadora e não foram encontrados indícios de uma estrutura psicótica, mas sim *borderline*. No desenho livre, Márcio fez um rapaz em cima de um muro, que não sabia qual caminho tomar, explicou que não sabia se seguia o que a família esperava dele ou se seguia seu sonho de ser um *rapper* famoso. Durante a entrevista devolutiva para ele, Márcio disse ter se identificado com aspectos do teste. Seu pai, no entanto, mostrava-se preocupado com a possibilidade do filho perder o benefício financeiro conquistado com o diagnóstico de esquizofrenia. Foram realizados alguns atendimentos psicoterápicos, nos quais ele trouxe letras de músicas e pôde relatar a importância de sua doença para sua família. Márcio, no entanto, logo abandonou o tratamento e houve uma piora do quadro. O pai faleceu cerca de um ano depois e Márcio ficou completamente alienado, tendo sido internado algumas vezes. Não mais escreveu músicas ou interagiu com as pessoas. Seu irmão mais velho tornou-se seu cuidador, apesar de não ter também condições emocionais para tanto. A relação da família com o CAPS X piorou a partir do momento em que o irmão assumiu o cuidado e passou a hostilizar os profissionais, por entender que a instituição devia-lhes provisão financeira. Márcio deixou de frequentar o CAPS.

#### Quadro 1 – Márcio

Abreu (2008) trata da importância do discurso da psicanálise, como algo que difere da norma, da regra e da moral, na compreensão do discurso do sujeito no que tange à sua invenção, para que a reabilitação psicossocial não se torne um “ideal tirânico”.

Gomes (2009) enfatizou que o pensamento lacaniano sobre a loucura contribuiu para oferecer respostas alternativas ao tratamento da psicose nestes novos dispositivos de saúde mental. Ao proporcionar ao sujeito o resgate de sua condição de ser desejante, detentor de direitos e deveres, o psicanalista atua como secretário do alienado, permitindo-lhe a expressão de seus próprios significantes, ao barrar o gozo do Outro<sup>10</sup> que invade o sujeito na psicose.

Campos, Campos e Rosa (2010) tratam da importância da psicanálise para a compreensão da singularidade do sujeito e da agregação de elementos de alteridade

<sup>10</sup> O grande Outro é concebido por Lacan como um lugar simbólico, um significante da lei, que determina o sujeito em sua relação com o desejo. Zimerman, D.E. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2001.



no trabalho psicanalítico em estratégias grupais para ressignificar a relação do sujeito com o Outro.

Vilhena e Rosa (2011), ao discutirem a inserção da clínica psicanalítica nos CAPS e a articulação desta clínica com os diferentes saberes que compõe a equipe multiprofissional, compreendem que é função da psicanálise propiciar que o sujeito possa emergir e conduzir seu próprio tratamento por meio da fala, da transferência e da elaboração simbólica, o que é possibilitado pelo cuidado clínico dos profissionais para quem ele possa “endereçar” sua fala, sua queixa e seu desejo. Este cuidado acontece por meio do processo transferencial.

Dassoler e Palma (2011) apontam formas nas quais a ação clínica orientada pela psicanálise pode circunscrever e alavancar as conquistas de cidadania almejadas pela Reforma Psiquiátrica, enunciando que cabe ao psicanalista no CAPS encontrar, neste modelo de atenção, condições para o encontro entre a ética que fundamenta sua clínica e os princípios da atenção psicossocial. Tal conclusão pode ser estendida a todos os profissionais que prestam assistência aos usuários de CAPS, sobretudo na condição de Referência Técnica, como será abordado em seguida.

A psicanálise se apresenta como uma concepção de homem que traz à tona a necessidade de compreensão e acolhimento das manifestações humanas que, por mais que possam parecer desprovidas de sentido ao mundo externo, representam a possibilidade de comunicação do sujeito com o mundo. Alguns conceitos fundamentais da psicanálise devem ser considerados a partir desta nova lógica de organização institucional em que os profissionais trabalham prioritariamente no coletivo e transitam entre diferentes papéis. Esta peculiaridade institucional certamente tem implicações sobre a transferência que se produz na relação com o terapeuta, a qual é ferramenta primordial do processo analítico (Freud, 1912/1969), sendo que podemos chegar a conclusões semelhantes em relação à contratransferência.

Justamente por tais especificidades, os temas mais recorrentes nos trabalhos que abordam as contribuições da psicanálise em CAPS foram o próprio trabalho interdisciplinar com os transtornos mentais graves, as Referências Técnicas e a supervisão clínico-institucional.

#### 4.2.2.1 O trabalho interdisciplinar

Em uma instituição pública de saúde mental, muito há para se discutir sobre a interface entre missão institucional e forma de compreensão do psiquismo humano pelos profissionais que nela atuam, mas também se faz necessário refletir como estas diferentes concepções de homem podem ser orquestradas para que haja promoção de saúde. No que concerne ao trabalho interdisciplinar em saúde mental, encontramos diversas publicações de diferentes aportes teóricos. Aqui serão apresentadas algumas colaborações psicanalíticas sobre o tema.

Figueiredo (2005) propõe que há indicações da psicanálise para o trabalho de equipe em CAPS, sobretudo a partir da concepção de que o trabalho é do coletivo – não de um coletivo indiferenciado ou totalizante, mas daquele que envolve o conceito lacaniano de “transferência de trabalho”, ou seja, das relações entre os profissionais de diferentes formações que se escolhem para formar grupos de trabalho. A autora destaca ainda a importância da supervisão para que estes processos possam ser devidamente reconhecidos.

Mendes (2005) trata da abordagem interdisciplinar em saúde mental na qual a equipe, que se vê diante do risco da passagem ao ato ou da transferência erótico-agressiva, enfrenta o desafio de criar uma resposta ao paciente psicótico ao mesmo tempo em que deve lidar com o não saber sobre esse gozo, o que acontecerá de acordo com o estilo de cada um, sendo que a equipe assume mais a posição de aluno do que de mestre da psicose.

No CAPS X, a pesquisadora vivenciou situações em que foi agredida física ou verbalmente por usuários do serviço, por vezes sendo necessário o apoio de colegas, assim como teve que intervir em outros momentos nos quais profissionais estavam sendo agredidos. Nestas experiências, as reações de cada integrante da equipe foram diferentes, possivelmente pautadas, às vezes, na condição psíquica do assistido que agredia e, em outras, no tipo de vínculo que cada técnico mantinha com este. Em função disto, num momento o mesmo usuário do serviço poderia ser conduzido para fora do CAPS após uma agressão e em outro momento ser colocado em hospitalidade diuturna, dependendo não apenas de seu quadro psíquico, mas também dos técnicos envolvidos na cena. Situações como estas geralmente promoviam impasses entre técnicos que tinham vinculações distintas com tais usuários.

Monteiro e Queiroz (2006) ressaltam que, quando a abordagem psicanalítica se faz presente na instituição de saúde mental, o trabalho estará sempre atrelado à escuta singular do caso. Para tanto, a construção do caso clínico, de forma também coletiva, torna-se ferramenta fundamental para a promoção deste diálogo entre os diferentes campos de saber, de modo que a prática coletiva seja sustentada pela subjetividade na rede social.

A construção coletiva do caso clínico pode ser muito complexa, sobretudo quando há diferentes compreensões diagnósticas sobre o mesmo caso. Um exemplo no CAPS X foi o desfecho do tratamento de Tereza (quadro 2), que era uma pessoa “irritante”, perturbando desde os atendentes até os psiquiatras, provocando antipatia e indisposição em todos. Diante disto, tornou-se muito difícil para a equipe ofertar-lhe uma escuta e, portanto, possibilidade diagnóstica além de um transtorno de personalidade. A pesquisadora, quando foi sua terapeuta, passou a compreender que se tratava de um quadro de delírio paranoide persistente. Sem parcerias nesta revisão do diagnóstico, a terapeuta tentou abordar com Tereza o fato de que apenas seu sofrimento recorrente na relação com os outros era passível de cuidado no CAPS, sinalizando o quanto o sentimento de perseguição envolvia todas as suas relações. Na sequência, a usuária abandonou o tratamento, o que pode ter ocorrido em função da falha da terapeuta, ao tentar sustentar sozinha uma hipótese diagnóstica, quando não houve possibilidade de construção do caso clínico no coletivo.

Tereza era uma usuária antiga dos serviços de saúde mental do município. Geralmente frequentava apenas consultas psiquiátricas. Alguns psicólogos e psiquiatras já haviam tentado ofertar-lhe uma escuta, porém ela sempre criava algum impasse e acabava abandonando este tipo de atendimento, denegrindo todos os profissionais que a atendiam (foi assim em outros serviços, até que foi encaminhada ao CAPS, quando tinha cerca de 50 anos). Com um português impecável e postura elegante, portava sempre uma sacola de feira e um guarda-chuva enorme (o qual tinha uma ponta amassada de tanto que ela batia, em fúria, no chão). Com muita frequência, entrava em discussão com a recepção do CAPS, acusando funcionários de terem passado agenda errada para ela, ou de terem se recusado a atender suas ligações (mesmo com telefone fixo em casa, ligava a cobrar para pedir para mudar datas de consultas). Lamentava-se da mudança de padrão de vida após seu divórcio e morte dos pais. Os irmãos haviam rompido com ela e não lhe restavam amigos. A filha única evitava ao máximo ficar com ela, apesar de morarem juntas. No CAPS, era considerada uma pessoa particularmente distímica, com traço anormal de caráter (por todas as manipulações que fazia, criando atritos com familiares, vizinhos e funcionários de instituições como o CAPS). Tereza não achava justo que ela, uma mulher distinta, estivesse sozinha e desamparada financeiramente. Dizia que queria trabalhar, mas de fato nunca procurava emprego. Queixava-se, inclusive, de ter que se submeter a um serviço público de saúde mental, tecendo alguns comentários em tom de ironia. Foi-lhe oferecida novamente psicoterapia por seu psiquiatra, que entendia que seu caso era mais para psicoterapia do que para tratamento medicamentoso. Ela disse que não ficou tão indignada com a retomada desta proposta porque, enfim, tinha muitas queixas a fazer sobre muitas coisas e pessoas. Além de suas queixas ininterruptas, não aceitava qualquer intervenção da terapeuta e ainda tentava sempre extrapolar o tempo do atendimento. Aos poucos, na terapia, foram-se revelando delírios persecutórios

persistentes. Dizia que precisava que o CAPS atendesse suas ligações a cobrar porque estava farta dos vizinhos vigiarem sua vida, não sendo possível falar ao telefone nem mesmo do banheiro, pois eles estariam com copos na parede para ouvir suas conversas. Quando os azulejos de sua cozinha caíram, ela creditou a responsabilidade aos vizinhos, que deveriam ter batido na parede até conseguirem tal resultado. No próprio CAPS, brigou exigindo que letras de seu nome fossem alteradas na capa do prontuário, sendo que apenas muito tempo depois disse em terapia que isto seria necessário para despistar seus perseguidores. Na tentativa de promover revisão diagnóstica, a terapeuta partilhou estas e outras informações indicativas de quadro psicótico com seu psiquiatra. No entanto, não houve qualquer abertura para isto, tamanha era a indisposição que esta mulher lhe causava. Houve mudança de psiquiatra de referência e novamente esta possibilidade foi rejeitada. Tereza, para todos no CAPS, sofria de F-chatice (na CID 10, os transtornos mentais estão na classificação F, de 00 a 99. F-chatice seria, então, uma brincadeira a respeito de uma característica de personalidade que incomodava as pessoas em volta). Ao tentar falar sobre esta perseguição com Tereza, como um sofrimento que poderia ser tratado, a pesquisadora foi imediatamente desqualificada como psicóloga por ela. Tereza foi, em seguida, solicitar atendimento psiquiátrico no ambulatório que a havia encaminhado ao CAPS X.

### *Quadro 2 - Tereza*

Existem, ainda, situações em que a escuta da singularidade do caso é atravessada por intervenções supostamente derivadas de um ideal reformista. No CAPS X, conflitos entre a clínica e a reabilitação ocorriam, por exemplo, quando os profissionais pontuavam a inadequação social de um assistido quando seu sofrimento não poderia ser prontamente acolhido. Houve ocasião em que, diante de dois usuários em crise, uma técnica afirmou a um deles: “Você tem que entender que agora é o momento do outro paciente, da crise do outro!”. Apesar da alegação da técnica de que tal intervenção visava à reabilitação, frases como estas eram utilizadas quando os profissionais não se viam em condições de ofertar cuidados ao sofrimento manifesto no CAPS diante do encontro com a crise do outro. Assim, faz-se necessário destacar o risco de uma equipe distanciar-se dos objetivos clínicos, mesmo acreditando que o faz a partir dos ideais da reabilitação ou quando as condutas estão, de fato, fundamentadas na falta de recursos humanos ou até mesmo na exaustão de seus membros.

Kirschbaum (2009) analisou as concepções da equipe de enfermagem sobre o cuidado promovido em um CAPS na cidade de Campinas/SP e observou possível influência do discurso psicanalítico na representação dos entrevistados sobre o próprio trabalho, no sentido de propiciar o resgate da autonomia dos sujeitos, o que a autora considerou ser fenômeno decorrente de supervisão psicanalítica recebida.

O mesmo pôde ser observado no cotidiano de trabalho com a equipe de enfermagem no CAPS X que, tendo recebido supervisão psicanalítica, utilizava alguns termos da psicanálise, atribuindo um sentido comum, deslocado do contexto teórico original. Todavia, era possível identificar uma necessidade de produção de um

discurso clínico sobre os casos, sobretudo quando um profissional de RT, independentemente da formação, trazia um caso para a discussão de equipe.

Nesse sentido, a divisão da equipe de enfermagem no CAPS X entre noturna e diurna, de fato, prejudicava o processo de continuidade do diálogo entre os saberes na construção do caso clínico justamente naqueles momentos em que algum usuário encontrava-se fragilizado e requerendo este cuidado ampliado, oferecido em hospitalidade diuturna, na qual os plantões noturnos eram exclusivamente conduzidos por técnicos de enfermagem e enfermeiros que não se beneficiavam da supervisão com regularidade.

No CAPS X, a inserção de novos usuários em oficinas semanais era uma estratégia que visava trazer para a construção do diagnóstico clínico as observações dos técnicos sobre a interação destes novos integrantes. Os técnicos de enfermagem eram aqueles que estavam mais presentes nestas oficinas e era prioritariamente por meio do olhar destes profissionais que isto era possível. A configuração de duplas de Referência Técnica, sendo um técnico de enfermagem junto com um técnico de nível superior era também uma particularidade do CAPS X. Estas estratégias de atuação eram decorrentes da inexistência do cargo deicineiro na instituição e do número insuficiente de funcionários.

As particularidades da organização de trabalho no CAPS X impulsionaram uma subversão da ordem vigente em dispositivos de saúde, na qual tradicionalmente os técnicos de enfermagem são subordinados, em suas ações, aos enfermeiros. Neste contexto, descontentamentos e dificuldades de adaptação de profissionais enfermeiros foram presenciados nos cinco anos de trabalho da pesquisadora no CAPS X. Apenas na equipe do período noturno houve maior tempo de permanência de enfermeiros na instituição, enquanto que alguns técnicos de enfermagem vincularam-se tanto com o trabalho na atenção psicossocial que assumiram a tarefa de ampliar suas ações e responsabilidades no serviço. Por exemplo, assumindo, sozinhos, Referências Técnicas de casos para os quais não havia profissional de nível superior disponível para este papel.

Por outro lado, as responsabilidades que incidiam sobre os técnicos de enfermagem eram muito grandes, sobretudo no manejo de situações de crise que envolviam agitação e agressividade. A pesquisadora presenciou cenas de contenção física que se mostraram demasiadamente enérgicas, em duas ocasiões em que profissionais estavam sendo agredidos por usuários. Em ambas as cenas, ficou

evidente o quanto não havia clareza, para todos os envolvidos, sobre a real necessidade do vigor na intervenção e não houve um momento de elaboração conjunta sobre os fatos para que estas situações pudessem ser melhor cuidadas.

Winnicott (1947/1993), ao abordar a contratransferência nas instituições psiquiátricas, afirmou:

À parte o tratamento psicanalítico, o manejo de um psicótico está fadado a ser fatigante... Devido a minhas críticas [a respeito do uso de eletrochoques e lobotomias pré-frontais], gostaria de ser o primeiro a reconhecer a extrema dificuldade inerente à tarefa do psiquiatra e, especialmente da enfermeira que lida com doentes mentais. Pacientes insanos representam sempre um pesado fardo emocional para os que cuidam deles. Devem-se perdoar as pessoas que, engajadas neste tipo de trabalho fazem coisas horríveis. Isto não quer dizer, no entanto, que devemos aceitar qualquer coisa que um psiquiatra ou um neurocirurgião faça como algo correto de acordo com os princípios da ciência. (p. 341)

Até mesmo na tentativa de agregar elementos da psicanálise há possibilidades de desencontros. Em uma investigação sobre a compreensão do termo “inconsciente” em uma equipe de CAPS II Adulto na cidade de São Paulo, Vieira Filho e Debieux (2010) apontaram a diversidade de sentidos que emergem de situações cotidianas relativas ao termo, por vezes distinguindo-se do conceito psicanalítico original, proposto por Freud (1900-1901/1972). Os autores ressaltam a importância de se fazer circular a palavra em equipes para que novos nexos e sentidos possam emergir, visando maior consistência neste cuidado.

É interessante notar que nas reuniões técnicas do CAPS X, o discurso de referencial psicodinâmico e o discurso classificatório eram empregados, mesmo pela pesquisadora, e, por vezes, a escolha de uma visão ou de outra sobre o caso em discussão era permeada por questões contratransferenciais, com resultados diretos sobre o cuidado promovido aos assistidos, tanto favoráveis quanto desfavoráveis ao prognóstico dos mesmos, o que nem sempre pôde ser trabalhado em supervisão clínica.

Barreto (2010) traz considerações sobre a possibilidade de parceria entre a psicanálise e as políticas públicas contemporâneas em saúde mental ao contextualizar a inserção da psicanálise no processo de Reforma Psiquiátrica ocorrido em Minas Gerais. A autora enfatiza a possibilidade de contribuição da psicanálise para a clínica a partir da singularidade do caso clínico, haja vista que a psicanálise contesta qualquer padronização da subjetividade.

Vasconcellos (2010) observou, por meio de abordagem psicossociológica francesa<sup>11</sup>, o processo de trabalho multiprofissional em um CAPS Adulto do Rio de Janeiro e, constatando algumas dificuldades e potencialidades nesta configuração, concluiu que práticas conjuntas entre as diferentes disciplinas permite maior integralidade das ações. Todavia, há de se considerar que as equipes são formadas por profissionais que também trazem consigo especificidades de sua formação e escolhas teóricas que vão nortear sua clínica, além de diferentes concepções sobre quais os caminhos para que a missão do CAPS seja cumprida.

Na experiência profissional da pesquisadora em CAPS, foi possível observar que havia interesse dos demais profissionais nos conhecimentos específicos da psicologia e da psiquiatria no que tange ao diagnóstico e à atenção clínica em saúde mental, o que a levou a promover capacitações para toda a equipe.

No campo da saúde mental, há atribuições claramente dirigidas aos profissionais que historicamente compuseram equipes – como é o caso do médico, que prescreve terapia medicamentosa, e da equipe de enfermagem, a qual administra os cuidados clínicos prescritos. Para outras profissões, como a psicologia e a terapia ocupacional, que tiveram presença ampliada ao longo das últimas décadas nas equipes, muitas vezes as delimitações das especificidades são sutis ou inexistentes.

No CAPS X, a pesquisadora pôde perceber o quanto não havia também clareza sobre o papel do psicólogo na instituição, desde sua chegada naquele serviço. Em muitos momentos, técnicos de enfermagem e enfermeiros procuravam-na quando tinham alguma dificuldade com um usuário em crise, sobretudo quando a contenção medicamentosa não era possível, por não haver psiquiatra no momento e a situação envolvia discurso suicida. Surgiram brincadeiras sobre a “salinha da psicologia” indicando que havia uma fantasia de que há um valor clínico específico na fala do psicólogo que não era passível de compartilhamento com os demais membros da equipe. Daí, a consequente dificuldade na co-responsabilização de todos os técnicos pelo acolhimento na crise. Com o apoio de supervisão clínico-institucional, a equipe passou a ser mais atuante na escuta, principalmente aqueles membros com “mais tempo de casa”.

Nos CAPS, as atividades terapêuticas previstas não são geralmente definidas de acordo com as especialidades dos profissionais, o que traz liberdade e flexibilidade

---

<sup>11</sup> A abordagem psicossociológica francesa caracteriza-se como uma vertente da psicologia social que abrange conceitos da Psicanálise.

na atuação da equipe. Entretanto, há também a possibilidade de abrir-se um campo de insegurança, no sentido de que as exigências cotidianas extrapolam em demasia a formação acadêmica recebida pelos profissionais, que não raramente são impelidos a atuar seguindo a linha do senso comum e do pragmatismo.

No CAPS X, a equipe inicialmente entendia o trabalho clínico muito mais focado no atendimento psicoterapêutico e medicamentoso, segregando esta atividade das demais oficinas, entendidas como algo mais voltado para a reabilitação – a clínica, então, era função do psiquiatra e/ou do psicólogo. Nesta instituição, porém, com o processo contínuo de empoderamento das Referências Técnicas, sobretudo dos técnicos de enfermagem, o trabalho clínico passou a ser entendido como toda e qualquer escuta diferenciada ao sujeito e a seu grupo familiar. Houve, a partir disto, maior frequência de agendamentos para estas escutas (em família ou individual) com os Técnicos de Referência, independentemente da formação. Neste processo, a supervisão e as reuniões técnicas tiveram maior colaboração dos profissionais psicólogos, da terapeuta ocupacional e de uma psiquiatra que sempre incentivaram esta abordagem.

Costa-Rosa (2011) compara as éticas disciplinares, constituídas a partir do ideal de tutela, mesmo que pelo viés do cuidado, com as concepções éticas propostas pela psicanálise perante o sujeito e seu sofrimento psíquico, visando assim discutir as práticas interdisciplinares nos novos dispositivos de saúde mental e sinalizar a necessidade de se romper com um modo de ação autoritário que possa se justificar equivocadamente pela missão do cuidado.

Em CAPS, a própria organização de trabalho da equipe difere daquela comumente observada em outros dispositivos de saúde, sobretudo por romper com hierarquias tradicionais das instituições de saúde, como exemplificado no que tange ao papel interdisciplinar de RT. Nos trabalhos consultados, até mesmo quando as equipes são o foco principal da reflexão, a psicanálise também é abordada como forma de compreensão que prima pelo incentivo à circulação da palavra para que novos nexos e sentidos possam emergir entre profissionais de diferentes formações. Assim, podemos supor que esta instituição inovadora pode ser um ambiente promotor de um cuidado também de vanguarda, no sentido das relações que se estabelecem entre técnicos, assistidos e suas famílias.



#### 4.2.2.2 As Referências Técnicas e os fenômenos (contra)transferenciais

Relembrando a função de Referência Técnica de um usuário, que pode ser desempenhada pelos diferentes profissionais de saúde mental nos CAPS, passamos a apresentar e analisar diferentes proposições psicanalíticas de autores engajados neste campo de atuação.

Monteiro e Queiroz (2006) consideram que, ao psicanalista da atenção psicossocial, compete proporcionar a inclusão da subjetividade e a dimensão clínica na “prática entre muitos”. É ele que favorece o sustento do lugar social do sujeito, ao ampliar o olhar para além do universal dos direitos dos cidadãos, a partir do reconhecimento de sua diferença e singularidade. Neste aspecto, o profissional de RT tem uma função privilegiada para que a escuta ao singular possa emergir e compor o tratamento.

No CAPS X, como em muitas instituições públicas de saúde, os técnicos eram chamados pela lista de classificação em concurso público e apenas depois de um ano na instituição poderiam pedir remanejamento, caso não se adaptassem. Todavia, o descontentamento de um colega com a área de atuação era tanto que foi autorizado seu remanejamento muito antes deste prazo e outro chegou a articular sua ida para um ambulatório de saúde mental antes mesmo de ser admitido no CAPS X, o qual acabou perdendo a reposição desta vaga. Ao longo dos anos, algumas outras vagas de profissionais foram perdidas, em diferentes cargos, por dificuldades de adaptação do “próximo da lista” às vicissitudes desta instituição.

Diante de um contexto de CAPS, em que os técnicos devem transitar em diferentes papéis institucionais, a incidência terapêutica da transferência torna-se complexa. Ao longo dos anos de trabalho em CAPS, a pesquisadora solicitou em reuniões técnicas algumas trocas de RT por estar nas funções de psicoterapeuta de grupo e RT dos mesmos pacientes e acabou propondo à equipe que estes papéis não fossem mais concomitantes. Isto porque pôde perceber a dificuldade para se desdobrar em duas funções com o mesmo usuário e manejar a transferência suscitada nesta situação.

Nos grupos psicoterapêuticos do CAPS X, os integrantes que tinham como RT uma das terapeutas apresentavam questões e posturas diferenciadas durante as sessões, alguns aparentemente temiam temas que pudessem ser discutidos em grupo

com a terapeuta e que pudessem, eventualmente, ser levados às reuniões com os familiares, enquanto outros esperavam francamente por isto, individualizando sua fala com a terapeuta-Referência, negligenciando os demais integrantes do grupo. A mudança no *setting*, no sentido de não haver mais pacientes de referência das terapeutas que trabalhavam nos grupos psicoterapêuticos, foi muito bem incorporada pela equipe e resultados favoráveis puderam ser observados na evolução destes grupos.

Miranda e Campos (2012) realizaram uma pesquisa com usuários de CAPS de Campinas/SP sobre as concepções destes em relação ao trabalho de suas Referências Técnicas. Concluíram que a vinculação com os profissionais de referência é pautada na confiança, no suporte cotidiano às diferentes necessidades, desde questões emocionais até mesmo em atividades da vida prática. Tais condutas podem gerar risco de haver uma abordagem assistencialista e tutelar, tendo em vista que não há um desenvolvimento teórico sobre a RT que respalde esta modalidade de tratamento. As autoras apontam ainda o risco de esta relação tornar-se pautada na onipotência do Técnico de Referência que, ao invés de exercer a função de “mãe suficientemente boa”<sup>12</sup> passa a ser a “matrona que tudo pode e sabe”, colocando o paciente na condição de objeto, diante de questões institucionais.

No CAPS X, a pesquisadora observou situações em que havia um vínculo transferencial positivo entre o técnico e o usuário do CAPS X, em casos para os quais a relação de dependência pôde ser sustentada pelo Técnico de Referência, gerando efeitos benéficos sobre a evolução clínica dos assistidos. Todavia, o risco apontado acima também pôde ser vivenciado nesta instituição, quando havia por parte de um dos técnicos posicionamentos até mesmo de proteção de determinado usuário “contra” a equipe. Alguns usuários tiveram êxito em sua inclusão no CAPS X por meio do investimento, às vezes individual, de determinados profissionais para que a confiança na instituição fosse construída. Para estes casos, a promoção de saúde acontecia por meio da dedicação de pelo menos um dos Técnicos de Referência após muitas tentativas de sensibilização do usuário ao tratamento.

O caso José ilustra esta questão (quadro 3). O usuário, que estava em isolamento havia anos por persecutoriedade exacerbada, decidiu confiar em suas

---

<sup>12</sup> Termo desenvolvido por D. W. Winnicott no início da década de 50 para descrever a mãe que atende às necessidades do bebê, identificando-se com o bebê de acordo com a fase de dependência em que este se encontra. O autor entendia que ao analista cabe, quando não houve esta condição precoce na vida do sujeito, promover a adaptação suficientemente boa que não foi possível ao sujeito em suas experiências mais primitivas, para que este possa retomar sua trajetória rumo ao desenvolvimento (D.W. Winnicott, 1955-56/1993).

RTs, que o visitavam com frequência, e aceitou hospitalidade diuturna no CAPS. Ainda que temesse, em seu delírio, pela integridade das profissionais que poderiam ser alvo de seus perseguidores.

José era o caçula de uma família extensa. Seu pai, etilista, com ideação persecutória e agressiva, morreu quando ele era ainda um jovem trabalhador muito responsável, que vivia com a mãe e um irmão. As irmãs mais velhas contaram que José passou a beber muito quando já tinha mais de 30 anos, após receber uma ameaça anônima por telefone. José perdeu emprego, amigos e o respeito de sua família, que o considerava preguiçoso e acomodado, pois passava o dia inteiro dentro de casa fumando, com todas as portas e janelas bem fechadas. Também passou a dormir na cama de sua mãe, obrigando a senhora de cerca de 80 anos a dormir na sala. Ele nunca foi hostil com suas RTs, porém não aceitava comparecer ao CAPS para tratamento, queria apenas receber seus remédios em casa. Foram feitas várias visitas domiciliares pelas Referências e, aos poucos, José foi falando sobre seus perseguidores, que “estavam à espreita”, esperando seu descuido. Após tecer um vínculo de confiança com as Referências, finalmente aceitou ser acolhido no CAPS X, por ter a garantia de que poderia ficar no leito o tempo que quisesse e que à noite teria uma equipe para vigiar o ambiente. Permaneceu muitos dias no quarto, fazendo suas refeições na enfermaria e, as poucos, os demais usuários foram se aproximando dele. José pôde compartilhar seus temores em relação à morte, sobretudo com outros acolhidos e assim foi reconhecendo que não estava tão solitário. Num determinado momento, uma de suas Referências ofereceu-lhe companhia para fumar no fumódromo e ele mostrou-se curioso, pois gostava de conversar com os demais, mas isto só acontecia quando vinham até ele e, na região dos leitos, apenas ele estava autorizado a fumar (o que foi acordado com todos em assembleia). José deu os primeiros passos para atravessar o pátio em direção ao fumódromo, parou e disse: “Mas se eles vierem me pegar, vão pegar a senhora também, não está certo isto!”. A Referência fez com ele um pacto de que assumiria este risco junto com ele e José conseguiu seguir em frente, passando a ocupar cada vez mais os espaços físicos e rodas de conversa do CAPS. José não se livrou do delírio de perseguição, mas confiou no ambiente do CAPS e pôde ampliar esta confiança para outros ambientes. Até mesmo se aventurou a ir para a Bahia, para testar se seus perseguidores seriam capazes de acompanhá-lo. Na volta, disse às Referências que seus perseguidores estavam lá também e, por isto, seria melhor ficar em São Paulo mesmo, por se sentir mais protegido.

### *Quadro 3 - José*

Por outro lado, no caso Givanildo (quadro 4), foi possível identificar a dificuldade neste tipo de vinculação, quando uma profissional chegou a garantir que o usuário seria incapaz de mentir sobre determinado fato, quando esta tomada de posição demonstrava claramente que a relação estabelecida entre ambos extrapolava o manejo clínico. Frente a situações como esta última, foram discutidas e propostas mudanças na composição de RTs para alguns usuários do CAPS X, por diferentes integrantes da equipe.

Givanildo era usuário do CAPS desde a inauguração deste serviço de saúde mental. Conhecia alguns técnicos desde a época em que vivia internado nos hospitais psiquiátricos da região. Apesar da deficiência mental moderada, sem sintomas psicóticos, continuou sendo internado com frequência para a preservação de sua integridade física, tendo em vista que ficava pelas ruas, onde apanhava sempre, por provocar as pessoas. Vários conflitos entre membros da equipe envolviam Givanildo, pois não havia consenso sobre sua permanência no CAPS, por não participar de atividades e, com frequência, estar envolvido em brigas com os demais usuários. Givanildo, ao nascer, foi deixado sobre uma caçamba. A senhora que o encontrou optou por adotá-lo. Com a morte precoce de sua mãe adotiva, sua irmã assumiu seus cuidados. Diante de suas atitudes hostis com os familiares e vizinhos, a irmã buscou por

diversas vezes sua internação psiquiátrica. Com o tempo, Givanildo foi ficando mais nas ruas e, quando estava cansado e com medo de sofrer novas agressões, pedia para ser acolhido no CAPS ou para ser internado em hospitais psiquiátricos. Para conseguir uma internação, era capaz de atear fogo no terreno baldio ao lado do CAPS, isto quando já estava com mais de 40 anos de idade. Houve um tempo em que todos os técnicos negaram-se a ser sua Referência, alguns por excesso de preocupação materna e outros por completa falta de empatia por ele. Givanildo havia agredido ou tentado agredir grande parte da equipe, física ou verbalmente, sempre que não era possível dar-lhe atenção prioritária. Poucas foram as situações em que os técnicos do CAPS tiveram discussões calorosas por causa de um paciente, mas muitas destas envolviam Givanildo. A equipe tentou denunciar sua situação de abandono para o Ministério Público, sem sucesso. Uma de suas RTs chegou a acompanhá-lo até sua casa para verificar se procedia a informação que ele dava de que a irmã não abria a porta para ele, o que infelizmente era verdade. Apesar de sua hostilidade com a equipe dentro do CAPS, quando Givanildo entrava em conflito com alguém fora da instituição, corria e gritava nomes de todos da equipe do CAPS – eram nomes famosos na praça que ele frequentava.

#### *Quadro 4 - Givanildo*

Raramente o termo transferência aparecia nas discussões do CAPS X (muito menos o termo contratransferência), porém ficava evidente que este era o ponto quando a proposta de troca de RT era feita por considerar-se que o vínculo estabelecido entre usuário e técnico não favorecia o desenvolvimento clínico do caso. Por vezes, assumiu-se também que a relação do técnico com o usuário e/ou familiar deste era tão permeada por questões que remetiam à subjetividade do técnico que este trabalho de RT ficava impossibilitado. Estas questões nem sempre eram levantadas pelo próprio Técnico de Referência, sendo comum que outros profissionais, de diferentes formações, sinalizassem este processo.

Como anteriormente exemplificado, no CAPS X, foi possível observar evolução clínica importante em casos para os quais os usuários puderam desenvolver relação transferencial positiva com suas RTs. No entanto, o manejo da transferência por parte da equipe e, sobretudo pelo RT, mostrou-se fundamental. Para algumas situações em que este manejo encontrava dificuldades, a supervisão clínica, realizada por profissional externo à equipe, foi um auxílio, até mesmo para a compreensão de que era momento de haver troca de RT.

Em reuniões técnicas da equipe do CAPS X, um incômodo comumente em pauta relacionava-se aos usuários que pareciam “estagnados” nas rotinas do próprio CAPS. Estes eram incentivados insistentemente por seus Técnicos de Referência a aceitarem propostas de participação em atividades laborais e educativas em outros espaços sociais. No entanto, era comum que a insistência promovesse recaídas agudas, por vezes longas e com grande impacto na vida social já construída por estes sujeitos “cronificados” no CAPS. A conclusão de que a equipe fracassava em sua missão de reabilitação era uma constante, bem como o argumento de que este

fracasso devia-se ao fato de haver poucos técnicos para a demanda existente ou dificuldades logísticas para acompanhar a reinserção na comunidade. Neste diagnóstico sobre as falhas de atuação dos técnicos, as escolhas dos sujeitos não eram consideradas, salvo raras exceções.

É possível que uma supervisão clínica psicanalítica externa possa colaborar na ampliação do número de casos clínicos ditos bem-sucedidos, tendo em vista a condição privilegiada do supervisor para observar de forma menos parcial a construção do vínculo de RT com os assistidos de um CAPS.

#### 4.2.2.3 Supervisão psicanalítica no CAPS

A atuação clínica em dispositivos de saúde mental embasada na psicanálise vem sendo introduzida nas últimas décadas e de modo mais acentuado nos CAPS. Para que esta atuação possa influenciar e cumprir suas propostas terapêuticas nestas equipes interdisciplinares, torna-se necessária a presença de supervisores clínicos externos ao ambiente CAPS.

Delgado (2008) discutiu a interface entre psicanálise, saúde mental e atenção psicossocial, concluindo que é fundamental ao analista supervisor atuar como um ponto de sustentação desta atenção, orientando o trabalho em equipe no sentido de permitir ao sujeito que se responsabilize e se implique com o seu desejo, para que este possa partilhar com o outro a vida social sem que seja “enquadrado” por este outro. Esta seria a ética da inscrição da subjetividade a partir da singularidade do desejo constituinte de cada um.

Abreu (2008) abordou o papel do analista em instituições de tratamento em saúde mental e enfatizou a necessidade de ir além das regras, para se alcançar a postura psicanalítica de acolher a invenção do outro, por meio do trabalho com a transferência, considerando as peculiaridades deste fenômeno na clínica no campo das psicoses e em equipe.

No CAPS X, uma característica importante do processo de supervisão foi a valorização do trabalho clínico realizado por todos os integrantes da equipe que se propunham a ouvir o que determinado usuário do serviço tinha a dizer sobre sua própria história. A construção do caso clínico se fazia possível, independentemente

de quem seria o profissional que portava este elo de comunicação com o assistido. Os técnicos de enfermagem passaram a compreender melhor seu papel, na qualidade de promotores de ações de saúde mental, mesmo que, por vezes, mostrassem preocupação em lembrar que não eram psicólogos.

Alkmim (2009) observou uma transformação na construção de casos clínicos atendidos por uma equipe de CAPS do Rio de Janeiro a partir da experiência pontual de “Conversação Clínica” destes profissionais com pesquisadores externos, que resultou em mudanças no olhar dos técnicos sobre o caso clínico e, por consequência, na evolução do próprio caso. O autor sinalizou a necessidade de interrupção da repetição do discurso sobre o usuário (o chato, o perigoso, o carente de limites, etc.) para que os significantes<sup>13</sup> deste pudessem emergir e ser acolhidos na relação com a equipe.

Alberti e Palombini (2012) observaram experiências de supervisões realizadas por psicanalistas em dois CAPS geograficamente distantes, com o objetivo de melhor compreender quais seriam as contribuições deste tipo de abordagem em supervisão clínico-institucional para o trabalho das equipes interdisciplinares. Os autores concluíram que, nas instituições, havia um posicionamento comum entre os supervisores no sentido de dar importância à história singular da instituição, de haver um tempo para a supervisão que foi utilizada como instrumento de trabalho e de existir um posicionamento ético que abrangia a responsabilização do sujeito por seus atos. Responsabilizações, inclusive, no âmbito dos profissionais, abrindo-se espaço para a fala, para a circulação do saber e para a formulação coletiva das decisões.

Dassoler e Palma (2012) trataram também da dimensão ética do trabalho psicanalítico nos CAPS, para o qual é crucial que o psicanalista esteja qualificado a reconhecer, neste espaço institucional, com todas as suas vicissitudes, a existência da falta e, portanto, do desejo enquanto possibilidade. O que leva ao distanciamento do papel de quem sabe o caminho para alcançar a completude e, portanto, da cura.

Silva e colaboradores (2012) fizeram um estudo sobre o trabalho realizado por 10 supervisores clínico-institucionais em CAPS do Rio Grande do Sul e observaram que a supervisão favorece o trabalho clínico em equipe quando se estabelece a "transferência de trabalho" e torna-se possível discutir em supervisão as dificuldades

---

<sup>13</sup> Para Lacan, o inconsciente é estruturado como linguagem, composto por significantes (imagens acústicas de conceitos) e significados (os próprios conceitos), sendo que o psiquismo funciona como uma cadeia de significantes em que um determinado significante remete a outro por meio de deslocamentos, condensações e simbolização, tendo esta cadeia um início nas significações provindas do discurso dos pais e seus sucessores, de forma que este Outro pode impor-se na relação do sujeito com o desejo. Zimerman, D.E. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2001.

entre os membros da equipe e destes com a gestão, o que é feito por meio do suporte oferecido pelo supervisor.

Apesar de haver incentivo nas políticas públicas de saúde mental para que as equipes tenham o suporte de supervisão clínico-institucional, os CAPS acabam tendo apenas breves oportunidades neste sentido, o que dificulta a criação e manutenção de espaços na agenda da equipe para uma reflexão conjunta sobre os processos de trabalho. Entre os trabalhos acima citados, reflexões sobre aspectos transferenciais da clínica dos CAPS e sobre a importância da supervisão clínica, especialmente para que o discurso da equipe possa agregar qualidade ao ato terapêutico, foram temas recorrentes. Alguns artigos trataram especialmente do lugar do psicanalista na equipe, como ponto de sustentação desta atenção, ao orientar o trabalho para a responsabilidade e a implicação do sujeito com o seu desejo. Nos artigos, a inserção da psicanálise nos dispositivos CAPS passa pela ética da inscrição da subjetividade a partir da singularidade do desejo constituinte de cada um. Ou seja, faz-se necessário considerar o sujeito e sua formação do laço social.

Apesar de ainda haver forte crítica sobre a presença do referencial psicanalítico nas instituições de saúde pública, a parceria entre a psicanálise e a saúde mental fica evidente nos trabalhos que contextualizam a inserção desta abordagem no processo de Reforma Psiquiátrica. Em especial, na construção coletiva e interdisciplinar do caso clínico, a partir da compreensão da singularidade do sujeito e da agregação de elementos de alteridade no trabalho em grupo para ressignificar a relação do sujeito com seu contexto psicossocial.

No CAPS X, por vezes um paciente sem adesão ao PTS era mantido em livre circulação pela instituição por haver entendimento de que pelo menos um membro da equipe sustentava que esta não adesão ao PTS era uma forma de vinculação em processo de expansão que deveria ser acolhida pela equipe – o que às vezes deflagrava desencontros entre os membros da própria equipe. Em outros casos, principalmente entre aqueles usuários que faziam emergir processos contratransferenciais muito negativos, a não adesão ao PTS culminava com a exclusão destes, sem que houvesse maior investimento na compreensão desta tomada de posição subjetiva perante o atendimento ofertado. Quando havia supervisão, estes processos eram mais bem elaborados por todos.

Em cinco anos trabalhando em um CAPS, a pesquisadora teve a experiência de supervisão clínica em equipe por apenas dois anos. Diante desta restrição, por

vezes a pesquisadora assumiu condutas com a equipe que poderiam ser mais apropriadas se fossem proporcionadas por um supervisor externo. Contudo, esta autocrítica sobre a inadequação desta relação com a equipe só foi formulada durante a elaboração desta pesquisa. Geralmente isto acontecia durante os embates entre técnicos que, por diferentes razões, estabeleciam diferentes vinculações com um determinado usuário do CAPS X.

Cabe lembrar aqui o caso de um assistido, a quem chamamos Givanildo (quadro 4), que já havia sido vítima de muitas agressões e a quem um dos profissionais protegia de supostas agressões promovidas por outros membros da equipe. Certa vez, este profissional chegou a acreditar fielmente que outro teria agredido o paciente fisicamente, pois considerava que o rapaz seria incapaz de mentir quando acusou tal técnico. Pouco tempo depois, Givanildo relatou que uma dupla de técnicos estava se relacionando sexualmente no estacionamento, buscando provocar um destes técnicos. Na ocasião, a pesquisadora trouxe à reunião de equipe a discussão sobre os vínculos transferenciais e contratransferenciais que identificou na situação em questão, na qual ela própria estava envolvida diretamente, ou seja, não havia o distanciamento afetivo necessário para que tal reflexão fosse feita de forma produtiva. O fato é que uma das RTs do rapaz pediu para entregar o caso para outra pessoa e ninguém “o quis”, porém as discussões sobre o caso mantiveram-se aquecidas por uma tendência ao julgamento moral da relação que cada profissional estabelecia com Givanildo.

Quando se fala em análise, fala-se da condição necessária ao analista de ter passado por processo de análise pessoal e supervisão clínica para estar habilitado a manejar a transferência e a contratransferência na relação terapêutica, porém na atenção psicossocial não é desta análise tradicional que estamos tratando. Nos CAPS, a equipe interdisciplinar depara-se constantemente com situações em que a possibilidade de maior autoconhecimento, para cada integrante, seria facilitadora de melhor compreensão das relações que se estabelecem com os diferentes usuários. Nesta experiência de cinco anos de trabalho em CAPS Adulto, por muitas vezes a pesquisadora ouvia de colegas relatos sobre o desejo de submeter-se a uma análise, mas não havia condição financeira para isso.

As políticas públicas sobre saúde mental no país avançaram muito nos últimos 25 anos, sem que a questão do cuidado e da formação pessoal do trabalhador da saúde mental ter acompanhado este processo. Infelizmente, alguns trabalhadores do



CAPS X, de diferentes formações, sem suporte à sua própria saúde mental, acabaram adoecidos, após anos no trabalho de atenção psicossocial em que se implicaram, sem que este adoecimento pudesse ser devidamente acolhido em *setting* apropriado.

Certo dia, esperando o início de uma defesa de tese, a pesquisadora ouviu duas jovens comentando sobre uma colega que já trabalhava em um CAPS Adulto havia mais de cinco anos, até que uma delas concluiu que tal colega, por já estar há tanto tempo na clínica dos transtornos mentais graves, estava também cronificada em suas próprias dificuldades. Este é o risco para a saúde de profissionais de uma equipe interdisciplinar de CAPS sem o suporte consistente de supervisão e sem vias de acesso a cuidados em saúde mental para seus membros.

A pesquisadora não atua mais em um CAPS Adulto e a decisão de saída foi impulsionada pela percepção desta de que a falta de condições institucionais para o desenvolvimento de estratégias clínicas estava aproximando-a de um estado de “cronificação”, o que só pôde ser identificado por esta profissional a partir de anos de análise paralelos ao trabalho em CAPS e da condução desta pesquisa.

No que tange à questão da psicanálise e a atenção psicossocial, faz-se necessário retomar os trabalhos que sinalizam que o psicanalista deve propiciar aos assistidos que estes conduzam o tratamento quando se põem a falar e a construir uma elaboração simbólica, o que é possibilitado a partir da abordagem clínica da transferência por profissionais para quem ele possa “endereço” sua fala, sua queixa e seu desejo (Abreu, 2008; Carneiro, 2008; Gomes, 2009; Vilhena & Rosa, 2011; entre outros). Todavia, na clínica dos transtornos graves, muitas vezes é preciso pensar e atuar num campo anterior à integração do sujeito desejante, o que Winnicott fez por meio de sua compreensão do processo de amadurecimento emocional humano e seus desdobramentos clínicos.

#### 4.3. WINNICOTT E O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL SAUDÁVEL

Winnicott (1952a/1993) utilizou-se de sua experiência como pediatra, em atendimentos a bebês pequenos e suas mães, e como psicanalista de crianças e adultos para concluir que:

Inicialmente o indivíduo não é a unidade... a unidade é a organização ambiente-indivíduo... o indivíduo pode vir a criar um ambiente pessoal. Se tudo ocorrer bem, o meio ambiente criado pelo indivíduo se transforma em algo suficientemente semelhante ao meio ambiente geralmente percebido... é especialmente do seu sucesso [nesta passagem] que depende o estabelecimento da saúde mental na comparação com a psicose. (pp.378-379)

Existiria uma tendência inata ao desenvolvimento emocional e, para que este processo ocorra, faz-se necessário um *ambiente suficientemente bom* do qual o bebê depende absolutamente num primeiro momento (Winnicott, 1958/2011).

No início, há um potencial criativo no bebê que é correspondido pela prontidão da mãe que com ele está identificada, permitindo assim que o bebê experimente a ilusão de criar aquilo de que necessita (por exemplo, sente fome e recebe o seio) de forma que, aos poucos, de acordo com a capacidade crescente do bebê em suportar a demora no atendimento à sua necessidade, surge a possibilidade de reconhecimento de um ambiente externo a ele, havendo um “descanso do teste de realidade e da aceitação da realidade” por meio de objetos e fenômenos transicionais (Winnicott, 1952a/1993).

O ambiente é inicialmente representado pela mãe (ou sua substituta), a qual é capaz de um envolvimento com este ser que dela depende de forma a permanecer num estado de concentração e identificação com o bebê tal que consegue saber o que o bebê precisa de forma bastante exata, o que Winnicott nominou preocupação materna primária, estado pelo qual a mãe é tomada por alguns meses (Winnicott, 1956/2000).

Desta forma, o desenvolvimento emocional humano ocorre em três etapas, de acordo com a relação de dependência do ambiente – dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. A tendência inata ao amadurecimento persiste – mesmo quando, num primeiro momento, não há condições ambientais para tal desenvolvimento – e diante de um novo ambiente favorável, poderá ser retomada, ainda que tardiamente (Winnicott, 1963b/1983).

Segundo Winnicott (1963b/1983):

O ambiente não faz o lactante crescer, nem determina o sentido do crescimento. O ambiente, quando suficientemente bom, facilita o processo de maturação. Para isso acontecer, a provisão ambiental, de modo extremamente sutil, se adapta às necessidades cambiantes... da maturação. Tal adaptação... só pode ser propiciada por uma pessoa, e uma que no momento não tenha nenhuma outra preocupação e que “esteja identificada

com o lactante” de modo a sentir e satisfazer as necessidades do mesmo, como por um processo natural. (p. 201)

Winnicott considera que, no início, a dependência não é apenas absoluta, mas também ignorada pelo bebê. Todavia, na medida em que o ambiente dispõe a ele condições suficientes para seu desenvolvimento emocional, o bebê vai se tornando capaz de reconhecer sua dependência e vai mostrando ao ambiente quando precisa de sua atenção, o que por si já é um indício de que a dependência passou a ser relativa. Este reconhecimento já é visível por volta de um ano de idade, porém o bebê poderá ter adquirido certo grau de independência, perdê-lo e reconquistá-lo, por diversas vezes e caberá ao ambiente reconhecer tais situações e corresponder às necessidades de sustentação do indivíduo ao longo de tal processo (Winnicott, 1958/2011).

Durante o período de dependência absoluta, a mãe funciona como ego auxiliar do bebê, que é incapaz de compreender a separação entre eu e não-eu e, por consequência, se relaciona com objeto subjetivo, ou seja, o objeto é um aspecto do próprio bebê. É a partir de uma maternagem suficientemente boa que o bebê passa a reconhecer fora de si aquilo do que necessita, ou seja, passa a ter percepção objetiva de objeto (Winnicott, 1969/1994).

Winnicott considera que o impulso criativo é o que dá ao bebê a sensação de estar vivo e a sensibilidade da mãe, ao apresentar o mundo nos momentos de atividade criativa (por exemplo, oferecendo o seio quando a criança procura algo, dando-lhe a oportunidade de criar o seio), é o que vai permitir que o bebê recrie o mundo e, portanto, possa lidar aos poucos com a realidade externa, na medida em que as falhas nesta correspondência vão paulatinamente acontecendo (Winnicott, 1958/2011).

Ao longo do desenvolvimento, o bebê passa a apresentar rudimentos de uma capacidade de preocupar-se, vinculada com sentimentos de culpa, a qual só pode surgir a partir do processo contínuo de integração da personalidade e deve ser acolhida pela mãe para que seja aprimorada. Com um ano de idade, muitos bebês possuem uma personalidade integrada, que foi constituída a partir de um momento inicial de não-integração, no qual puderam ser sustentados por suas mães de forma segura. Por vezes, ressurgem o estado de não-integração, mas o simples ato da mãe de segurar a criança no colo propicia a sensação de segurança necessária para a manutenção do estado de integração (Winnicott, 1958/2011).

O final do primeiro ano de vida também é marcado com a primeira posse de objetos (paninhos, brinquedos, etc.) que vão ter a função transicional e constituem marco inicial da vida afetiva e cultural na fase adulta. Esta aquisição, assim como as demais, pode ser perdida quando a criança, em momentos posteriores, passa por processos de ansiedades e rupturas graves com o ambiente. Quando a integração já se encontra bem estabelecida para um bebê, estes momentos de desconstrução passam a levar a um estado de desintegração, que é extremamente perturbador (Winnicott, 1958/2011).

Winnicott (1963/1994) considera que ansiedade não é suficiente para descrever uma reação à ameaça de desintegração, considerando mais apropriado descrever a reação como agonias primitivas impensáveis, com suas respectivas defesas:

1. Retorno a um estado não-integrado (Defesa: desintegração);
2. Cair para sempre (Defesa: sustentar-se/*self-holding*);
3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da despersonalização (Defesa: despersonalização);
4. Perda do senso do real (Defesa: exploração do narcisismo primário, etc.);
5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do *self*). (p. 72)

Assim, a saúde mental seria, para Winnicott, uma consequência de um cuidado em que há uma adaptação sensível e ativa às necessidades do bebê, o qual vai se apropriando gradativamente de um conceito de realidade externa. Por outro lado, a doença mental do tipo psicótica teria em sua origem falhas ambientais importantes e anteriores ao surgimento de uma pessoa total, ou seja, antes da criança ser capaz de estabelecer relacionamentos totais com pessoas totais (Winnicott, 1952a/1993).

Loparic (2001) destaca que Winnicott buscou um novo quadro geral para a psicanálise ao elaborar o paradigma “bebê-no-colo-da-mãe” como fundador de sua teoria sobre o amadurecimento pessoal e ao salientar a importância do ambiente neste processo. Apesar de contestar a exclusividade das influências de pulsões sexuais e das relações triangulares para a constituição da transferência, Winnicott manteve-se alinhado com o método psicanalítico de pesquisa baseado neste conceito, modificando seu sentido, assinalando uma transferência, no *setting* clínico, da relação de dependência à mãe.

Naffah Neto (2005 e 2007) explica que a proposta de Winnicott é que, muito antes de o bebê constituir um si próprio, um *self*<sup>14</sup> unificado e coeso, ele já se define por um estilo próprio de estar no mundo. A maneira peculiar que cada bebê possui de articular uma herança biológica de forma viva perante aquele ambiente singular que lhe dá sustentação foi denominada por Winnicott de gesto espontâneo ou criativo, o qual indicará o eixo principal de formação de um ser humano singular, ao longo de toda a sua vida, rumo à maturidade.

Garcia (2011) considera que, ao desenvolver uma teoria sobre o amadurecimento pessoal, Winnicott também colaborou com ideias sobre o desenvolvimento social, ao compreender que a sociedade é formada por um coletivo de indivíduos que contribuem com esta a partir de seus desenvolvimentos emocionais.

Neste sentido, Winnicott (1963b/1983) assinala que a maturidade emocional do indivíduo é um indicador de saúde para o qual há uma contribuição importante da sociedade, na medida em que o termo “doença mental” é empregado a partir da dificuldade de convivência com determinadas pessoas. Desta forma, os distúrbios mentais não seriam, em si, doenças, mas sim resultados do encontro entre um indivíduo com determinado grau de imaturidade e um ambiente social que reage a ele de forma apoiadora ou com retaliações.

Por outro lado, é na maturidade que o indivíduo pode contribuir com a sociedade, sendo que uma proporção razoável de indivíduos emocionalmente maduros de uma comunidade é o que permite que a democracia se faça presente, por meio da influência que estes indivíduos podem exercer sobre os demais (Winnicott, 1990).

#### 4.3.1. Winnicott e a transferência da relação de dependência

Existem três grupos de distúrbios psicológicos relacionados a determinadas categorias de imaturidade pessoal, que seriam decorrentes de falhas ambientais durante as diferentes etapas de dependência e que requerem diferentes abordagens

---

<sup>14</sup> Na obra de Winnicott, os termos *ego* e *self* são muitas vezes sobrepostos. O *self* é resultante de um processo de integração que resulta na diferenciação entre eu e não-eu, de forma a constituir uma imagem unificada de si mesmo e do mundo exterior, a qual se desenvolve a partir de um ambiente suficientemente bom. Zimmerman, D.E. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2001.

do analista. No primeiro grupo estão pessoas com personalidade integrada (“pessoas totais”) que apresentam certas dificuldades nas relações interpessoais, mas foram bem cuidadas durante os primeiros estágios e geralmente conseguem ter uma vida plena – estes são os neuróticos, que se beneficiam da psicanálise clássica. No segundo grupo, houve um caminho já percorrido para a formação plena da personalidade, mas este processo sofreu uma falha do ambiente e o sujeito passa a reivindicar, nas relações atuais, aquilo que foi perdido precocemente, por meio de atitudes antissociais. No último grupo estariam aqueles que viveram falhas ambientais em períodos ainda mais precoces da relação de dependência e que não puderam, portanto, constituir uma estruturação da personalidade – é neste grupo que a psicose se instaura e a possibilidade de abordagem terapêutica deve concentrar-se prioritariamente no manejo (Winnicott, 1954-5/1993).

Winnicott foi um psicanalista que se debruçou intensivamente sobre as possíveis contribuições da psicanálise ao campo dos transtornos mentais graves. Segundo este autor:

A tendência do estudo psicanalítico da psicose... é no sentido da teoria da origem psicológica. Surpreendentemente, parece que, nas psicoses, existe não apenas o fator de herança, mas também um fator ambiental que opera nos estágios mais iniciais, ou seja, quando a dependência é absoluta... as tensões e os estresses internos que pertencem à vida e são inerentes ao viver e ao crescer, parecem ser tipicamente encontrados na normalidade que se relaciona à psicose. Em comparação, escavando-se a etiologia do paciente psicótico, chega-se a dois tipos de fator externo, a hereditariedade (que, para o psiquiatra é algo externo) e a distorção ambiental na fase de dependência absoluta do indivíduo. Em outras palavras, a psicose tem a ver com distorções ocorridas durante a fase de formação do padrão de personalidade, enquanto a psicose pertence às dificuldades que são experienciadas por indivíduos cujos padrões de personalidade podem ser tomados como evidentes, no sentido de serem suficientemente formados e saudáveis. (Winnicott 1965/1994, p.96)

A neurose está vinculada ao inconsciente reprimido, no qual são depositados, com grande custo, partes do *self* ou da experiência pessoal com as quais o indivíduo não consegue lidar. Por isto, a doença neurótica é mais bem assimilada pelo psicanalista. Já na psicose, doença relacionada a experiências mais precoces, anteriores aos relacionamentos interpessoais, haveria mais campo de ação do assistente social (apoiador na instituição hospitalar da época), a menos que o próprio psicanalista se dispusesse a assumir o papel do assistente social, tendo em vista que no cerne da doença houve uma falha ambiental (Winnicott, 1963b/1983).

Winnicott teorizou a respeito das falhas ambientais na psicose e nos quadros *borderline*, respectivamente nos períodos de dependência absoluta e relativa. Tais falhas resultariam em uma paralisação do processo de amadurecimento. Para este autor, a psicose é uma organização defensiva contra uma agonia primitiva impensável, que resulta em um medo de um colapso que é um medo de um acontecimento passado que não pôde ser experienciado por ter havido uma falha ambiental precoce, em um período em que o sujeito não havia desenvolvido ainda recursos emocionais para lidar com tal falha (Winnicott, 1963/1994).

Ainda que tenha acontecido a interrupção no desenvolvimento emocional diante de uma falha ambiental insuportável, Winnicott (1954-5/1993) considera que a tendência ao amadurecimento permanece latente, aguardando um *holding* ambiental que, em algum outro momento da vida, possa sustentá-la:

A doença psicótica se relaciona a um fracasso ambiental em um estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo. A sensação de futilidade e de irrealidade faz parte do desenvolvimento de um falso *self*<sup>15</sup>... como proteção para o *self* verdadeiro; o *setting* da análise reproduz as mais antigas técnicas de maternagem. Convida à regressão pela confiança que inspira. A regressão de um paciente é o retorno organizado à dependência inicial... O paciente e o *setting* fundem-se na situação de sucesso original primário. (p. 470)

Em sua experiência com crianças cujos vínculos foram prejudicados durante a guerra, bem como com a análise de pacientes adultos psicóticos e fronteiriços, Winnicott visava à retomada do processo de desenvolvimento por meio de manejo psicanalítico. Algo que proporcionasse um novo ambiente confiável e favorável a uma regressão do paciente à fase de dependência em que houve a falha do ambiente na sustentação do indivíduo (Winnicott, 1963a/1983).

Winnicott (1954-5/1993) afirmou que “a palavra regressão significa simplesmente o inverso do progresso” (p. 462). O progresso seria um impulso biológico, anterior ao nascimento e, para que seu inverso ocorra, deve ter ocorrido um fracasso na adaptação do meio ambiente. A retomada do progresso decorreria da manutenção da crença na existência futura de condições ambientais favoráveis, do encontro com tais condições e da regressão em si. Para tudo isto acontecer, um falso *self* deve ter sido formado para zelar pelo verdadeiro *self* durante todo o período em

---

<sup>15</sup> Trata-se de uma forma de apresentação passiva e submissa, diante das exigências da realidade externa, que mantém o verdadeiro *self* distante do mundo de forma a protegê-lo de possíveis ataques. (Winnicott, 1990).

que a situação de fracasso ficou congelada. Em suas palavras: "...a situação de fracasso poderá ser degelada e reexperimentada, estando o indivíduo em um estado regredido e em um meio ambiente que esteja fazendo a adaptação adequada." (p. 464).

Segundo Winnicott, para ser tal ambiente, o analista deve, muito mais do que interpretar as projeções, manter-se consistente (1960/1983):

[...] o analista está preparado para esperar até que o paciente se torne capaz de apresentar os fatores ambientais em termos que permitam sua interpretação como projeções. Nos casos bem escolhidos este resultado vem da capacidade do paciente de confiar, que é redescoberta na consistência do analista, na situação profissional. Algumas vezes o analista precisa esperar um tempo muito longo; e no caso que é *mal* escolhido para a psicanálise clássica é provável que a consistência do analista seja o fator mais importante (ou mais importante do que as interpretações), porque o paciente não experimentou tal consistência no cuidado materno na infância, e se tiver de utilizar esta consistência terá que encontrá-la pela primeira vez no comportamento do analista. Isto pareceria ser a base para a pesquisa do problema do que o analista pode fazer no tratamento de esquizofrenia e outras psicoses. Nos casos *borderlines* o analista nem sempre espera em vão; com o passar do tempo o paciente se torna capaz de utilizar as interpretações psicanalíticas dos traumas originais como projeções. Pode mesmo acontecer que seja capaz de aceitar o que é bom no ambiente como uma projeção simples e estável de elementos emergentes que se originam de seu próprio potencial herdado. (p. 39)

No caso Jorge (quadro 5), a pesquisadora, até mesmo por inexperiência, passou meses apenas acolhendo falas e atuações que o usuário tinha como recurso para expressar seu ódio pelos maus tratos e abusos sofridos em tenra infância, sempre mantendo a figura materna num pedestal, intocável. Aos poucos, Jorge, pôde trazer para a terapia seus desapontamentos com a genitora, reconhecendo que suas falhas eram proporcionais às suas limitações emocionais e, portanto, que outras pessoas que passaram por sua vida também não tinham condições de corresponder às suas expectativas de perfeição, inclusive a terapeuta.

Jorge tinha aproximadamente 40 anos quando foi atendido em psicoterapia individual pela pesquisadora por cerca de três anos, em atendimentos quinzenais (limite dado pela falta de agenda). Ele havia sido um profissional da área de segurança, de conduta exemplar. Muito rigoroso em seu trabalho, não se permitia qualquer deslize até que, por impulso, cometeu um ato que ele próprio considerava moralmente repugnante. Apesar de ninguém mais saber do fato, este ato implicou em um quadro psicótico grave, com delírios de perseguição e pseudoalucinações com um menino morto que zombava dele, apontando-lhe as falhas de caráter, dizendo que todos sabiam que ele não era santo. Jorge passou a manifestar explosões emocionais, reações agressivas com muita violência e ideias suicidas, tendo sido afastado do filho adolescente após ter dado uma surra por causa de sapatos fora do lugar determinado. Foi internado em hospital psiquiátrico antes de chegar ao CAPS X e, depois de admitido, foi acolhido diversas vezes. Quando a psicoterapia foi iniciada, a pesquisadora o atendia sempre com algum colega discretamente posicionado na sala ao lado, para que, a qualquer sinal de



agitação, pudesse ser socorrida. Jorge nunca foi ameaçador com a terapeuta, apesar de ter dado murros e cabeçadas nas paredes e portas da sala, sendo que chegou a fugir correndo, saltando de um parapeito num momento em que havia finalmente conseguido colocar em palavras o ódio que sentia pela mãe, que não o protegeu de agressões quando muito pequeno. Em todas estas ocasiões, a terapeuta tentou manter a calma e, apenas quando ele havia se jogado no chão, com cialorreia e gemidos, optou por chamar ajuda. Sempre que suas angústias eram muito intensas, proporcionava-lhe hospitalidade noturna. Apesar do conteúdo da psicoterapia não ser partilhado com a equipe e o paciente evitar falar com outras pessoas, ele sempre foi acolhido com muita atenção por todos, que costumavam ficar consternados com a situação de um trabalhador que, como ele, dedicou parte de sua vida a cuidar dos outros. Em um determinado momento da terapia, ele pôde dizer que o CAPS era como um útero quente e aconchegante, no qual ele poderia descansar sem ter que se preocupar com sua integridade física e emocional, mas ele entendia que precisava sentir-se bem novamente em casa e no trabalho. Apesar de não ter conseguido retornar ao trabalho, Jorge foi resgatando um maior controle emocional a partir do *insight* de que sua condição humana permitia-lhe falhas e que o ambiente também poderia falhar com ele, até mesmo o CAPS poderia falhar com ele (deu, inclusive, exemplo de um embate que teve com um guarda noturno que fazia ronda na instituição).

#### Quadro 5 - Jorge

Jorge é um exemplo de formação de falso *self* que visava à proteção do verdadeiro *self*, mas que era esvaziado de sentido para ele. Winnicott considera que a doença psicótica, apesar de dolorosa, é o único estado bom para estes pacientes que vivem tamanho sentimento de futilidade, a menos que o ambiente terapêutico possa se adaptar às suas necessidades de maneira a “remover” o fracasso original, por meio de uma regressão, a qual não significaria uma piora do caso, mas sim uma esperança (Winnicott, 1954-5/1993).

Segundo Dias (2011a/2014), a psicanálise é uma teoria e uma prática alicerçada na interpretação do sentido latente dos conflitos, na relação transferencial. Ao elaborar uma teoria do amadurecimento emocional e seus desdobramentos, Winnicott rompe com esta base da psicanálise tradicional, propondo a transferência da relação de dependência nos casos em que houve uma falha importante do ambiente anterior à formação do inconsciente reprimido.

Para Winnicott, da mesma forma que um bebê pode adquirir um certo grau de independência, perdê-lo e reconquistá-lo, por diversas vezes, qualquer paciente pode, eventualmente, passar por fases esquizoides (Winnicott, 1968b/2012). Caberá ao ambiente, mãe no primeiro caso e analista no segundo, reconhecer tais situações e corresponder às necessidades de sustentação do indivíduo durante este processo.

A pesquisadora atendeu em terapia individual o jovem Felipe (quadro 6), após duas tentativas frustradas de inclusão dele em psicoterapias. Depois de meses apenas respondendo às suas perguntas sobre a confiabilidade deste *setting*, Felipe pôde sentir-se um tanto seguro, sobretudo quanto à consistência da terapeuta em não questionar sua forma peculiar de evitar a exposição social, o que já tinha sido muito

atacado em outras ocasiões, por atitudes “reabilitadoras”, quando, por exemplo, ele se escondia no banheiro durante as refeições. Ele jamais quis discutir seus comportamentos desviantes em terapia, mas aos poucos foi trazendo seus conflitos com os genitores, que desde muito cedo o envolviam nas dificuldades do casal de forma drástica e imprevisível, e o sentimento de impotência que o afligia, paralisava e o impelia à fuga de possíveis situações constrangedoras.

Felipe, aos 23 anos, foi atendido em psicoterapia individual pela pesquisadora por cerca de um ano (mais precisamente em seu último ano de trabalho no CAPS X). Ele havia tido um desenvolvimento aparentemente normal até que, já adulto, ao chegar com roupas amassadas na igreja, foi motivo de chacota por outros jovens. Desde então, passou a manter-se sentado por horas seguidas, sem comer ou ingerir líquidos, ao ponto de desenvolver edemas importantes nos membros inferiores. Felipe era muito inteligente, ótimo desenhista e muito sagaz (certa vez, percebendo que duas usuárias do CAPS iriam se atracar, segurou uma delas com um braço e afastou a outra com o outro, sem que ninguém se machucasse). No entanto poderia passar o dia inteiro no mesmo lugar em pé, com sol escaldante sobre sua cabeça, sem que explicasse este comportamento. Quando abordado pela equipe, dizia apenas: “Acabei ficando aqui”. Foram estabelecidos diferentes PTS para ele, sempre visando que a autonomia perdida pudesse ser resgatada. Não saía de casa, não comia, não conversava e nem mesmo tomava banho sozinho. Ele sempre aceitava o que lhe era proposto no CAPS, mas não comparecia às atividades (apesar de estar sempre na instituição, pois a mãe o levava). Quando “intimado” a participar de um grupo com familiares, passou a ficar do lado de fora do CAPS, de forma a não ser visto por ninguém. Nem mesmo sua mãe, que o trazia diariamente, sabia que ele não entrava na instituição, até que a RT fez contato com a família para entender o abandono de tratamento. Naquela ocasião, foi observado que Felipe estava com a pele muito queimada e inchada, por ter passado dias parado ao lado do muro do CAPS entre os horários em que a mãe o deixava e buscava (a mãe não havia percebido a alteração de pele). Tentou-se terapia em grupo e ele, que não se manifestava, passou a incomodar os demais. Enfim, foi retomada a proposta de terapia individual, já tentada sem sucesso cerca de um ano antes. Como sempre, Felipe disse que aceitava a proposta e foi-lhe garantido que não haveria pressão nenhuma para que ele passasse, sendo as únicas duas regras: que ele cumprisse com os agendamentos, que não seriam passados para a genitora, e que, caso ele faltasse, não seria questionado sobre sua falta, mas a terapeuta só iria reagendar quando solicitado por ele. A mãe foi informada sobre a mudança de PTS por sua RT (tinha apenas uma na ocasião). Na primeira sessão, Felipe manteve-se quieto e, ao final, questionou se a terapeuta realmente estava disposta a respeitar seu tempo para falar, como havia se comprometido num primeiro momento (logo após o grupo, coordenado por ela, quando foi proposta a terapia individual e, como tudo, ele aparentemente aceitou sem questionar). Muitas sessões ocorreram baseadas apenas em perguntas do paciente sobre a real disposição da terapeuta para estar com ele sem impor-lhe uma intervenção, como prometido. Depois, ele solicitou explicações sobre a devolutiva feita apenas para os pais sobre exame realizado num centro especializado no método de Rorschach. Estes questionamentos foram interrompidos quando contou à terapeuta que “acabou não informando” a mãe sobre uma reunião de familiares e estava preocupado com sua reação. A terapeuta propôs-se, então, a conversar com a RT de forma que a situação não fosse denunciada à família, mas sim manejada para evitar seu constrangimento. O termo “constrangimento” fez parte de muitas sessões daí em diante, quando ele pôde falar de vivências traumáticas, desde quando era muito pequeno (demonstrava ter uma excelente memória, contando situações de quando era uma criança de cerca de três anos). Aos poucos, a entrada de sua mãe nestas reuniões de família pôde ser planejada por ele nas sessões e, quando ele afirmou que precisava que a mãe ouvisse algumas coisas discutidas nestas reuniões, o retorno da genitora foi articulado com a RT. Foi a partir desta confiança no ambiente extenso (terapeuta, psiquiatra e RT) que Felipe pôde apresentar alguma mudança, tornando-se mais presente nas atividades reabilitadoras e na interação com equipe e demais assistidos.

*Quadro 6 – Felipe*

Winnicott considera importante que o analista deixe que seu paciente estabeleça o ritmo e, não podendo deixar que o paciente decida quando deve ir ou vir, o que seria o melhor a fazer, fixa-se a hora e duração da sessão e o profissional deve se ater à hora fixada (Winnicott, 1941/1993).

No caso Felipe (quadro 6), a previsibilidade do *setting* terapêutico foi fundamental para sua confiabilidade. Felipe seria aguardado em data, horário e local preestabelecidos, sendo que sua ausência não seria questionada, nem mesmo por sua Referência Técnica (só tinha uma na ocasião), e a terapeuta faria seu reagendamento somente quando fosse solicitado por ele, também sem questionamentos.

Winnicott, em relação ao tempo e resultado da intervenção do analista, disse:

Como psicanalista, desenvolvi muito essa prática de esperar, esperar e esperar. Também há aqueles sucessos que, no papel, não parecem sucessos – casos em que tenho certeza de que nossa ação teve resultados, muito embora o indivíduo tivesse sido ao final mandado novamente à prisão, ou a mulher tenha cometido suicídio, ou as crianças tenham sido encaminhadas ao internato. (Winnicott, 1960/2011, p.80-81)

A análise winnicottiana define-se eminentemente como uma clínica da experiência, na qual o processo analítico torna-se terapêutico quando, por meio da transferência, possibilita ao analisando uma regressão a um estado de dependência que propicia ao *self* verdadeiro uma existência real, por meio da repetição de determinada situação para criar outra oportunidade para este acontecimento vir a se tornar experiência, retomando a partir disto seu processo rumo ao amadurecimento. No campo das psicoses, por vezes, é um profissional não analista que abre esta possibilidade ao doente:

[...] Deste modo, saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade; e doença mental tem, subjacente, uma detenção da mesma. A tendência no sentido do amadurecimento persiste e é este que provê o impulso no sentido da cura, e da autocura se não há auxílio disponível. É isto que está por trás do *processo* que se pode esperar ocorrer, se se pode esperar um ambiente facilitador, bem adequado às necessidades imediatas do estágio de maturação da pessoa. É aí que o assistente social se envolve de modo construtivo [considerando este profissional como apoiador na instituição hospitalar da época], e na verdade o assistente social tem um poder que não está disponível ao psicanalista, na medida em que este último restringe seu trabalho a interpretar os elementos conscientes nascentes na neurose de transferência, apropriada ao tratamento das neuroses. (Winnicott, 1963b/1983, p.200)

Essa forma de abordar a clínica dos transtornos mentais graves decorre de profundas mudanças em Winnicott na compreensão psicanalítica a respeito do desenvolvimento das patologias (Loparic, 2001 e Naffah Neto, 2005). Se para Freud a psicose tinha em sua origem uma regressão do Complexo de Édipo, para Winnicott não haveria razões para falar em problemáticas triangulares (bebê-mãe-pai), já que não houve a oportunidade ambiental de vivenciar satisfatoriamente a relação dual anterior (bebê-no-colo-da-mãe).

De acordo com Winnicott (1990 e 1948/2000), psicóticos e pessoas normais do tipo psicótico pouco se interessam em adquirir autoconhecimento, diferentemente dos psiconeuróticos, mas esperam que seja possível sentir-se real. Na esquizofrenia, a transferência não é uma forma de repetição dos traumas, como na neurose, mas sim uma compensação, uma possibilidade de regressão à dependência, como forma de retomada do desenvolvimento pessoal. Para tais pessoas, haveria um medo do colapso que pode ser descrito como temor perante um acontecimento passado que não pôde ainda ser experienciado, justamente por ter acontecido falha ambiental anterior à integração do sujeito, de maneira que não havia qualquer condição para que tal experiência pudesse ser vivida, diferentemente de ser lembrada, algo que se pode esperar dos psiconeuróticos em análise.

Para Winnicott, o tratamento requer que o profissional trabalhe bastante e auxilie o paciente a carregar um fardo pesado, não sendo lógico atacar o sintoma sem mesmo reconhecer e lidar com o conflito mental subjacente (Winnicott, 1944/1993), como foi descrito no caso Felipe (quadro 6).

Winnicott considera que os sucessos no trabalho muitas vezes não decorrem da interpretação, mas sim de intervenções para afastar a influência de um genitor bom, porém deprimido (Winnicott, 1948/1993). Existem ansiedades que são inerentes dos primórdios da infância e que, diante de uma oferta de cuidado materno deficitário, podem resultar em patologias graves na vida adulta (Winnicott, 1952b/1993).

O caso Frank (quadro 7) é um exemplo de RT e psicoterapia conduzidas pela pesquisadora no CAPS X em que houve falha nesta tentativa de interrupção de um vínculo adocedor entre mãe e filho. O próprio Frank costumava dizer que sua mãe era uma fortaleza contra a qual nada ou ninguém poderia. Esta era sua razão tanto para venerar quanto para temer a força das mulheres, que poderiam tanto cuidar de sua fragilidade quanto se aproveitar dela (mãe, irmãs, esposa, desconhecidas, as mulheres do CAPS, inclusive a terapeuta).

Frank era um jovem que, apesar de ter concluído o Ensino Médio e ter conseguido colaborar com o sustento da mãe e irmãs por alguns anos, veio a adoecer gravemente, deambulando por vários dias, completamente desorganizado. A mãe, que o trouxe ao CAPS X após a primeira crise, nunca soube dizer o que havia desencadeado aquele processo, mas tinha a impressão de que ele havia ficado muito abalado com a demissão de uma grande empresa, onde ele tinha grandes possibilidades de crescimento. Passou a receber benefício da assistência social e permaneceu em casa, relativamente estável, por cerca de dois anos e, quando reagudizou, foi trazido para a hospitalidade noturna no CAPS. Na ocasião, passou a apresentar comportamentos que remetiam a uma homossexualidade que até então era desconhecida, porém só manifestada quando a mãe não estava presente. Seu discurso era em grande parte desconexo, porém dizia que precisava de terapia. Inicialmente foi incluído em terapia individual, sem sucesso. Depois de algumas sessões, foi proposta a terapia de grupo, mas por falta de condições para interagir com os temas do grupo, decidiu-se tentar a terapia familiar, com a presença da mãe, que estava com muita dificuldade de compreensão do manejo do caso pelo CAPS. Em análise conjunta com a mãe, Frank pôde dizer o quanto as expectativas dela não eram compatíveis com suas possibilidades, sobretudo de ordem profissional e sexual. Com muita propriedade, Frank utilizou a psicoterapia como ferramenta de comunicação com a mãe, sendo possível, na interlocução com ela, compreender melhor o conteúdo de seu discurso que, até então, parecia desconexo. Por exemplo, era fato que a mãe o concebera pouco antes do pai falecer (ele dizia que o homem sucumbiu à força de sua mãe), assim como houve um irmão antes dele que foi batizado com o mesmo nome, porém falecera antes de completar um ano de vida (no discurso de Frank, aquele não teria dado conta dos desejos da mãe, ela teria tido outro para substituí-lo). Inicialmente, com esta proposta terapêutica, Frank parecia bem melhor, até que a genitora organizou uma viagem para ele, para que voltasse à sua terra natal. Após esta viagem, o rapaz mostrou-se mais desorganizado e, semanas depois, a mãe comentou entusiasmada que ele estava se envolvendo com uma prima que conhecera recentemente. Após alguns telefonemas, foi decidido (não está claro quem decidiu) que os jovens se casariam e que morariam numa casa de aluguel da família, próximo à mãe de Frank. Casado aos 25 anos, o paciente reagudizou de forma a perder completamente sua autonomia, sendo novamente acolhido por longo período no CAPS. Desta vez, tentou-se restringir o acesso da mãe ao paciente (para dar-lhe banho, por exemplo), por percebermos o quanto suas intervenções eram desorganizadoras para ele, porém não conseguimos sucesso neste enquadre. Como o rapaz já estava casado, propusemos a interrupção da terapia com a genitora, mas esta nunca pôde dar espaço para a esposa que, mesmo pontualmente presente no CAPS, manifestou sua impotência diante da sogra. A mãe conduziu a relação com Frank de modo a mantê-lo sob sua dependência, mesmo casado.

#### *Quadro 7 – Frank*

Na concepção winnicottiana, a dificuldade em conduzir a análise em casos graves reside justamente na falta de uma relação verdadeira com a realidade externa e as implicações disto sobre a transferência psicótica, sendo esta falta o grande problema do analisando (Winnicott, 1993/1945). Assim, este autor reconhece que os pacientes insanos, por consequência, representam um fardo emocional para os que cuidam deles.

Há, ainda, uma compreensão em Winnicott de que, na clínica das psicoses e dos transtornos antissociais, existe uma coincidência de amor e ódio que resulta em uma demanda por manejo exaustiva. Assim, a contratransferência é com frequência o aspecto mais importante da análise. Disto decorre o uso técnico do reconhecimento do ódio sentido pelo paciente, o que requer que este sentimento seja objetivado (Winnicott, 1947/1993).

O paciente limítrofe, para Winnicott, apresenta um impulso de regressão à dependência para que o desenvolvimento emocional interrompido possa ser retomado, não por meio da recordação de experiências primitivas, mas sim revivenciando-as, por meio da transferência com o analista que pôde disponibilizar-lhe cenário para esta regressão, inclusive permitindo-o ter alguém para quem direcionar o ódio constituído na falha original que interrompeu seu processo de maturação (Winnicott, 1964/2012).

Este era o caso de Rafael (quadro 8), um jovem que encontrou na onipotência da fase maníaca algum sentido em sua existência, até então tomada pelo vazio e sentimento de completo abandono. Certa vez, em fase muito depressiva, hostilizou verbalmente sua terapeuta (a pesquisadora) por esta ter falhado gravemente com ele, ao desmarcar uma sessão, após “longo período de férias” (em seu ponto de vista). Quando a terapeuta disse-lhe que, de fato, havia falhado com ele, mas que não teve opção, pois foi submetida a uma cirurgia, Rafael passou a perguntar-lhe se estava fisicamente recuperada, demonstrando preocupação com ela, ao mesmo tempo em que expressava seu alívio, por não ter sido esquecido.

Rafael foi acolhido pela primeira vez no CAPS X antes mesmo de completar 18 anos. Estava em crise de mania, acreditava ser o próprio Deus e havia ferido o pai com uma faca. Desde muito pequeno havia tido contato com os transtornos mentais de seus pais, tio e avó. A mãe não conseguia cuidar dele, por repetidas crises de mania, tendo se alienado quase que completamente quando ele ainda tinha menos de 15 anos. O pai, usuário de álcool e maconha, foi internado por depressão quando ele tinha cerca de sete anos. Era filho único. A mãe começou a ter crises quando o primogênito faleceu, ainda bebê. Rafael costumava dizer que este bebê era sortudo, pois não tinha que decidir se continuava vivo ou não. Após sua estabilização, tentou inserção no mercado de trabalho. Sua inteligência era notável, mesmo assim, teve que terminar os estudos em supletivo, pois abandonou a escola ainda durante sua primeira crise maníaca. Sofria *bullying* desde o início da vida escolar e por vezes se satisfazia com a fantasia de um dia entrar na escola com uma metralhadora e massacrar os colegas. Rafael sustentou certa eutímia por alguns anos, tinha muito receio de agredir novamente o pai, a quem dispensava sentimentos muito ambíguos – ao mesmo tempo em que lhe era grato por não tê-lo abandonado de vez com a mãe, tinha mágoas por não ter acolhido seu sofrimento quando Rafael contou-lhe que sofrera abusos. Rafael cuidou de si e da mãe sozinho durante cerca de dois anos, quando o pai optou por trabalhar em outro município e assumiu novo relacionamento amoroso. Apesar de querer a presença do filho em sua nova vida, o pai não definia o que seria de sua vida conjugal, o que deixava o rapaz muito angustiado. Sempre que ficava deprimido, Rafael buscava sua RT para dizer que sua vida de nada valia, que queria ter coragem para se matar – muitas vezes precisava ouvir desta o que havia nele que valeria a pena para continuar vivendo. Era de sua RT que Rafael esperava obter cuidados e tolerância, quando expressava sua raiva “do mundo”, apesar de sempre dizer que nada esperava. Havia um acordo entre a RT e a equipe no qual Rafael seria acolhido em pernoite (ou sua mãe, se fosse o caso) mediante seu pedido, a qualquer momento. Por vezes, Rafael buscava o CAPS X apenas para almoçar. Esta relação de Rafael com a instituição nunca gerou maior incômodo na equipe, que geralmente reagia a este tipo de demanda com postura moralizante. Para muitos, Rafael era apenas um menino solitário. Rafael ficou visivelmente incomodado quando a pesquisadora anunciou sua saída do CAPS X, fazendo questão de mostrar-se indiferente. Quando abordado sobre isto, comparou-a com seu antigo terapeuta, de quem sentira sempre saudades. Por fim, conseguiu dizer que também sentiria sua falta, mas se mostrou interessado em conhecer a nova RT, que assumiu também sua terapia, com uma abordagem psicológica diferente. Infelizmente, um ano e meio depois, Rafael cometeu suicídio.

Ele teve o cuidado de deixar em seu bolso um documento de identificação e uma carta na qual eximia a todos, inclusive o motorista do caminhão e seus pais, de qualquer responsabilidade pelo fim de sua vida.

#### *Quadro 8 – Rafael*

Rafael faltava com frequência aos atendimentos e a terapeuta sempre o contatava para novos agendamentos, ocasiões em que ele geralmente expressava certa desconfiança em sua capacidade para ajudá-lo. Dizia que sua mãe nunca havia sido mãe, que talvez fosse melhor que ela morresse, já que lhe dava tanto trabalho, enquanto o pai, que também era deprimido, ora era visto pelo rapaz como vítima impotente da doença da esposa e do filho, ora era seu algoz, por não ter priorizado seus cuidados na época em que a mãe adoeceu e ele ainda era uma criança pequena.

Na relação com a terapeuta (que também era sua RT), Rafael buscava este ambiente que poderia sobreviver aos seus ataques, que notava seus anseios por atenção e por cuidado à sua doença. Todavia, Rafael precisava que esta profissional não esperasse por um pedido expresso por ajuda ou até mesmo por um reconhecimento verbal de sua fragilidade. Assim era quando ele aparecia espontaneamente no CAPS X para comunicar um desejo de morte diante de seu sentimento de esvaziamento existencial. Por vezes, bastava-lhe alguns momentos de conversa nos quais seus sentimentos eram acolhidos e respeitados, para que ele pudesse voltar para casa menos angustiado, enquanto em outras ocasiões, era necessária a oferta de hospitalidade diuturna (às vezes para ele, às vezes, para a mãe) para trazer-lhe algum conforto.

O paciente psicótico exige ainda algo além: “para o neurótico, o divã, o calor, e o conforto podem ser símbolo do amor materno; para o psicótico, seria mais certo dizer que estas coisas são a expressão física do amor do analista. O divã é o colo ou o útero do analista, e o calor é o calor vivo do corpo do analista e assim por diante” (Winnicott, 1947/1993).

Quando Rafael cometeu suicídio, houve muita comoção em todos do CAPS X. Era consenso entre os profissionais que Rafael, ainda muito jovem e inteligente, poderia ter outro desfecho em sua vida se tivesse um ambiente familiar mais favorável à sua retomada da vida social. Winnicott (1963/1994) considerou o suicídio como gesto de desespero, ao descrever o suicídio de uma de suas pacientes psicóticas, disse:

Entendo, agora, pela primeira vez, o que minha paciente esquizofrênica (que se matou) queria dizer quando falou: “Tudo o que lhe peço é que me ajude a cometer suicídio pela razão certa e não pela razão errada”. Não consegui fazê-lo e ela se matou no desespero de encontrar a solução. Seu objetivo (como agora percebemos) era obter de mim a declaração de que já morrera na primeiríssima infância. Com base nisto, acho que ela e eu poderíamos tê-la ajudado a postergar a morte corporal até que a velhice lhe cobrasse seus direitos. (pp. 74-5)

Neste trecho, Winnicott trata da angústia de aniquilamento, vivenciada muito precocemente, quando o indivíduo não tem maturidade suficiente para experimentar este tipo de intrusão e o ambiente falhou em sua necessidade de sustentação para que a continuidade do ser pudesse ser alcançada. Disto decorre a compreensão de que a morte psíquica já havia ocorrido e o paciente, em análise, necessita, na transferência, justamente que o analista, como ego auxiliar, o ajude a compreender que isto já ocorrera a ele.

Esses conceitos são importantes quando pensamos na abordagem psicanalítica nos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse novo paradigma de atenção em saúde mental, porém, surge a pergunta: como promover o manejo da transferência da relação de dependência precocemente interrompida numa clínica entre vários, sobretudo na interdisciplinaridade em que diferentes concepções sobre o ser humano, seu desenvolvimento emocional e psicopatologias são aglutinadas?

#### 4.3.2 A clínica winnicottiana no ambiente da atenção psicossocial

Ao falar em desenvolvimento emocional, Winnicott associa tal aquisição com a capacidade de interação com a realidade vivida pelo indivíduo. Assim, procurou-se encontrar em seus escritos passagens que remetam aos requisitos necessários para que uma instituição de saúde mental favoreça a seus assistidos o alcance deste marco no desenvolvimento.

Winnicott (1947/1993) reconheceu que na instituição hospitalar há uma grande pressão da equipe sobre o analista que se dispõe a manejar pacientes com sintomatologia psicótica, apontando para a importância de entender como ansiedades psicóticas e o ódio se fazem presentes nas equipes que cuidam de pacientes graves.



Isto para se evitar que o trabalho terapêutico atenda mais às necessidades dos profissionais do que às dos pacientes.

Ao discorrer sobre as implicações teóricas da necessidade de regressão e as expectativas desses pacientes, Winnicott (1954-5/1993) considera ser o psicanalista o profissional que melhor pode compreendê-los, por estar familiarizado com a técnica requerida no tratamento das psiconeuroses, para que a regressão possa ser um mecanismo curativo.

No CAPS X, cenas em que as necessidades da equipe se sobrepujam às dos pacientes eram frequentes, sendo comumente pautadas pelas limitações da instituição, porém justificadas pelo ideal de reabilitação. Tomando-se aqui o exemplo já mencionado, quando um usuário foi alertado por um técnico sobre o momento de crise de outra pessoa, este técnico, ao interpretar a manifestação do indivíduo como intencionalmente inoportuna, esperava que ele pudesse compreender a sua necessidade de manejar a crise do outro usuário.

No que se refere ao tipo de demanda que vem se apresentando na clínica contemporânea, Aiello-Vaisberg, Machado e Baptista (2003) consideram que esta é resultante de sofrimentos que comprometem basicamente a qualidade do viver e do sentir. Isto requer uma clínica capaz de lidar com fenômenos decorrentes de falhas ambientais ocorridas quando não estava constituída uma presença pessoal para experienciar e simbolizar acontecimentos que comprometeram a continuidade de ser e o desenvolvimento emocional. As autoras concluem que é necessário propor uma clínica psicanalítica não-interpretativa, voltada para eventos que repercutem como falhas e intrusões ambientais que jamais puderam ser lembradas, mas que podem se atualizar na transferência. Nestes casos, não se dialoga com interpretações, mas sim com a valorização do brincar, na exploração de zonas não representadas no psiquismo, como forma de manejar angústias profundas, pouco passíveis de simbolização.

Aiello-Vaisberg e Ambrosio (2005) enfatizam que, para Winnicott, embora haja oportunidade para comentários interpretativos com o psicótico, estes devem permanecer mínimos. Dias (2011/2014) salienta ainda que a interpretação pode ser uma reprodução das invasões do ambiente de origem para o paciente imaturo e disto decorre a importância que Winnicott atribui ao diagnóstico.

No CAPS X, a questão do diagnóstico era, por vezes, controversa e baseada nas impressões que determinado usuário causava ao técnico que recebia o caso, sem

que aspectos contratransferenciais fossem discutidos. Um usuário poderia transitar, no olhar da equipe, entre diagnósticos de neurose grave e psicose, ou de psicose e transtorno *borderline*, sem que houvesse proposta de readequações do suporte clínico. O desdobramento imediato disto era o fato comum de que o diagnóstico não era considerado algo fundamental para o estabelecimento de PTS para os assistidos e abriam-se brechas para julgamentos morais sobre usuários do CAPS X, por parte da própria equipe técnica que os acolhia. Neste aspecto, não foi observado suporte de supervisão para que a relação da equipe com o diagnóstico pudesse ser qualificada.

Dias (2011/2014) aponta para o fato de que é por meio de um diagnóstico cuidadosamente elaborado que se pode evitar que atitudes usualmente compreendidas como cínicas, ou de “folgados”, possam ser atribuídas a pessoas cuja imaturidade emocional não condiz com tais atributos. A menos que se estivesse diante de uma construção de personalidade do tipo falso *self*.

Tereza (quadro 2) foi uma usuária do CAPS X que, do ponto de vista diagnóstico, não pôde ser acolhida pela equipe. Por ter constituído um falso *self* autoritário e ameaçador, não conseguia qualquer simpatia da equipe e de outros assistidos, não tendo havido abertura para que seu diagnóstico de transtorno de personalidade fosse revisto, apesar de sua terapeuta (a pesquisadora) ter observado que existiam conteúdos psicóticos importantes em seu discurso. A consequência foi a não adesão de Tereza ao tratamento.

Jorge (quadro 5), por outro lado, apesar de suas atuações bastante violentas e impactantes, foi sempre bem tolerado por toda a equipe, o que favoreceu a sustentação da terapeuta à tensão que se fazia presente em sua análise, o que permitiu a boa evolução do caso. É o que Winnicott (1954-5/1993) sinalizava como sendo esperado para a regressão à dependência, de maneira que o *self* possa ser alcançado:

[...] a regressão à dependência é parte integrante da análise dos fenômenos do início da infância e, se o divã é molhado, ou se o paciente se suja ou baba, sabemos que se trata de algo inerente, e não de uma complicação. O que é necessário aqui não é a interpretação e, na verdade, a fala ou mesmo o movimento pode arruinar o processo e ser excessivamente doloroso para o paciente. (p. 473)

Franchini e Campos (2008) ressaltam que, sob o referencial winnicottiano, a experiência psicótica é considerada como resultante da falha precoce de um olhar materno que pudesse refletir o bebê, permitindo-lhe a experiência de ser real. Desta forma, o trabalho com o psicótico implica na compreensão, por parte da equipe, de que a este sujeito é necessária uma experiência do encontro com um ambiente capaz de refletir sua imagem, para que possa se reconhecer como existente. Assim, caberia à equipe assumir o “papel de espelho”<sup>16</sup> no cuidado oferecido aos psicóticos, de forma coerente e previsível, o que requer uma consistência entre os profissionais no que tange ao entendimento e à forma como esta intervenção pode ser desenvolvida para dar sustentação às experiências integradoras, inclusive junto às famílias e à comunidade.

Na experiência de trabalho da pesquisadora em CAPS Adulto, foi possível constatar a importância deste papel de espelho em situações em que houve favorecimento da experiência de sustentação do cuidado, numa adaptação ambiental suficientemente boa (Winnicott 1952b/1993) promovida pela equipe (por exemplo, nos casos Jorge – quadro 5, Felipe – quadro 6 e Rafael – quadro 8). Em outras situações, falhas neste processo resultaram em prejuízos à possibilidade de produção de vivências integradoras para uma parcela dos assistidos (por exemplo, nos casos Tereza – quadro 2 e Givanildo – quadro 4).

Um exemplo institucional disso é a própria hospitalidade noturna no CAPS X. Trata-se de um serviço em que há diferentes integrantes nas equipes diurnas e noturnas, entre os quais não aconteciam encontros frequentes para trocas de informações sobre os usuários acolhidos. Por vezes, não era possível contar com uma compreensão da equipe noturna sobre a conduta de hospitalidade diuturna, tomada geralmente pelo técnico de referência, que era sempre um membro da equipe diurna e que se pautava muito mais em situações de risco emocional e conflitos familiares ou comunitários do que em surtos, quando este tipo de acolhimento era ofertado. Por outro lado, eram comuns decisões sobre alta da hospitalidade diuturna, geralmente por questões vinculares, quando na avaliação da equipe noturna, o usuário não estava preparado para esta saída. Tanto num caso quanto noutro, a discrepância de atitudes

---

<sup>16</sup> Exercer o papel do espelho, para Winnicott, é poder oferecer um olhar que reflita o que o sujeito é; algo que na psicose não pôde ser provido pelo primeiro espelho que refletiu o bebê, ou seja, a mãe real, que de algum modo não pôde oferecer um reflexo sem distorções nas fases mais precoces. Zimerman, D.E. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2001.

e decisões entre os profissionais dos dois turnos passou a ser vista como um problema técnico que influenciava a evolução dos usuários.

Uma conduta gerencial, na qual se definiu que um representante da equipe noturna estaria sempre presente em reuniões técnicas semanais, reduziu consideravelmente estes desacordos entre os técnicos. Contudo, a manutenção da divisão da equipe por turnos permaneceu identificada como ponto de fragilidade neste CAPS Adulto, presente no discurso de diferentes profissionais, independentemente de haver uma compreensão psicanalítica sobre esta questão.

Outro exemplo da importância deste cuidado com a consistência entre os técnicos pode ser identificado no desenvolvimento dos assistidos nas psicoterapias do CAPS X. Havia dois grupos psicoterapêuticos, cada um deles conduzido por uma dupla de psicólogas, sendo que a pesquisadora fazia parte dos dois grupos, compostos por pacientes psicóticos e neuróticos graves, com quadro estabilizado. As três psicólogas do CAPS também conduziam algumas psicoterapias individuais, apenas quando estritamente necessário.

Os grupos psicoterapêuticos do CAPS X inicialmente eram mais abertos e, com a colaboração de uma nova terapeuta, foi possível repensar o enquadre e, aos poucos, discutir com os participantes a configuração deste *setting*, de forma a co-responsabilizar os usuários pelos contornos e manutenção do enquadre. Vale ressaltar que, além do estabelecimento de um enquadre previsível e confiável, o desejo dos participantes em relação a esta modalidade de atendimento psicológico era condição fundamental para inclusão desta atividade nos respectivos projetos terapêuticos.

Uma dificuldade observada pela pesquisadora neste trabalho de psicoterapia de grupo foi decorrente da concomitância com o papel de RT para alguns integrantes destes grupos. Isto aconteceu durante cerca de três anos, até mesmo por falta de profissionais no CAPS X para que estas funções fossem separadas. Após argumentar com a equipe os entraves terapêuticos resultantes desta configuração, foi possível acordar que os participantes destes grupos não teriam suas psicoterapeutas como RTs, havendo imediata adesão dos integrantes à proposta. Assim, ficou evidente que os próprios usuários tinham uma percepção de que havia dificuldade na concomitância dos papéis institucionais para as psicólogas que os atendia em grupo psicoterapêutico.

Nestes grupos, os usuários que estavam em relação de maior proximidade com as RTs aparentemente apresentavam maior condição de estabelecimento de uma transferência favorável nesta modalidade de psicoterapia, talvez por ter mais confiança na sustentação promovida pela instituição. Por vezes, foi possível observar que interpretações formuladas pelas terapeutas nestes grupos, de fato, tinham pouca ressonância, enquanto o acolhimento promovido pelo próprio grupo – inclusive do discurso delirante – tinha repercussões muito favoráveis nos integrantes, que atribuíam um significado especial a este *setting*, como momento de trocas de experiências de ordem muito íntimas, de forma confiavelmente sigilosa, com limites de tempo, espaço e composição.

Entre aqueles que foram atendidos pela pesquisadora em psicoterapia individual, poucos tinham uma RT estabelecida com uma dupla de profissionais, pois, na maioria dos casos, não participavam das demais atividades do CAPS X, por resistência às propostas de PTS. Estes casos eram majoritariamente de usuários neuróticos graves, cujo processo transferencial ocorria da forma clássica. Todavia, alguns assistidos caracterizados como *borderline* foram atendidos individualmente, devido à dificuldade experimentada pelas psicólogas no manejo dos mesmos nos grupos psicoterapêuticos já constituídos. Sobretudo, no que tange à vinculação empática destes usuários com os demais, o que era essencial ao desenvolvimento do grupo.

Em estudo realizado em CAPS do estado do Espírito Santo (Figueiredo e Rodrigues, 2004), a psicanálise aparece de forma expressiva no discurso dos psicólogos entrevistados, porém as autoras observaram que não havia clareza sobre como as escolhas teóricas e técnicas destes profissionais relacionavam-se com o objetivo deste dispositivo de saúde mental. No CAPS X, as três psicólogas se identificavam com a abordagem psicanalítica. No entanto, não era comum que elas optassem por trabalhar individualmente em psicoterapia, devido à compreensão de que este trabalho clínico necessariamente deveria estar atrelado à proposta do CAPS, ou seja, de que as intervenções fossem prioritariamente grupais. Ainda que houvesse uma demanda da equipe para a inclusão de psicoterapia individual no PTS de muitos assistidos.

A demanda por atendimento individual no município de trabalho da pesquisadora era muito grande, principalmente nos casos de depressão e ansiedade reativa, para os quais não havia qualquer indicação para o ambiente CAPS, mas estes

eram encaminhados ao CAPS X por ser um serviço de saúde mental sem uma fila de espera. Em geral, estes usuários traziam documento da entidade encaminhadora mencionando ideações suicidas, para ressaltar a gravidade da situação. Para estes casos, eram destinados dois ou três atendimentos individuais pontuais, para evitar o agravamento do caso por absoluta falta de acolhimento à demanda.

Atendimentos de casos pontuais foram relatados por Winnicott, sobretudo com consultas terapêuticas aos familiares de crianças e adolescentes, por impossibilidade de conduzir uma análise com estes pacientes (Winnicott, 1942/1993). No caso do CAPS X, a equipe encontrava-se frente a uma demanda de triagens excessivas, por falta de uma rede estruturada de atenção em saúde mental. Era consenso na equipe deste CAPS que estas triagens tinham valor terapêutico e as intervenções, mesmo que breves, por vezes eram bastante significativas para os assistidos, que após dois ou três atendimentos tinham alta do atendimento sem necessidade de seguimento em outro serviço de saúde mental.

Numa destas triagens, a pesquisadora atendeu a senhora Marta (quadro 9), que havia sido encaminhada como caso grave de ideação suicida. Ela havia ameaçado cortar a cabeça e jogar pela janela, e por isto recebeu o encaminhamento. Durante o atendimento ela ria muito, pois se lembrou da frase do marido: “Meu bem, mas se você cortar sua cabeça não conseguirá jogá-la pela janela!”. Apesar do sorriso, perguntou se estava ficando realmente louca, tendo em vista seu encaminhamento ao CAPS. Foi feito um breve trabalho de orientação sexual (pois, de fato, era neste tema que havia uma demanda para atendimento) e agendado um retorno, no qual Marta apresentou-se de forma leve e comentando que o atendimento havia sido importante para ela e também para sua amiga e confidente, que a acompanhara na primeira ocasião. O caso foi encerrado com orientações para ambas frequentarem atividades de lazer na comunidade.

Marta era uma senhora de 74 anos, que foi encaminhada ao CAPS como caso urgente de ideação suicida. Ela compareceu acolhimento acompanhada por uma amiga muito íntima, sendo que fez questão da presença desta durante o atendimento. Inicialmente estava muito preocupada com seu encaminhamento para o CAPS, pois havia notado que a instituição era frequentada por “pessoas seriamente transtornadas”. Foi explicado que o encaminhamento se deu porque havia uma preocupação do profissional que a atendeu com a intenção manifesta de acabar com a própria vida (conforme constava em documento que ela portava), o que não era um “atestado” de insanidade, era apenas um cuidado. Foi então que, sorrindo com a amiga, Marta explicou que contou no posto de saúde que havia dito ao esposo que estava tão nervosa que seria capaz de cortar sua própria cabeça e jogá-la pela janela, mas o marido a alertou que, com a cabeça cortada, seria incapaz de jogá-la pela janela. A amiga, então, encorajou-a a contar o motivo de tanto nervosismo e ajudava a colorir seus relatos, revelando-se uma expectadora entusiasmada. Marta mudou sua expressão e, já com a voz embargada,

contou que era casada pela segunda vez havia quatro anos. Era muito feliz neste casamento, mas havia sofrido muito com o primeiro marido, já falecido. O relacionamento com o atual marido era muito positivo, com boa aceitação dos familiares de ambos. Nos primeiros anos de casamento, conseguiu ter uma vida sexual bastante satisfatória até que o esposo teve que fazer uma cirurgia que resultou na perda de ereção. A partir disto, eles não mais se envolviam sexualmente, até mesmo o interesse por quaisquer atividades de lazer havia diminuído – o casal vivia um luto sem perspectivas de superação e ela entendia que o companheiro estava muito mais deprimido do que ela, mas nada falava, por constrangimento. Ao final dos relatos, a psicóloga questionou se Marta sabia a diferença entre sexo e sexualidade e, com a resposta negativa (de ambas), passou a falar sobre sexualidade para além do coito. Marta e sua amiga fizeram perguntas, ficaram empolgadas a ponto de “confessar” zonas erógenas ainda não exploradas nos relacionamentos. Também se falou sobre tratamentos para impotência sexual, com possibilidade de encaminhamento do esposo para serviço especializado (eles não perguntaram e não foram informados a respeito do prognóstico neste sentido, após a cirurgia). Marta saiu do atendimento com um retorno agendado para duas semanas depois. Quando retornou, sozinha, disse que estava muito bem e que teve uma conversa muito boa com o marido sobre o que tinha sido falado na consulta – eles não haviam tocado no assunto até então. Ela percebeu que o marido estava sendo mais carinhoso com ela, que por sua vez também buscava erotizar os toques entre ambos. A amiga, que não detalhou sua história afetiva, disse a ela que aproveitou a consulta para si. Não foram feitos novos encaminhamentos para Marta, o caso foi dado como encerrado.

#### *Quadro 9 – Marta*

No CAPS X houve ainda outras situações que, apesar de serem consideradas graves, tiveram uma recuperação excelente, sem que ficasse claro para a equipe o que havia proporcionado isto. Refletiu-se sobre possibilidade de erros no diagnóstico ou se a recuperação poderia ser atribuída à reabilitação psicossocial alcançada, algumas vezes após grande período de estagnação em oficinas do CAPS X. Alguns destes casos envolviam mudanças na composição familiar, viagens e até mesmo formação de vínculos amorosos entre usuários do próprio CAPS (o que não era regra, pois muitos usuários pioraram após relacionamentos decepcionantes).

Winnicott (1954-5/1993) entendia ser possível uma recuperação espontânea da psicose porque vários fenômenos da vida cotidiana, como amizades, as artes e cuidados recebidos durante algum adoecimento físico, poderiam desencadear o “descongelamento” de situações de fracasso ambiental, tendo, portanto, poder curativo, algo que não poderia ser esperado de um neurótico.

Na experiência de trabalho no CAPS X, a pesquisadora pôde perceber que há potencialidades para que uma clínica cujo manejo apoie-se no suporte winnicottiano seja desenvolvida, sobretudo a partir da lógica de RTs e de ambiente de portas abertas aos seus usuários, com o contato muito próximo às famílias, o que se mostra muito útil à criação de um ambiente facilitador. Todavia, há desafios importantes para que esta facilitação ocorra de forma integrada e consistente em CAPS, como equipes deficitárias, pouca oferta de supervisão e atendimento a demandas que extrapolam a capacidade institucional.

#### 4.3.3 Transferência da relação de dependência na atenção psicossocial

As vicissitudes da transferência nos transtornos mentais graves foram predominantemente observadas pela pesquisadora no papel de RT e nas discussões de caso com colegas sobre o manejo de situações e dilemas peculiares a este papel institucional.

Sobre este manejo, seria razoável comparar a relação da mãe com seu bebê e a transferência na psicose, observando o que Winnicott (1968b/2012) nos diz:

Finalmente, alguém poderia perguntar a que ponto quero chegar com toda esta conversa sobre bebês e mães. Quero dizer que *não* se trata de precisarmos dizer às mães o que devem fazer, ou como devem ser. Se não o forem, paciência: não podemos fazer com que sejam. Podemos, naturalmente, evitar interferências. É possível, porém, que haja um objetivo em nosso raciocínio. Se podemos aprender com as mães e os bebês, podemos começar a aprender o que é que os pacientes esquizoides precisam de nós em seu tipo especial de transferência, no decorrer de um tratamento. Há também um *feedback*; a partir dos pacientes esquizoides, podemos aprender a observar as mães e os bebês, vendo mais claramente o que ali se encontra. *Essencialmente*, porém, é *a partir* das mães e dos bebês que aprendemos sobre as necessidades dos pacientes psicóticos, ou de pacientes que atravessam fases psicóticas... (p.90)

Cabe, neste ponto, questionar o quanto é possível, nesta mesma linha de raciocínio, esperar que cada técnico que atua em um CAPS tenha condições pessoais para corresponder a tais necessidades clínicas da população assistida, levando em conta que muitos usuários não puderam vivenciar a relação com uma mãe dedicada comum nos primórdios do desenvolvimento emocional e é justamente esta possibilidade de vinculação que pode tornar a equipe do CAPS suficientemente boa para a retomada do amadurecimento emocional destes assistidos.

Há, ainda, a questão sobre a existência de um saber técnico para o qual cada profissional possa ser capacitado e que, portanto, o torne capaz de tal manejo. Tomando como exemplo a ênfase dada por Winnicott aos riscos de efeitos deletérios da imposição de um saber médico sobre os cuidados da mãe ao bebê (Winnicott, 1968b/2012) também há que se avaliar se uma intervenção inapropriada em supervisão, ou até mesmo administrativamente, pode ser prejudicial à sustentação de condições necessárias a este manejo, por parte de profissionais de CAPS. Segundo Winnicott (1968/2012):



...Tudo que fazemos numa análise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade, podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente. (p.91)

Vitória é uma paciente do CAPS X que ilustra bem esta questão (quadro 10). Quando a psicóloga que a acompanhava estava deixando a instituição, foi discutido em reunião de equipe quem poderia substituir sua RT. Havia grande preocupação com o fato de que esta usuária demandava uma atenção meticulosa, apesar de aparentar ser uma pessoa absolutamente normal e autônoma num primeiro olhar. A pesquisadora, ainda com pouca experiência no CAPS, voluntariou-se para a função, por perceber que a usuária já havia criado uma relação empática com ela, e foi exaustivamente alertada a “manter a guarda”, tendo em vista episódios de heteroagressividade já vividos pela equipe “mais antiga”, voltados justamente para as pessoas que haviam oferecido maior atenção a ela.

Vitória era uma usuária antiga do CAPS X que, apesar de frequentá-lo com assiduidade, parecia não estar integrada a esta instituição. Geralmente reunia-se com outras senhoras num canto do pátio, como se estivessem em uma roda de chá, quando não estava pontualmente em sua oficina de artesanato (houve ocasião em que um visitante a abordou para perguntar algo sobre a instituição, por achar que Vitória era uma funcionária). Vitória era filha de um etilista severo, tendo sido sua mãe muito submissa ao esposo. Ela tinha vários irmãos e irmãs, os quais saíram de casa assim que tiveram alguma chance, tendo ficado ela como companheira da mãe, após o falecimento do pai. Muito católica, sonhava em ser freira, porém os primeiros episódios de surtos psicóticos, ainda por volta dos 20 anos, a afastaram da igreja. Fez faculdade e passou em concursos públicos, porém as vicissitudes das relações interpessoais no trabalho rapidamente desencadeavam novas crises, tendo sido aposentada por invalidez por volta dos 30 anos. A morte de sua mãe foi extremamente perturbadora, na fase em que chegou ao CAPS. Suas crises eram recorrentes, com conteúdos que a ameaçavam de tal forma que Vitória respondia com muita agressividade. A equipe antiga do CAPS alertava sempre os novatos sobre os riscos de agressão desta paciente. Todavia, Vitória conseguiu manter-se morando sozinha, em sua casa muito simples, com poucos objetos essenciais bem organizados e limpos. Aos 50 anos, mostrava-se uma senhora muito reservada e distinta. A irmã mais velha era um suporte importante, apesar de vê-la poucas vezes no mês, falava com frequência com esta, para contar-lhe a rotina e perguntar se estava adequada. Quando a pesquisadora assumiu sua RT, foi exaustivamente alertada sobre a intensidade da vinculação de Vitória com suas referências e o quanto isto poderia ser desgastante e efêmero (num momento, a usuária poderia creditar sua vida à RT e no momento seguinte odiá-la com tanta intensidade a ponto de agredir fisicamente). Vitória precisava de figuras maternas para sustentar sua saúde mental. Por vezes, buscava sua psiquiatra ou a RT para descrever episódios de delírios e alucinações, de veracidade incontestável (como em qualquer quadro psicótico), porém precisava que uma de suas “mães” pudesse dizer a ela o que fazer diante da perseguição que sofria (uma mãe não bastaria para tamanha dependência e ela própria dizia que eram suas mães). Aos poucos, a pesquisadora foi colocando para Vitória os seus recursos para tomar decisões, apontando-lhe situações em que, por ser final de semana ou férias, não pôde contar com o expediente de uma de suas mães (mesmo a irmã) para decidir o que fazer quando atormentada pela psicose e, ainda assim, geralmente dava conta da situação adequadamente. Ela demonstrava grande satisfação neste reconhecimento de seu traquejo, porém precisava descrever com detalhes os acontecimentos, trazendo pedaços de papel com anotações para não esquecer. Em um período de meses, sua

psiquiatra aposentou e a pesquisadora, que era sua RT, saiu do CAPS. As duas situações foram sinalizadas com antecedência, porém era sabido que Vitória possivelmente entraria em crise. Para surpresa de todos, apesar de ter algumas reagudizações passageiras, Vitória pôde sustentar estas mudanças. Quando se despediu da RT, trouxe-lhe uma planta de presente (que comprou junto com a técnica de enfermagem que também lhe assistia), agradecendo o carinho que recebera. Avisou, ainda, que estava bem, que ficaria bem, pois sempre lembraria das conversas que tiveram e que suas lembranças “não iriam embora”. Atualmente, quando a pesquisadora visita o CAPS X, Vitória vem ao seu encontro, abraçando-a dizendo que não se esquece das conversas e garantindo que está muito bem.

#### *Quadro 10 – Vitória*

Para Winnicott (1947/1993), devemos esperar que o paciente suponha no analista apenas aqueles sentimentos que ele próprio é capaz de sentir, pois desconhece outra forma de vivenciar as emoções. No caso de pacientes psicóticos, para quem ódio e amor coincidem de forma perigosa, há de se esperar que haja grande temor em relação a quem demonstra amor, o que implica em grande dificuldade de manejo.

Todos da equipe gostavam de considerar Vitória um “sucesso”, pois havia se sustentado no propósito de morar sozinha, fazia cursos de artesanato fora do CAPS X (uma rara exceção), administrava muito bem suas medicações e era muito afável no contato habitual. Todavia, havia um grande receio de que qualquer falha com ela fosse desencadeadora de uma crise, tanto que ela fazia, havia anos, a mesma oficina, na qual se punha sentada num canto com atividade geralmente isolada.

Não demorou muito para que ela estabelecesse um vínculo intenso de dependência com a sua nova RT, a pesquisadora, sendo capaz de permanecer sentada por longos períodos em frente à recepção, aguardando o momento certo para confidenciar-lhe algum acontecimento (real ou delirante), sendo que lhe dizia com frequência que a considerava uma mãe (mesmo sendo cerca de 20 anos mais velha do que sua RT). Assim, a pesquisadora ficou bastante preocupada quando optou por sair da instituição, quando já havia sido RT para Vitória por alguns anos. Um agravante naquele momento era o fato de que, cerca de um ano antes, a psiquiatra com a qual Vitória tinha grande vínculo havia se aposentado. Parecia certo para a equipe que Vitória entraria em surto.

Winnicott (1964/1994) alerta-nos para os riscos de abandono de tratamento ou até mesmo suicídio, quando há uma regressão à dependência e quando ocorrem mudanças no *setting* de forma que o sujeito não seja ainda capaz de assimilá-las:

[...] O fragmento enfermo é tão doente em um paciente quanto em outro, e não se pode, de maneira alguma, diminuir-se a adaptação às necessidades do paciente por saber-se que este possui uma considerável porção de personalidade sadia. É o fragmento enfermo com o que se está lidando e ele é tão enfermo quanto possível. (p. 80)

Por outro lado, neste mesmo artigo, Winnicott lembra que, com o passar do tempo, o analista vai deixando de atender às necessidades com tanta exatidão, na medida em que o paciente também vai tolerando as falhas do analista. Cerca de cinco anos depois, em carta para Robert Rodman, Winnicott (1969/2005) afirmou:

[...] acho que erros podem ser perigosos na análise da psicose, ao passo que podem ser úteis quando o paciente é mais psicótico ou o que chamamos limítrofe... no extremo de um caso limítrofe, tudo redonda ao final àquilo que tentei descrever como a sobrevivência do analista, só que podem se passar anos até que o paciente se torne confiante o suficiente quanto à transferência para ser capaz de correr o risco de um relacionamento no qual o analista está absolutamente desprotegido... A única coisa que importa é chegar ao ponto em que o risco é aceito e o analista sobrevive ou não. (p.216)

Winnicott escreveu a carta acima logo após o suicídio de sua paciente, durante período em que ele esteve doente. Este fato é citado na carta para ilustrar o quanto o erro, apesar de ser vantajoso para estes pacientes quando preparados para experimentar alguma independência, traz riscos quando a regressão à dependência é ainda tão presente que existe a necessidade de ser altamente adaptativo.

No caso de Vitória (quadro 10), as consequências do erro pareciam ser desastrosas, porém foi muito importante para ela ter vivenciado as duas perdas de “mães” naquele momento em que o seu tratamento aparentemente havia estagnado. Até hoje, quando a pesquisadora visita o CAPS X e encontra a usuária, esta vem correndo para dar-lhe um abraço, perguntando-lhe como está no novo trabalho e atualizando-a brevemente sobre as suas novidades, para em seguida despedir-se de forma carinhosa, sem nunca cogitar a possibilidade de seu retorno.

Um aspecto importante da transferência psicótica é a contratransferência que esta suscita e como este último fenômeno pode ser acolhido e trabalhado nas equipes interdisciplinares dos CAPS, tendo em vista que a relação de dependência pode se desdobrar na vinculação com o profissional que é RT ou outros profissionais, seja qual for sua formação.

Nesse sentido, Winnicott (1947/1993) sugere que:

[...] embora o que se segue seja sobre psicanálise, tem um grande valor para o psiquiatra, mesmo para aquele cujo trabalho não o leve de modo algum a um relacionamento do tipo analítico.... Por mais que ele [o psiquiatra] ame seus pacientes, ele não pode evitar odiá-los e temê-los e, quanto melhor ele souber disto, menos o ódio e o temor determinarão suas ações sobre os pacientes... se um analista quer analisar psicóticos ou antissociais, ele deve conseguir ter uma consciência tão completa da contratransferência que seja capaz de isolar e estudar suas reações *objetivas* ao paciente. Estas incluirão o ódio. Os fenômenos da contratransferência, às vezes, serão as coisas mais importantes na análise. (p.342)

No CAPS X, com frequência, o ódio na contratransferência era escancarado nas reuniões técnicas – porém não nomeado e reconhecido como tal. Era manifesto por meio da responsabilização do usuário sobre sua não adesão ao CAPS ou pelo teor moral da discussão da vinculação de um técnico com um determinado usuário. Num caso ou no outro, sempre motivo para um mal-estar generalizado na equipe, que se desdobrava em conversas paralelas nos corredores.

Era pouco comum que o sentimento evocado em um ou mais técnicos do CAPS X pudesse ser utilizado como ferramenta de compreensão ou intervenção sobre o caso, porém o próprio técnico às vezes colocava seus sentimentos de forma contextualizada com a própria história de vida, mas sem desdobramentos maiores sobre a compreensão do caso a partir dos sentimentos evocados – a contratransferência era vista como algo exclusivamente proveniente dos conteúdos do profissional, um problema a ser neutralizado.

Havia situações em que um colega identificava que havia necessidade de mudança de referência por haver “muito investimento” emocional por parte de um profissional sobre um determinado usuário. Assim foi no caso de Givanildo (quadro 4), para o qual a equipe propôs mudança de referência, de forma acolhedora com uma colega que reconheceu que o identificava com uma situação pessoal.

Todavia, existiam momentos mais tensos, em que as reações emocionais de um profissional a um dos assistidos eram tratadas de forma eminentemente moral, sem que estes conteúdos pudessem ser discutidos de forma a melhor compreender as necessidades de manejo do usuário. O mesmo Givanildo foi frequentemente exemplo disto.

Não eram somente os conflitos e dificuldades entre RTs que motivavam uma preocupação sobre a qualidade do vínculo da referência com o usuário do CAPS X. Mesmo com José (quadro 3), que se mostrou um caso de sucesso, quando ele pôde sair de sua condição de isolamento a partir do investimento de suas RTs, a equipe

mostrou-se preocupada com a viabilidade da manutenção de uma das profissionais de referência, quando foi considerada a possibilidade de um técnico estar “se doando demais”.

Estas questões, a princípio, resultam na conclusão quase que imediata de que não é qualquer supervisão que será boa para os técnicos de CAPS, mas sim aquela supervisão que acolha o saber da equipe sobre seus assistidos, o vínculo que cada profissional tem com cada usuário e o potencial para que o desenvolvimento emocional possa ser retomado.

Nesse ponto, há que se considerar se é possível tal consistência, tendo em vista que cada membro da equipe teria, ou não, certo grau de disponibilidade interna para compor este ambiente facilitador para cada paciente, de acordo com a qualidade de contratransferência suscitada na relação com este, não sendo possível ensinar isto para alguém, como já sinalizado por Winnicott ao descrever o risco de tentar isto com a mãe dedicada comum<sup>17</sup>.

A sustentação (*holding*) winnicottiana não era abordada pela equipe do CAPS X, pelo menos não a partir de uma discussão teórica sistematizada. Todavia, um problema comumente identificado por diferentes integrantes da equipe era a falta de consistência entre os profissionais em condutas como a oferta de hospitalidade diuturna, a responsabilização dos usuários por suas ações, definição de limites e até mesmo acolhimento à crise.

Jorge (quadro 5) foi um exemplo de psicoterapia individual em que um falso *self* foi erguido sob os escombros de uma personalidade tão ferozmente atacada, ainda muito precocemente, por um ambiente extremamente hostil e desolador, que toda a vida do indivíduo parecia eivada de uma conduta exemplar, de maneira que o colapso nervoso, que a todos em volta chocou e sensibilizou, foi a única chance para que uma existência real fosse, ao menos, francamente desejada pelo sujeito. Com Jorge, a equipe foi acolhedora, possivelmente por identificação da maioria absoluta dos membros com um sujeito que havia sido também cuidador, a ponto de propiciar à terapeuta uma confiança na sustentação do caso e ao assistido uma nova vivência da segurança que foi precocemente perdida.

---

<sup>17</sup> Para Winnicott, a “mãe dedicada comum” é aquela mãe que vivencia a maternidade com naturalidade. Para estas mães, Winnicott dirigia sua fala com o cuidado de não tentar dizer a elas o que fazer, na posição de especialista, pois entendia que ninguém mais do que elas próprias era capaz de saber sobre como cuidar de seus filhos. Os Bebês e suas Mães, cap. 1, “A Mãe Dedicada Comum”, pag. 1-11, Ed. Martins Fontes, 2013.

Edílio (quadro 11), por outro lado, provocava, havia anos, sentimentos muito negativos na equipe, mesmo com mudanças de referências e da própria composição da equipe. Apesar de sempre enaltecer a acolhida recebida no CAPS X, Edílio desafiava a equipe por meio de autoagressões que eram facilmente identificadas como formas de provocação – pedia internação psiquiátrica quando não dava conta de experiências conflituosas e, caso não fosse atendido, demonstrava a necessidade de “saída de cena” por meio de cortes, queimaduras e socos em janelas de vidro. Assim, conseguiu sempre ser atendido em seu pedido, o que a equipe fazia com muita revolta, manifesta, por alguns, no tom em que o abordavam e, por outros, nos desabafos durante supervisão e reunião técnica. Edílio parecia precisar ver o ódio no outro para conviver com o ódio em si.

Edílio era nordestino de cerca de 50 anos, procedente de uma família extensa. Seu pai era muito trabalhador, porém extremamente agressivo. Por conta de espancamentos sofridos, Edílio fugiu de casa antes dos dez anos de idade. Nas ruas, conheceu outros tipos de violência e as drogas, apesar de ter como convicção a ideia paterna de que o homem deve trabalhar para ser digno. Foi lavrador, caminhoneiro, pedreiro e um artesão muito habilidoso. Casou-se por duas vezes e nas duas relações reproduziu a aspereza do pai no trato com a família. Teve apenas um filho biológico, quando já tinha em torno de 30 anos. Apesar de ser violento no trato com a esposa durante anos, foi um pai devoto ao filho. Sua relação de amor e ódio em relação à família era tão insustentável que adoecera quando o filho ainda era muito pequeno, tendo sido internado em hospital psiquiátrico por diversas vezes. Edílio não mais agrediu a esposa depois que adoeceu, também parece ter perdido a virilidade com o adoecimento, passando a evitar estar fora de casa para qualquer coisa, inclusive o trabalho. Aposentar-se por invalidez foi sua sentença. Aos poucos, foi aderindo à ideia de frequentar o CAPS X, aonde logo foi reconhecido como um companheiro fiel pelos colegas, apoiando aqueles que estavam mais fragilizados. Na relação com a equipe, a ambiguidade também se fazia presente. Enaltecia o trabalho “carinhoso”, porém desafiava condutas por meio de automutilações frequentes. Quando queria ser acolhido ou internado, eram discutidas com ele outras possibilidades. A princípio, aparentemente concordava com as propostas, porém passava a se cortar ou a se queimar, alegando estar sob influências malignas. Certo dia, num plantão de final de semana, a pesquisadora, que era sua RT na ocasião, o abordou numa situação como estas. Edílio disse que precisava ser internado, que não poderia responder por si e que poderia mostrar-lhe isto se ela estivesse duvidando. Em seguida, deu um soco no vidro de uma porta. A RT disse que chamaria um vidraceiro para consertar aquele vidro e que ele deveria pagar imediatamente o conserto, encaminhando-o para curativo na enfermaria. Edílio fez contato com o filho que trouxe o valor do conserto e entregou diretamente ao vidraceiro que estava concluindo o trabalho. Já com o curativo pronto e visivelmente desconsertado, foi embora com o filho e nada mais disse. Muito tempo depois, durante grupo conduzido pela RT, Edílio citou o episódio para colegas rindo muito. Disse que a psicóloga era “porreta”, pois na ocasião ficou tão brava com ele que ele, percebendo que a provocara, achou melhor ficar “quietinho”. Concluiu seu relato afirmando seu respeito pela profissional.

#### *Quadro 11 – Edílio*

Winnicott (1947/1993) assinala que há situações analíticas em que o paciente, de fato, busca o ódio no analista e, neste caso, deve consegui-lo de forma a poder alcançar o amor, considerando aqui ódio e amor objetivo, ou seja, identificados pelo próprio analista como parte essencial da análise:

Não me parece provável que uma criança humana, à medida que se desenvolve, seja capaz de tolerar a amplitude total de seu próprio ódio em um ambiente sentimental [no qual o ódio é negado]. Ela precisa do ódio para odiar... Se isto é verdade, não se pode esperar que um paciente psicótico em análise tolere seu próprio ódio pelo analista, a não ser que o analista possa odiá-lo. (p. 352)

No caso de Edílio, uma reflexão como esta em supervisão poderia ter auxiliado a equipe no manejo dessa transferência tão complexa. Contudo, a opção com frequência vislumbrada pela equipe costumava ser somente a troca de RT, a pedido dos profissionais de referência, seja por temor de alguma responsabilização pelas atuações de Edílio, seja por receio de julgamentos morais sobre os sentimentos que emergiam na relação com ele.

Além de ser uma clínica entre várias, nos CAPS diferentes demandas se impõem na relação com os usuários. No cotidiano do CAPS X, por exemplo, os técnicos atuavam como terapeutas em oficinas diversas (vivências, música, criatividade, geração de renda, atividades da vida diária, etc.) e grupos (psicoterapêuticos, reposição de terapia medicamentosa, família, etc.), representavam a administração e os trabalhadores em reunião de conselho gestor (composto também por usuários e familiares), promoviam eventos internos (festividades e apresentações) e externos (reconhecimento dos dispositivos comunitários nos bairros, atividades desportivas, etc.), acolhiam situações de crise (auto e heteroagressividade, evasão, ideações e atuação suicidas, etc.), realizavam visitas domiciliares e, ainda, atuavam como RT para uma parte dos usuários, manejando com estes e seus familiares o PTS.

Mesmo sem uma formação psicanalítica comum à equipe, havia entre alguns profissionais no CAPS X um entendimento de que a psicanálise era uma ferramenta importante para a construção do caso clínico e para as estratégias de intervenção propostas, apesar de não ter sido possível que esta compreensão do manejo clínico fizesse parte da rotina de trabalho naquela instituição. Quando houve a oportunidade, esta foi a justificativa para ter sido solicitada supervisão clínico-institucional de orientação psicanalítica, o que aconteceu por dois anos, com a participação dos profissionais do turno diurno.

Foi possível observar que as dificuldades no manejo e na manutenção da consistência nas condutas com os usuários foram temas recorrentes nas supervisões,

os quais eram evocados por diferentes profissionais, com ou sem filiação psicanalítica. Isto apesar da tendência da equipe em permanecer na queixa de falta de estrutura para o trabalho.

A transferência da relação de dependência era comumente manifesta pelos usuários na relação com as Referências Técnicas ou até mesmo com o CAPS X como um todo (certa vez, Jorge, quadro 5, afirmou que, para ele, o CAPS era como o útero materno, aconchegante e protetor). Todavia, a existência deste tipo especial de vínculo de um ou mais técnicos da instituição era limitada a apenas alguns usuários do serviço. De fato, as intervenções propostas ou executadas pelas RTs mostravam-se fundamentalmente permeadas por questões contratransferenciais, algumas vezes claramente identificadas, outras nem tanto.

Em reunião de equipe, chegou-se à percepção de que cada profissional acabava sendo predominantemente RT para determinados “tipos” de usuários – os jovens com desenvolvimento pessoal precocemente interrompido, as mulheres abandonadas pelos filhos, os idosos desprezados pelas famílias, os psicóticos usuários de drogas, etc. Este achado foi discutido em equipe até mesmo em tom de brincadeira, porém foi importante para que a abertura da possibilidade de mudança de RT, por questões contratransferenciais, pudesse ocorrer a partir das reuniões técnicas.

Winnicott (1947/1993) conclui que:

Na análise (análise de pesquisa) ou no manejo comum do tipo mais psicótico de paciente, uma grande pressão é exercida sobre o analista (psiquiatra, enfermeira) e é importante que estudemos as maneiras através das quais a ansiedade de qualidade psicótica, assim como o ódio, são produzidos naqueles que trabalham com pacientes psiquiátricos seriamente doentes. Somente desta maneira pode haver qualquer esperança de se evitar a terapia que se adapta às necessidades do terapeuta em vez de se adaptar às necessidades do paciente. (p. 353)

Quando pensamos na elaboração de um PTS no qual se tem o objetivo exclusivo de reabilitar o usuário do CAPS, em detrimento de um olhar clínico sobre o núcleo do processo de adoecimento do sujeito, temos o risco de investir tão somente na missão institucional, ao enquadrar o sofrimento psíquico em uma rotina de atividades ocupacionais que não promove desenvolvimento emocional. Neste tipo de abordagem aos transtornos mentais graves, quando os usuários não se enquadram, passam a figurar nas estatísticas dos que não aderem ao tratamento.



No CAPS X, foi possível observar que, em alguns casos, os desdobramentos foram no sentido acima descrito. No entanto, evidenciou-se progresso para aqueles casos em que um ou mais integrantes da equipe, sobretudo na condição de RT, pôde suportar de alguma forma a transferência da relação de dependência. Apesar de ser difícil identificar objetivamente sentimentos que emergiam neles. Para alguns destes usuários que puderam contar com um ambiente facilitador, além de haver evolução clínica, também foi possível observar ampliação de vínculos sociais para além dos muros do CAPS, no sentido da reabilitação psicossocial.

## 5 DISCUSSÃO

Neste trabalho, a transferência a partir do referencial winnicottiano é discutida no contexto institucional de CAPS Adulto, no qual a clínica dos transtornos mentais graves acontece de forma interdisciplinar, tendo como meta a reabilitação psicossocial dos usuários.

A loucura impactou as sociedades de diferentes formas ao longo da história da humanidade. O louco já foi investido de poderes especiais, expulso de sua cidade em embarcações sem rumo, contido em prisões e asilos, com criminosos e pessoas acometidas por doenças transmissíveis, assimilado pela ciência médica e mantido em manicômios e, mais recentemente, teve seu lugar social reivindicado, por meio do movimento da Reforma Psiquiátrica (Basaglia, 1982).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi se constituindo paralelamente à Reforma Sanitária, impulsionada pelo movimento de trabalhadores e usuários da saúde mental (Furtado & Campos, 2005). Este movimento ganhou força com a promulgação da lei 10.216 em 2001, quando um novo modelo de atenção psicossocial foi desenhado, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como elementos fundamentais no cuidado substituto ao asilamento ofertado em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2004).

A psicanálise foi um apoio importante nessa mudança de paradigma de atenção em saúde mental, sobretudo a partir de uma compreensão ética do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, por meio da escuta da singularidade de cada caso e do investimento no potencial do sujeito para assumir sua fala e seu desejo. Muitos trabalhos produzidos por autores de filiação lacaniana enfatizaram esta proposta, conforme temos apontado neste estudo (Delgado, 2008; Costa-Rosa, 2011; Dassoler & Palma, 2011 e 2012, entre outros).

A psicanálise, como método clínico derivado de uma teoria, evidencia processos transferenciais e contratransferenciais manejados pelo analista, que não se restringem a um *setting* específico, mas que sofrem a influência da natureza deste *setting*. Disto decorre o fato de que os trabalhos psicanalíticos que abordam a clínica em CAPS Adulto apontem as vicissitudes institucionais deste dispositivo de saúde mental. Destacam-se, assim, as ações em equipe interdisciplinar (Figueiredo, 2005;

Mendes, 2005; Monteiro & Queiroz, 2006, Vieira Filho & Debieux, 2010; Vasconcellos, 2010 e Costa-Rosa, 2011), o modelo de trabalho por Referência Técnica (Monteiro & Queiroz, 2006 e Miranda & Campos, 2012) e a importância da supervisão clínica nos CAPS (Abreu, 2008; Delgado, 2008; Alkmim, 2009; Alberti & Palombini, 2012 e Silva & colaboradores, 2012). Contudo, observa-se uma carência de contribuições que enfatizem a produção de mecanismos clínicos para a reabilitação do paciente, a partir de um aporte psicanalítico.

Nesta tese, buscou-se embasamento na teoria psicanalítica winnicottiana para compreender o manejo clínico em CAPS. Nesta teoria é grande a importância atribuída ao ambiente para o desenvolvimento emocional, visto que falhas neste suporte ambiental no início da vida estariam intrinsecamente relacionadas ao adoecimento psíquico, de acordo com o grau de dependência do indivíduo no momento em que tais falhas aconteceram (Winnicott, 1952a/1993 e 1958/2011). Winnicott destaca que o potencial para a retomada do desenvolvimento fica latente, aguardando condições ambientais suficientemente boas (Winnicott, 1954-5/1993 e 1963b/1983). Em relação a isso, discutiu-se sobre potencialidades e dificuldades que o dispositivo de saúde mental CAPS apresenta para prover tais condições ambientais para a retomada do desenvolvimento emocional de seus assistidos.

A lógica do CAPS, no sentido de proporcionar tratamento em espaço aberto, no território de origem dos usuários, com aproximação dos técnicos ao contexto de vida destes, principalmente na condição de RT, proporciona condições para uma maior vinculação entre os profissionais e os assistidos, abrindo possibilidades para que os técnicos possam melhor compreender e manejar as necessidades dos usuários do CAPS.

Por outro lado, a exemplo do observado no CAPS X, a carência de recursos institucionais, materiais e, principalmente, recursos humanos, sobrecarrega os profissionais de maneira a distanciar muitas de suas ações da clínica e daquilo que foi inicialmente proposto pela Reforma Psiquiátrica. Esta observação refere-se aos diferentes aspectos do que foi proposto em documentos legais que definem o campo da reabilitação psicossocial brasileira (leis 8.080/1990, 10.216/2001 e 12.060/05, entre outras; portarias 106/2000, 396/2005, 3.088/2011 e 122/2012, entre outras).

Por meio do método de observação clínica relacional (Kohn e Negre, 1991), foram selecionadas vinhetas da experiência da pesquisadora em mais de cinco anos

de atuação no CAPS X para discutir aspectos clínicos do trabalho interdisciplinar em CAPS Adulto.

Nas vinhetas, observou-se que o trabalho conduzido por Referências Técnicas foi aquele para o qual a transferência da relação de dependência, tal como concebida por Winnicott (1963b/1983), foi prioritariamente endereçada, o que pôde ser favorecido ou não pela contratransferência que emergiu em cada caso. Todavia, é importante considerar que o CAPS X tinha especificidades que o distinguia de tantos outros CAPS, o que repercutia no manejo dos assistidos.

Em primeiro lugar, o fato de estar instalado numa chácara próxima a uma das saídas da cidade, às margens de uma rodovia, gerava certo isolamento da população assistida e dos funcionários, o que não condizia com as propostas da Reforma Psiquiátrica. No entanto, nas várias oportunidades de discussão sobre a mudança de espaço físico, houve resistência de parte da equipe e da imensa maioria dos assistidos e seus familiares, que pareciam preferir o distanciamento, como defesa frente ao possível olhar estigmatizante da sociedade.

Em segundo lugar, não havia uma rede de saúde fortalecida, configurada como prevista na RAPS (Portaria GM nº 3.088 de 26 de dezembro de 2011, com última republicação em 21 de maio de 2013), o que implicava em uma concentração nas relações profissionais, no sentido de manter as vinculações sociais dos usuários quase que exclusivamente com o CAPS X, o que sobrecarregava a equipe em suas responsabilidades.

Por último, por insuficiência de funcionários, muitos usuários tinham apenas uma Referência Técnica, não sendo possível compor as duplas preconizadas pelo projeto deste CAPS, sabendo-se que atualmente muitos CAPS contam até com mini-equipes de referência. Assim, mesmo havendo a identificação de vinculações problemáticas entre profissionais e assistidos, nem sempre havia possibilidade de mudança de RT, tendo havido situações em que o usuário acabou ficando sem referências.

Como decorrência dessas três limitações, as demandas transferenciais encontravam-se ainda mais concentradas no CAPS X. Tais limitações eram discutidas pela equipe, porém não havia muito espaço para reflexões sobre as mesmas sem que conflitos emergissem. A supervisão externa no CAPS abordou tais temas, mas não houve os desdobramentos necessários para mudança da configuração institucional.

Nos CAPS, há uma convivência diária com os assistidos, em diferentes situações e demandas institucionais, que é intensificada na medida em que o serviço passa da organização de CAPS I para CAPS II e CAPS III, que é o caso do CAPS X. Neste último há, ainda, a possibilidade de oferta de hospitalidade noturna ao assistido, tanto por reagudização dos sintomas quanto por conflitos sociofamiliares (Ministério da Saúde, 2004). Para que essa oferta possa ocorrer, cabe à Referência Técnica, com suporte da equipe multiprofissional, avaliar o momento em que se faz necessário afastar temporariamente o assistido de seu lar, ou seja, este profissional pode ser convocado a atuar concretamente sobre o núcleo familiar do usuário.

Considerando que não há uma diretriz no sentido da formação do profissional que será RT, nem mesmo recomendações para que cuide de sua própria saúde mental, compreende-se que elementos contratransferenciais possam repercutir negativamente na condução do caso, a exemplo do que já foi sinalizado por Miranda e Campos (2012). No CAPS X, apesar do desejo manifesto por alguns profissionais, a busca espontânea pela própria psicoterapia não era comum, mesmo entre aqueles que utilizavam a psicanálise como embasamento teórico-clínico.

Existem ainda outros elementos que dificultam tanto a reabilitação como a clínica em CAPS. A sociedade tem dificuldade para acolher as pessoas que não seguem determinados padrões de relacionamento social. As famílias, por vezes, atribuem qualquer disfuncionalidade ao doente identificado, vivendo a fantasia de que os conflitos deixariam de existir na ausência deste (quando internado). O próprio indivíduo, quando institucionalizado, pode acomodar-se em um ambiente no qual a loucura pode se manifestar livremente, em que todas as rotinas são extremamente previsíveis e, portanto, discrepantes da realidade social externa. A equipe de saúde mental também pode ser envolvida num processo de resistência diante das ameaças sociais externas ao CAPS e das angústias expressas por assistidos e familiares nesta nova possibilidade de manejo clínico de “portas abertas” que se dá na atenção psicossocial.

O filme *Si Può Fare*<sup>18</sup>, com direção de Giulio Manfredonia, de 2008, é um exemplo desta reflexão ao tratar das cooperativas formadas na Itália, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, nos anos 1980. Neste trabalho artístico, a complexidade do processo de inclusão social de pessoas com transtornos mentais na

---

<sup>18</sup>Do italiano, “Dá pra fazer”

sociedade é retratada, sobretudo, no que tange às diferentes formas de resistência a este processo.

É na teoria winnicottiana que encontramos a valorização do ambiente no processo de (re)construção do sujeito (Winnicott 1964/1994 e Abram, 2000) e elementos que tratam especificamente da transferência nos transtornos mentais graves contextualizada em *settings* díspares daquele originalmente estabelecido para a clínica das neuroses (Winnicott, 1963b/1983), como é o caso dos dispositivos de saúde mental brasileiros pós-reforma psiquiátrica.

Apesar de haver diferentes demandas institucionais que colocam os técnicos em papéis muito distintos na relação com os usuários do serviço, foi possível constatar no CAPS X que manejos deste *setting* terapêutico, como o que foi proposto para as psicoterapias de grupo, puderam favorecer a clínica sem que houvesse qualquer prejuízo da reabilitação psicossocial proposta em CAPS. Isto porque a equipe, como um todo, partilhou a decisão por tal conduta, proporcionando possibilidades diferentes de relação interdisciplinar.

Outro fator importante à forma como a transferência se constitui em CAPS é a clínica entre vários profissionais (Figueiredo, 2004 e 2005; Mendes, 2005; Monteiro & Queiroz, 2006 e Costa-Rosa, 2011). As diferentes disciplinas e, conseqüentemente, as diferentes concepções sobre ser humano, psicopatologia e de tratamento em saúde mental promovem diferentes formas de manejo da relação com os assistidos. Além disso, a contratransferência que cada profissional estabelece com os usuários do serviço mostra-se fundamental para a sustentação (*holding*) que a equipe, como um todo, poderá oferecer ao sujeito, que terá nesta sustentação a possibilidade de retomar seu processo de maturação rumo à independência (Winnicott, 1947/1993).

A pesquisadora, em sua experiência no CAPS X, pôde observar que, independentemente de haver uma vinculação com a psicanálise, os profissionais eram capazes de identificar a sustentação de um *setting* estável e previsível como uma condição para o manejo clínico, seja no cotidiano ou nas situações de crise. Contudo, havia dificuldades para a manutenção da consistência entre os membros da equipe, por questões contratransferenciais, pelo número reduzido de profissionais e pelo fato da equipe ser dividida entre noturna e diurna, o que restringia o diálogo entre os turnos.

A supervisão clínico-institucional, de abordagem psicanalítica, e as reuniões técnicas semanais, incluindo integrantes da equipe noturna, foram estratégias que

atenuaram essas dificuldades no CAPS X. Todavia, apenas um integrante da equipe noturna participava em cada reunião técnica e as supervisões não aconteceram de forma continuada ao longo dos cinco anos de trabalho da pesquisadora neste CAPS, que teve mudanças em seu quadro funcional no período citado, recebendo técnicos que nunca haviam trabalhado em saúde mental (e que nem sempre tinham este desejo) e que nunca haviam recebido supervisão nesta área.

A partir das vinhetas clínicas e institucionais da pesquisadora, são identificados exemplos de estratégias para atuar em CAPS visando promover a reabilitação psicossocial dos pacientes, sem que a vertente clínica deste trabalho se perca, em especial pela disponibilização de profissionais de Referência Técnica para sustentar a transferência da relação de dependência, mesmo que isto não tenha sido problematizado teoricamente com a equipe do CAPS X. Ou seja, ocorreu espontaneamente, sem discussão ou orientação. Tal disponibilidade não era comum a todos os profissionais na relação com todos os usuários. Neste sentido, há muitos desafios para que esta clínica respaldada pela psicanálise evolua no ambiente CAPS, sobretudo se considerarmos que o CAPS é um dispositivo do SUS para o qual o princípio da equidade também deve vigorar. Quando apontamos que nem todo usuário se beneficia desta possibilidade de encontro com um ambiente substitutivo suficientemente bom no CAPS, entende-se que não parece possível a sustentação da ideia de que todos serão atendidos conforme suas necessidades, especialmente se não houver recursos institucionais para que a relação de transferência possa ser elaborada pela própria equipe em supervisão clínica.

Na ausência de suporte, o PTS em geral não é assimilado pelo usuário, o qual passa a não aderir ao tratamento. Nesta situação é comum a conclusão equivocada de que a responsabilidade pela não adesão é do próprio usuário, que teria tomado uma posição por não desejar o cuidado ofertado, quando este sujeito ainda não teria recursos emocionais para tanto. Há uma série de condições institucionais e pessoais dos profissionais necessárias à adesão que nem sempre estão disponíveis ao usuário. Além disso, nem sempre é possível apontar responsabilidades quando tratamos de vinculação afetiva genuína e suficientemente boa, tanto por parte dos assistidos como por parte dos profissionais de referência.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível estabelecer um paralelo entre o conceito de “mãe suficientemente boa” e o conceito de “Referência Técnica” em CAPS, quando se considera que, no primeiro caso, há uma disponibilidade interna ao bebê, e no segundo caso, há uma disponibilidade interna ao sujeito acometido por grave sofrimento psíquico. Nestas duas situações não é possível ensinar esta disponibilidade interna desejada por meio de técnicas. A identificação do cuidador com o usuário, a exemplo da identificação da mãe com o bebê, é o que vai favorecer o sucesso ou não do processo de retomada do desenvolvimento emocional de cada assistido em CAPS.

No paralelo entre o conceito de “mãe suficientemente boa” e as atribuições da “Referência Técnica” em CAPS, é possível compreender que, para que a clínica aconteça a partir da transferência da relação de dependência em CAPS, é necessário que a equipe ampliada e o ambiente CAPS (considerando aqui também o suporte de supervisor clínico) ofereçam à Referência Técnica um respaldo semelhante ao que a família dá à mãe para que esta se dedique aos cuidados de seu filho. Isto seria condição necessária, mas não suficiente, para que a clínica emergja na atenção psicossocial, sendo ainda mais difícil garantir este suporte de forma consistente quando tratamos de uma instituição cercada por poucos recursos sociais, com equipe dividida por turnos e sem oferta consistente de supervisão, como era o CAPS X.

Outra condição necessária é que haja, por parte do profissional, uma disponibilidade interna que favoreça emergir uma contratransferência tal que permita ao usuário do CAPS a transferência da relação de dependência de acordo com as necessidades deste, para a retomada do desenvolvimento emocional. Para isso, não há como deixar de considerar a possibilidade deste profissional ter acesso a algum processo psicanalítico, objetivando despertar suas potencialidades para assumir tal papel de modo mais seguro.

Há ainda a necessidade de que o supervisor, ou até mesmo a administração técnica do CAPS, promova uma acolhida àquilo que é conhecido pelo profissional que é Referência Técnica sobre o assistido de sua referência, a exemplo do que Winnicott recomendava aos pediatras e enfermeiros no que dizia respeito à relação da mãe com o seu bebê, para que haja possibilidade de desenvolvimento emocional.



Da mesma forma, a supervisão em CAPS que considere a contratransferência como ferramenta de trabalho clínico nos transtornos mentais graves pode auxiliar os profissionais a manejarem a transferência da relação de dependência. Assim proposta, a supervisão atenuaria atuações da própria equipe diante das vinculações que surgem, sejam positivas ou negativas, entre cada técnico e cada usuário, proporcionando maior segurança, sobretudo às Referências Técnicas, que poderiam melhor compreender a relação entre os sentimentos que emergem em si e as necessidades de cuidado dos usuários.

As condições necessárias para que a clínica conjugue-se à reabilitação psicossocial são de tal espécie que se torna difícil supor avanço clínico para todo e qualquer usuário de CAPS. Ainda que todos possam ser considerados “reabilitados” ao participarem de atividades rotineiras na comunidade, nem sempre tais inserções sociais são acompanhadas de um processo de retomada do desenvolvimento emocional ou que até mesmo façam sentido para quem as executa. Da mesma forma que em qualquer relação transferencial (mesmo aquela de ordem neurótica), não há como garantir que todo profissional seja capaz de manejar as diferentes formas nas quais a transferência se apresenta a ele, principalmente se não há em sua formação qualquer preparo para o cuidado com a transferência, nem mesmo possibilidade de supervisão clínica que o sustente nesse cuidado.

Na atenção psicossocial, o conjunto de relações entre profissionais e cada assistido resultará num campo propício ao bom prognóstico clínico ou não, de acordo com a capacidade da equipe para ofertar um ambiente suficientemente bom. Se esta oferta não se faz possível, conforme ilustram casos de estagnação em CAPS ou de não adesão ao tratamento, a instituição CAPS provavelmente manterá as ações com o usuário apenas no âmbito da reabilitação social.

## 7 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A partir das conclusões desta tese pode-se sugerir como trabalho futuro uma pesquisa que possa promover a inserção de um pesquisador em um CAPS Adulto que possa observar o funcionamento deste dispositivo em relação àquilo que se preconiza como desejável para a clínica dos transtornos mentais graves. Nesta observação, seriam considerados os elementos destacados no presente trabalho como essenciais para o funcionamento mais eficaz da equipe, o que favoreceria o desenvolvimento emocional e a reabilitação psicossocial, própria da Reforma Psiquiátrica.

Os resultados desta observação seriam discutidos com a equipe e com os gestores de modo a indicar intervenções clínicas e administrativas que contribuiriam para as mudanças desejadas. No sentido clínico, caberia enfatizar a participação ativa da equipe na construção do caso clínico e, no sentido administrativo, prover condições de recursos humanos, bem como a presença continuada de um supervisor externo. Na sequência, recomenda-se que o pesquisador possa acompanhar a implementação das ações sugeridas na direção do alcance dos objetivos acima mencionados.

Por outro lado, esta proposta de mudanças nos CAPS poderá contribuir na elaboração de projetos que visam torná-los mais bem equipados e eficazes no alcance dos seus objetivos, fortalecendo novas políticas públicas em saúde mental. Principalmente, num momento em que a Reforma Psiquiátrica deve discutir a qualificação dos dispositivos que substituíram os antigos hospitais psiquiátricos.

## REFERÊNCIAS<sup>19</sup>

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott. Dicionário de Palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott.*(Silva, M. D.G., Trad.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a Psicanálise na instituição de saúde mental [Versão Eletrônica]. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 74-82.
- Aiello-Vaisberg, T. M. & Ambrosio, F. F. (2005). O ser e o Fazer na Clínica Winnicottiana [Versão Eletrônica]. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 13(2), 271-471.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J.; Machado, M. C. L. & Baptista, A. M. (2003). Sofrimento Humano e Psicanálise Contemporânea [Versão Eletrônica]. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro.
- Alberti, S. & Palombini, A. L. (2012). Supervisão em CAPS: Uma Abordagem Psicanalítica [Versão Eletrônica]. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 32 (3), 716-729.
- Alkmim, W.D. (2009). Relatório do Seminário Psicanálise e Saúde Mental [Versão Eletrônica]. *CliniCAPS – impasses da clínica*, 8, 1-15.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 136p.
- Andrade, L. H., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil [Versão Eletrônica]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Barreto, C. (2010). *Psicanálise e Saúde Mental: uma parceria possível?* (Almanaque On-line, n. 6). Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.
- Basaglia, F. (1982). *A Psiquiatria Alternativa*. (S. Soianese e Marcondes, M.C., trad.). São Paulo: Editora Brasil Debates.

---

<sup>19</sup> De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Bernardes, J. S. (2007). A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In: Spink, M. J. P. (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. (pp. 105-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bocchi, J.; Menendez, J. G. & Oliveira, L. E. P. (2011). Freud e a transferência dos psicóticos [Versão Eletrônica]. *Psicologia Clínica*, 23(2), 233–248.
- Campos, D. T. F., Campos, P.H. F., & Rosa, C. M. (2010). A confusão de línguas e os desafios da psicanálise de grupo em instituição [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 504-523.
- Carneiro, N. G. O. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? [Versão Eletrônica]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 28-220.
- Costa-Rosa, A. (2011). Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 743-757.
- Cruz, K. S. & Fernandes, A. H. (2012). Dispositivos Clínicos dos Psicólogos em CAPS de Salvador: entre a tutela e clínica das psicoses [Versão Eletrônica]. *Revista Psicologia e Saúde*. 4(2), 94-105.
- Cruz, W. F. & Viana T. C. (2012). Limites – a questão do manejo clínico hoje [Versão Eletrônica]. *Psicologia Clínica*, 24(1), 27–41.
- Dassoler, V. A. & Palma, C. M. de S. (2011). Contribuições da Psicanálise para a Clínica Psicossocial [Versão Eletrônica]. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 11(3), 933-958.
- Dassoler, V. A. & Palma, C. M. de S. (2012). A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS [Versão Eletrônica]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 94-107.
- Dias, E.O. (2014). *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. São Paulo. DWW Editorial. (Trabalho original publicado em 2011).
- Delgado, P. G. G. (2011). Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil [Versão Eletrônica]. *Ciencia & Saude Coletiva*, 16(12), 4701-4706.

- Delgado, S. M. (2008). A dimensão ética da Psicanálise na clínica da atenção psicossocial [Versão Eletrônica]. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 8(1), 58-66.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Fernandez, L. & Catteuw, M. (2001). *Le recherche en psychologie clinique – actualités et nouvelles perspectives pour la recherche em psychologie clinique*. Collection Fac Psychologie. Paris: Nathan.
- Figueiredo, A. C. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Figueiredo, A. C. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da Psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. [Versão Eletrônica]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Figueiredo, A. C. C. (2005). Uma proposta da Psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial [Versão Eletrônica]. *Mental*, 3(5), 44-55.
- Figueiredo, V. V. & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 9(2), 173-181.
- Forlenza Neto, O. (2004). Aplicação das ideias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizoides, fronteirços e psicóticos) [Versão Eletrônica]. *Natureza Humana*, 6(2), 307-335.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura*. (J.T. Coelho Netto, trad.). São Paulo: Perspectiva.
- Franchini, C. B. & Campos, E. M. P. (2008). O papel de espelho em um Centro de Atenção Psicossocial [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 619-627.
- Freud, S. (1969). A dinâmica da transferência. In *Coleção Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 107-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).

- Freud, S. (1969). Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*). In *Coleção Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 23-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1970). As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. In *Coleção Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 11, pp. 143-156). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1972). A interpretação de sonhos. In *Coleção Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vols. 4 e 5). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900-1901).
- Fulgencio, L. (2013). Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente [Versão Eletrônica]. *Psicologia USP*, 24(1), 143-164.
- Furtado, J.P. & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços [Versão Eletrônica]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 109-122.
- Garcia, R. M. (2011). A ética do cuidado e a sociedade democrática [Versão Eletrônica]. *Winnicott e-prints*, 6(1), 76-87.
- Gomes, A. (2009). O lugar ocupado da Psicanálise nas novas instituições de Saúde Mental [Versão Eletrônica]. *Mental*, 7(13), x-x.
- Guerra, A. M. C. (2009). A escrita na psicose e seus efeitos no encontro com um psicanalista na atenção psicossocial [Versão Eletrônica]. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1), 132-142.
- Hermann, F. (1999). *O que é Psicanálise: para iniciantes ou não*. São Paulo: Editora Psiquê.
- Kirschbaum, D.I.R. (2009). Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um Centro de Atenção Psicossocial [Versão Eletrônica]. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(3), 84-90.

- Kohn, R. & Negre, P. (1991). *Les voies de l'observation: repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris: Nathan.
- Kyrillos Neto, F. (2009). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise [Versão Eletrônica]. *Aletheia*, 30, 39-49.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. (Tamen, P. trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Loparic, Z. (2001). Esboço do Paradigma Winnicottiano [Versão Eletrônica]. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, Série 3, 11(2), 7-58.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança de paradigma [Versão Eletrônica]. *Winnicott e-prints*, 1(1), 1-29.
- Maciel, V.S. (2008). A transferência na psicose [Versão Eletrônica]. *Mental*, 6(10), 31-40.
- Mendes, A. A. (2005). Tratamento na psicose: o laço social como alternativa ao ideal institucional [Versão Eletrônica]. *Mental*, 2(4), 15-28.
- Mijolla, A. (2005). *Dicionário Internacional da Psicanálise. Conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. (Cabral, A. trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Manual Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Série Pactos pela Saúde, V.9. Brasília, DF: Autor.
- Miranda, L. & Campos, O. R. (2012). Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winnicottiana [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 519-529.
- Montanari, A. J. & Carvalho, S. M. (2011). O Homem, sua Psicose e a Palavra Cortada [Versão Eletrônica]. *Mental*, 9(17), 589-604.

- Monteiro, C. P. e Queiroz, E. F. (2006). A Clínica Psicanalítica das Psicoses em Instituições de Saúde Mental [Versão Eletrônica]. *Psicologia Clínica*, 18(1), 109-121.
- Moretto, M. L.T e Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. [Versão Eletrônica]. *Tempo Psicanalítico*, 46.2, 287-298.
- Naffah Neto, A. (2005). Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio [Versão Eletrônica]. *Natureza Humana*, 7(2), 433-454.
- Naffah Neto, A. (2007). A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott [Versão Eletrônica]. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 41(4), 77-88.
- Poletto, M. (2012). Neurose e Psicose: semelhanças e diferenças sob a perspectiva freudiana [Versão Eletrônica]. *Psicanálise & Barroco em revista*. 10(2), 01-13.
- Ribeiro, A. M. (2005a). Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos [Versão Eletrônica]. *Psicologia USP*, 16(4), x-x.
- Ribeiro, A. M. (2005b). O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões [Versão Eletrônica]. *Psyché*, 9(16), 165-182.
- Rinaldi, D. L.; Cabral, L.H.; Castro, G.S. (2008). Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação [Versão Eletrônica]. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 118-125.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. (Ribeiro, V. e Magalhães, L. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Saar, S. R. C. & Trevizan, M. A. (2007). Papéis institucionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes [Versão Eletrônica]. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(1), 106-112.
- Sales, A. L. L. F. & Dimenstein, M. (2009). Psychologist in the psychiatric reform process: deconstruction practices? [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, 14, 277-285.



- Saraceno, B. (1996). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. M. (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: HUCITEC.
- Silva, G. M., Beck, C. L. C., Figueiredo, A. C. C., Prestes, F. C. (2012). O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [Versão Eletrônica]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 309-322.
- Terzis, A., Donnamaria, C.P., Carvalho, C.C.V., Moretto, C.C., Nascimento, F.R.M., Verzignasse, V.C.P. (2007). Uma revisão teórica sobre a interpretação aplicada aos grupos [Versão Eletrônica]. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. 8(2), 33-41.
- Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS [Versão Eletrônica]. *SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(1), artigo 14.
- Vasconcelos, E. (2004). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas [Versão Eletrônica]. *Mnemosine*, 1(0), 73-90.
- Vieira Filho, N. G.; Debieux, M. R. (2010). Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 49-55.
- Viganó, C. A. (1999). Construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte, n.13, 50-59.
- Vilhena, J. & Rosa, C. M. (2011). A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS [Versão Eletrônica]. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(3), 130-147.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e seu mundo*. (A. Cabral, trad.). Rio de Janeiro: LCT. (Trabalho original publicado em 1964, 1957).
- Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. D. W. Winnicott (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

- Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. D. W. Winnicott (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963a).
- Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. D. W. Winnicott (I. C. S. Ortiz, trad., pp. 196-206). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963b).
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza Humana*. Publicação póstuma. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1993). A observação de bebês em uma situação estabelecida. In: D. W. Winnicott. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 139-164). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1941).
- Winnicott, D. W. (1993). Consultas do Departamento Infantil. In: D. W. Winnicott. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 165-185). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1942).
- Winnicott, D. W. (1993). Psiconeuroses oculares da infância. In: D. W. Winnicott. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 187-195). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1944).
- Winnicott, D. W. (1993). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. Winnicott. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 269-285). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945).
- Winnicott, D. W. (1993). O ódio na contratransferência. In: D. W. Winnicott. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 341-353). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1947).
- Winnicott, D. W. (1993). A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão. In: D. W. Winnicott. *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 197-204). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1948).

- Winnicott, D. W. (1993). Psicose e cuidados maternos. In: D. W. Winnicott. *Textos Seleccionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 375-387). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1952a).
- Winnicott, D. W. (1993). Ansiedade associada à insegurança. In: D. W. Winnicott. *Textos Seleccionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 205-210). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1952b).
- Winnicott, D. W. (1993). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In: D. W. Winnicott. *Textos Seleccionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 459-481). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954-5).
- Winnicott, D. W. (1993). Variedades clínicas da transferência. In: D. W. Winnicott. *Textos Seleccionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 483-489). Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1955-6).
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso (Breakdown). In: *Explorações psicanalíticas*. C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Orgs.) (J. O. A. Abreu, trad., pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1994). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: *Explorações psicanalíticas*. C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Orgs.) (J. O. A. Abreu, trad., pp. 77-81). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1994). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: *Explorações psicanalíticas*. C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Orgs.) (J. O. A. Abreu, trad., pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: *Explorações psicanalíticas*. C. Winnicott; R. Shepherd & M. Davis (Orgs.) (J. O. A. Abreu, trad., pp. 195-202). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad., pp. 401-427). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1956).

- Winnicott, D. W. (2000). *Pediatria e Psiquiatria*. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad., pp. 233-276). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1948).
- Winnicott, D. W. (2005). *O Gesto Espontâneo*. Organização de F. Robert Rodman (L. C. Borges, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (2011). O primeiro ano de vida. In: *A Família e o desenvolvimento individual*. D.W. Winnicott (M.B. Cipolla, trad., pp. 03-20). Ed. WMF Martins Fontes Ltda. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D.W. (2011). A família afetada pela patologia depressiva de um ou de ambos os pais. In: *A Família e o desenvolvimento individual*. D.W. Winnicott (M.B. Cipolla, trad., pp. 73-88). Ed. WMF Martins Fontes Ltda. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D.W. (2012). O recém-nascido e sua mãe. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, trad., pp. 29-42). São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes Ltda. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D.W. (2012). A amamentação como forma de comunicação. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, trad., pp. 19-28). São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes Ltda. (Trabalho original publicado em 1968b).
- Winnicott, D.W. (2012). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê. In: D. W. Winnicott. *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, trad., pp. 79-92). São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes Ltda. (Trabalho original publicado em 1968b).
- Zimerman, D.E. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Ed. Artmed, Porto Alegre.

## GLOSSÁRIO

### 1 - Ambiente:

Na teoria do amadurecimento emocional de Winnicott, o ambiente tem importância fundamental. O primeiro ambiente é a mãe ou sua substituta, com a qual o bebê encontra-se fundido. O ambiente, quando facilitador, permite ao indivíduo o desenvolvimento saudável, enquanto o ambiente que falha no início da vida do bebê poderá levá-lo ao adoecimento emocional.

Winnicott (1963/1994) considera que “o meio ambiente facilitador pode ser descrito como sustentação (*holding*), evoluindo para o manejo (*handling*), ao qual se acrescenta a apresentação de objeto (*object-presenting*).” (p.72). Dada tal condição ambiental, o indivíduo desenvolve sua tendência natural à integração, à personificação e se torna capaz de relacionamento objetal.

Winnicott (1964/1994), ao tratar da relação analítica em que há regressão à dependência, afirma que “a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes do que o trabalho interpretativo” (p. 77), tendo em vista que este paciente não pôde contar com um ambiente (mãe) que lhe oferecesse cuidados maternos suficientemente bons no início da vida e, na regressão durante a análise, ele manifesta sua esperança de que suas necessidades sejam atendidas neste novo ambiente.

Segundo Abram (2000), Winnicott enfatizou a importância do *setting* analítico, o qual pode reproduzir esse ambiente inicial bom promovido pela mãe no caso de pacientes neuróticos, ou oferecer pela primeira vez esta experiência aos pacientes psicóticos, permitindo a estes últimos a vivência de uma sustentação (ou *holding*) que se desdobra no “sentir-se real”.

Zimerman (2001) descreve o ambiente facilitador na teoria winnicottiana no sentido da importância que Winnicott gradativamente foi atribuindo ao ambiente externo, principalmente a mãe real, e os desdobramentos possíveis das falhas ambientais no atendimento às necessidades básicas no processo de desenvolvimento de potencialidades inatas do bebê, que poderiam implicar em transtornos no desenvolvimento da personalidade.

## 2 - Contratransferência:

Roudinesco & Plon (1998) definem a contratransferência como “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente”. Apesar de parecer um conceito muito simples, os autores afirmam que “mais do que o conceito de transferência, ao qual está ligada, a ideia de contratransferência, suas acepções e as utilizações que dela foram feitas sempre suscitaram polêmicas entre os diversos ramos do movimento psicanalítico” (p. 133).

Laplanche e Pontalis (2001) definem a contratransferência como “conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (p.102). Estes autores observam que Freud remetia-se à contratransferência para alertar sobre a importância da análise pessoal do analista, porém esse termo ganhou espaço com a ampliação do uso da psicanálise no tratamento de crianças e psicóticos, a partir de três vertentes de compreensão sobre o fenômeno. Na primeira, tem-se o objetivo de reduzi-lo para que a análise seja fundamentalmente pautada na transferência; na segunda, as manifestações contratransferenciais são utilizadas na interpretação do inconsciente do analisado e, na terceira, há o entendimento de que o analista deve guiar-se pelas emoções sentidas na relação com o analisando, inclusive para produzir suas interpretações.

Zimerman (2001) alega que, para Freud, a contratransferência atrapalharia a análise e seria um sinal de que o analista ainda necessitaria ser analisado, o que se desdobrou numa hesitação entre os autores psicanalistas no uso do termo até que Winnicott o retomou (Winnicott, 1947 – “O ódio na contratransferência”) e o naturalizou no processo analítico, sobretudo diante de pacientes “regressivos” (com conteúdos psicóticos). Zimerman sinaliza ainda a polêmica existente na psicanálise sobre as diferentes compreensões sobre tal fenômeno, além do risco de confusão entre contratransferência e a transferência do próprio analista, concluindo que a contratransferência tem uma tríplice perspectiva: “como um possível obstáculo, como instrumento e como integrante do campo analítico.” (p.87)

Claudine Geissmann, em Mijolla (2005), define a contratransferência como “o conjunto de reações inconscientes do analista à transferência de seu paciente, inclusive os sentimentos projetados nele por este último” (p.405). Segundo este autor, o termo foi usado por Freud a partir de 1910 e o próprio Freud manteve certa ambiguidade em sua obra na descrição deste fenômeno, no sentido de dominância e

superação por parte do analista. Geissmann considera ainda que foi Melanie Klein que fundamentou o uso da contratransferência como ferramenta para compreender aspectos da comunicação do paciente, apesar de pouco ter utilizado o termo.

Winnicott (1947/1993) classificou a contratransferência em três categorias. Na primeira, há anormalidades nos sentimentos suscitados no analista que são decorrentes da necessidade de mais análise do profissional (o que não se restringiria aos psicanalistas). Na segunda, identificações e tendências do analista são recrutadas de maneira a produzir situação positiva ao trabalho analítico e, na última, a “verdadeira e objetiva contratransferência”, que envolve o amor e o ódio que emergem no analista ao ser afetado pela personalidade e comportamento do paciente, passível de observação objetiva pelo próprio analista, sendo esta capacidade de observação que pode promover o que há de mais importante na análise.

Winnicott (2005), na carta a Money-Kyrle, datada de 1952, explica:

[...] quando falhamos com nossos pacientes, podemos examinar nossa própria contratransferência inconsciente ou nossas inibições ou compulsões e sermos tão autocríticos quanto quisermos, mas com o paciente devemos ser capazes de perceber a falha como algo que o paciente nos capacitou a fazer de uma maneira particular, de modo a trazer a falha ambiental ao momento presente. É por meio desse processo que o trabalho é feito, apesar de que, para que esse trabalho seja feito, tenha de haver uma adaptação rigorosa às necessidades do paciente, em outras palavras, a imitação da mãe satisfatória tem de partir de uma extrema sensibilidade às necessidades do bebê. (pp.48-49)

Segundo Abram (2000), Winnicott abordou com afinco o tema do ódio na contratransferência, sobretudo no que tange à tensão emocional à qual está submetido o analista no trabalho com psicopatologias do tipo psicótica e *borderline*, que o demandam de forma semelhante ao recém-nascido em relação à mãe. Desta forma, Winnicott contribuiu para uma mudança paradigmática no sentido de que a contratransferência deixa de ser um problema que o analista deveria contornar, para estabelecer-se como ferramenta de trabalho. Abram enfatiza, ainda, que Winnicott já reconhecia que pacientes psicóticos poderiam despertar sentimentos negativos nas equipes que trabalham no *setting* psiquiátrico e que existiria, portanto, o risco de *acting out* por parte desses profissionais.

### 3 - Desejo:

O termo desejo foi fundamental na constituição das formulações de Freud a respeito da formação do inconsciente recalcado, o que se tornou a base teórica fundamental da psicanálise freudiana.

Roudinesco & Plon (1998) definem desejo como:

Termo empregado em filosofia, psicanálise e psicologia para designar, ao mesmo tempo, a propensão, o anseio, a necessidade, a cobiça ou o apetite, isto é, qualquer forma de movimento em direção a um objeto cuja atração espiritual ou sexual é sentida pela alma e pelo corpo. Em Sigmund Freud, essa ideia é empregada no contexto de uma teoria do inconsciente para designar, ao mesmo tempo, a propensão e a realização da propensão. Nesse sentido, o desejo é a realização de um anseio ou voto (Wunsch) inconsciente. (p.146)

Laplanche & Pontalis (2001) afirmam que Freud nem sempre deixava clara a distinção entre desejo e necessidade em seus textos, compreendendo a necessidade como um estado de tensão interna que se satisfaz diante de uma ação específica na qual o objeto adequado é fornecido, enquanto desejo teria relação com traços mnemônicos e se realizaria a partir das percepções alucinatoriamente reproduzidas de sinais dessa satisfação. Estes autores resumem o termo desejo na teoria freudiana como:

[...] um dos polos do conflito defensivo. O desejo inconsciente tende a realizar-se restabelecendo, segundo as leis do processo primário, os sinais ligados às primeiras vivências de satisfação. A psicanálise mostrou, no modelo do sonho, como o desejo se encontra nos sintomas sob a forma de compromisso. (p. 113)

Zimerman (2001) refere que Freud entendia desejo como uma marca mnemônica produzida a partir de uma experiência de gratificação prazerosa de alguma necessidade primitiva, na vigência do princípio do prazer. Esta gratificação poderia ser inclusive alucinatória, como ocorre quando o bebê suga seu polegar na ausência do seio.

Gérard Bonnet, em Mijolla (2005), define o desejo como “um movimento psíquico de origem interna que visa obter uma satisfação interdita ou reencontrar um gozo primordial cujos vestígios se fixaram no inconsciente.” (p.459). Este autor observa que desejo é distinto de necessidade: “O desejo distingue-se, por último, da necessidade, a qual implica a realização de uma exigência real e somática onde ele encontra sua satisfação.” (p. 460).



De acordo com Loparic (2006), Winnicott propôs uma mudança de paradigma à psicanálise quando passou a atribuir importância fundamental ao provimento dado pelo ambiente às necessidades mais básicas do bebê, ainda quando não há um sujeito integrado e diferenciado do ambiente (mãe). Assim, para Winnicott, tais relações de desejo acompanhadas de fantasia seriam mais sofisticadas e menos fundamentais do que o provimento de suas necessidades mais básicas, ou seja, posteriores à aquisição da capacidade de vivenciar relações triangulares.

#### 4 - Inconsciente:

Freud não criou o termo inconsciente, porém foi responsável, ao criar a teoria psicanalítica, pelo desenvolvimento da compreensão de que o inconsciente exerce importância fundamental aos processos de saúde e adoecimento emocional humano.

Roudinesco e Plon (1998) descrevem o inconsciente psicanalítico como:

[...] um lugar desconhecido pela consciência: uma outra 'cena'. Na primeira tópica elaborada por Sigmund Freud, trata-se de uma instância ou um sistema (Ics) constituído por conteúdos recalçados que escapam às outras instâncias, o pré-consciente e o consciente (OS-Cs). Na segunda tópica, deixa de ser uma instância, passando a servir para qualificar o isso e, em grande parte, o eu e o supereu. (p.375)

Para Laplanche & Pontalis (2001), em sua forma substantiva e no sentido "tópico", o inconsciente (Isc):

[...] designa um dos sistemas definidos por Freud no quadro de sua primeira teoria do aparelho psíquico. É constituído por conteúdos recalçados aos quais foi recusado o acesso ao sistema pré-consciente pela ação do recalque... seus 'conteúdos' são 'representantes' das pulsões... regidos por mecanismos específicos do processo primário, principalmente a condensação e o deslocamento... fortemente investidos pela energia pulsional, procuram retornar à consciência e à ação... mas só podem ter acesso ao sistema Pcs-Cs [pré-consciente-consciente] ... depois de terem sido submetidos às deformações da censura... são... desejos da infância que reconhecem uma fixação no inconsciente. (p. 235)

Para esses autores, a forma adjetiva, inconsciente (isc) é usada para "qualificar em sentido estrito os conteúdos do referido sistema" (p.236), sendo assim referido, sobretudo na segunda tópica freudiana.

Zimerman (2001) afirma que:

[...] o inconsciente como região do psiquismo com leis próprias de funcionamentos é uma descoberta estritamente freudiana. Assim, a partir de Freud, o inconsciente, palavra que não criou, passa a ganhar relevância a ponto de ser uma síntese da psicanálise." (p. 213)

Segundo Fulgencio (2013), Winnicott foi um autor que se debruçou sobre os aspectos do inconsciente anteriores à existência do recalque como mecanismo de defesa neurótico, ou seja, não relacionados a uma repressão, para os quais Freud já havia sinalizado existência, sem que tivesse aprofundado uma reflexão teórica a respeito. Para Winnicott, estes conteúdos seriam cisões e vivências de falhas ambientais (do que era para ter acontecido e não aconteceu) que não puderam ser assimiladas na experiência do indivíduo, pois seriam anteriores à integração da personalidade (diferenciação Eu-não Eu) e não haveria, ainda, uma consciência da qual teriam sido reprimidas e retiradas, configurando, assim, um inconsciente dissociado, sem representação mental, com o qual o analista só teria acesso pela via da transferência da relação de dependência.

#### 5 - Interpretação:

Para Freud, o desejo inconsciente é manifestado por meio de deslocamento e condensação, processos presentes nos sonhos, atos falhos e até mesmo na transferência com o analista, o qual se utiliza da interpretação destes conteúdos como ferramenta de análise.

Roudinesco & Plon (1998) consideram que o termo foi:

[...] extraído do vocabulário corrente e utilizado por Sigmund Freud em *A Interpretação dos Sonhos* para explicar a maneira como a psicanálise pode dar uma significação ao conteúdo latente do sonho, a fim de evidenciar o desejo inconsciente de um sujeito.

Por extensão, o termo designa qualquer intervenção psicanalítica que vise a fazer um sujeito compreender a significação inconsciente de seus atos ou de seu discurso, quer estes se manifestem através de um dito, um lapso, um sonho, um ato falho, de uma resistência, da transferência, etc. (p. 388)

Laplanche & Pontalis (2001) afirmam dois sentidos para interpretação na psicanálise:

[No primeiro, pela investigação analítica] ...destaque ... do sentido latente nas palavras e nos comportamentos de um sujeito. A interpretação traz à luz as modalidades do conflito defensivo e, em última análise, tem em vista o desejo que se formula em qualquer produção do inconsciente. [No segundo, no tratamento]... comunicação feita ao sujeito, visando dar-lhe acesso a esse sentido latente, segundo as regras determinadas pela direção e evolução do tratamento. (p.245)

Zimerman (2001) aponta para uma incorreção na tradução do termo alemão *Deutung* para o português como interpretação, pois na origem o termo corresponderia às palavras esclarecimento e explicação, sendo que Freud usava também o termo

*Bedeutung*, que se traduz como “descoberta de uma significação”. Assim, interpretar seria o equivalente a explicar o significado de um desejo inconsciente que se faz presente por meio de sonhos, lapsos, atos falhos e associações do analisando.

Jacques Angelergues, em Mijolla (2005), afirma que:

[...] a interpretação tem por objetivo colocar em evidência, no âmbito do método analítico, o sentido latente das palavras e dos comportamentos de um sujeito; trata-se de esclarecer os desejos inconscientes e os conflitos defensivos que lhes estão ligados. Tecnicamente, a interpretação consiste na enunciação desse sentido latente segundo as regras comandadas pela evolução do tratamento. (p. 977)

De acordo com Dias (2011/2014), na teoria winnicottiana do amadurecimento, a interpretação de conflitos reprimidos não é o recurso principal do analista e deve se limitar a interpretação aos casos de problemática profunda, do inconsciente recalcado, nas neuroses e depressões reativas. Por outro lado, nos casos em que as falhas ambientais foram tais que o sujeito não pôde alcançar esta formação inconsciente profunda, não faria sentido o uso de interpretação do desejo reprimido, sendo mais apropriado auxiliar o sujeito para que este possa formular sua interpretação de suas necessidades, tendo em vista que este sujeito ainda não alcançou a possibilidade de receber a interpretação do analista como alguém externo e separado dele, com quem possa concordar ou discordar. Mesmo em casos mais profundos, em alguns momentos em que núcleos esquizoides estão presentes, a interpretação de desejos não traria benefício algum ao paciente.

## 6 - Manejo:

Manejo (*management*) foi um termo desenvolvido em psicanálise por Winnicott para tratar da provisão pela mãe (ou analista-ambiente) de um ambiente favorável ao desenvolvimento emocional do bebê (ou do paciente).

Na carta a Money-Kyrle, em 1952, Winnicott (2005) explica que:

[...] Na verdade, sempre falo sobre a “mãe satisfatória” ou “a mãe não satisfatória” porque, na verdade, estamos falando de uma mulher real, porque sabemos que o melhor que ela pode fazer é ser suficientemente boa, e a palavra “suficiente” aos poucos (em circunstâncias favoráveis) tem seu âmbito ampliado de acordo com a habilidade crescente do bebê para lidar com o fracasso por meio da compreensão, da tolerância à frustração, etc... O melhor que uma mulher real pode fazer com um bebê é usar a sensibilidade, ser satisfatória no início, de maneira a tornar possível, *de saída*, a ilusão do bebê de que essa mãe satisfatória é o “seio bom”. De modo similar, na análise, o analista sempre está falhando, mas caso receba o impacto pleno

da desilusão ou do ódio, ele deve, antes de mais nada, fazer contato através da adaptação ativa e sensível de modo a tornar-se satisfatório, do contrário, nada acontece... Seguir os processos inatos no paciente é nossa maneira de fazer, na análise, a adaptação sensível e ativa, exatamente como a mãe faz (se for satisfatória), quando gosta do bebê a cujo cuidado se devota. (pp.47-48)

No caso do paciente regredido, o manejo muitas vezes abrange administrar a situação mais ampla do paciente, orientando, inclusive, pessoas relacionadas a ele sobre os cuidados que lhe devem ser dispensados.

Em sua carta para Herbert Rosenfeld, em 1953, Winnicott (2005) defende a teoria do amadurecimento e a importância do ambiente inicial dizendo:

[...] Se um analista ou um hospital psiquiátrico podem curar um paciente esquizofrênico, certamente deve ser possível que uma mãe faça o mesmo logo no princípio, quando o bebê está bem, e a conclusão lógica é que a mãe muitas vezes impede a esquizofrenia por meio de um bom manejo comum... uma alta proporção de bebês no mundo é acompanhada por suas mães ao longo da infância de um modo tal que eles subsequentemente não têm de se submeter ao cuidado terapêutico do hospital psiquiátrico ou do psicanalista. (pp.55-56)

No que tange ao manejo de pacientes psicóticos, Winnicott (1947/1993) alega que este trabalho “está fadado a ser fatigante”, reflexão esta que é válida não apenas para os analistas, mas para toda a equipe envolvida nos cuidados a estas pessoas. Neste sentido, Winnicott alega que se deve “perdoar as pessoas que, engajadas neste tipo de trabalho, fazem coisas horríveis.” (p. 341), sem, no entanto, aceitar qualquer coisa que seja feita com estes pacientes.

Winnicott, ao longo de sua trajetória, dedicou muitas palestras e artigos aos profissionais da saúde, independentemente da formação psicanalítica destes, por compreender que os processos contratransferenciais e os desdobramentos destes sobre o manejo ofertado às pessoas com transtornos mentais graves não eram exclusividades do analista, sendo que, por vezes, enfatizou as figuras dos enfermeiros e dos assistentes sociais na promoção de *holding* para tais pacientes.

O *holding* é composto pelo conjunto particular de cuidados psicológicos e físicos, promovidos de forma confiável pelo ambiente (inicialmente mãe), que correspondem às necessidades do bebê, e, inclui a preocupação materna primária da qual deriva o suporte egoico do qual o bebê precisa para se desenvolver com saúde. Na relação analítica, é o *setting* analítico que promove o ambiente de *holding* necessário, sendo para Winnicott uma espécie de manejo (Abram, 2000).

## 7 - Necessidade:

Winnicott foi um autor que enfatizou a importância do provimento suficientemente bom das necessidades, que seriam anteriores à capacidade de desejar.

Winnicott (1964,1957/1982) afirma que as necessidades de um bebê são inatas e inalteráveis e que as crianças pequenas avançam e recuam no seu desenvolvimento, de acordo com a presença de condições ambientais necessárias ou suficientemente boas para o progresso rumo ao amadurecimento emocional.

Na relação analítica com pacientes graves, Winnicott (1954-5/1993) considera que:

[...] No caso de pacientes regredidos, a palavra desejo é errada; no seu lugar, usamos a palavra *necessidade*. Se um paciente regredido *necessita* de quietude, então sem ela nada poderá ser feito. Se a necessidade não é satisfeita, o resultado não é raiva, mas sim uma reprodução da situação de fracasso ambiental que interrompeu os processos de crescimento do *self*. Houve uma interferência na capacidade do indivíduo de “desejar” e testemunhamos o reaparecimento da causa original de uma sensação de futilidade. (p. 472)

## 8 – Objeto transicional

Zimerman (2001) descreve este termo utilizado por Winnicott como um objeto escolhido por um bebê, geralmente entre quatro meses e um ano de vida, que possui valor especial, mostrando-se indispensável em momentos como choros e adormecer. Sendo um objeto parcial, que está para a criança entre o interno e o externo, entre o subjetivo e o objetivo, dá ao bebê normal a possibilidade de transitar entre a primeira relação oral com a mãe e a verdadeira relação de objeto. Há ainda fenômenos transicionais, como gestos, vocalizações e expressões, que também podem ter esta função.

## 9 - Psicose:

A psicose é um quadro psicopatológico que se define pela perda de contato com a realidade, em diferentes graus. Na história da humanidade, diferentes formas de compreensão sobre este fenômeno fizeram-se presentes. Ainda nos tempos atuais

existem diferentes formas de entender a etiologia deste transtorno, bem como as estratégias de intervenção (ou de aceitação), seja na cultura popular, na psiquiatria, na psicologia ou na psicanálise. Neste trabalho, a compreensão psicanalítica é utilizada.

Roudinesco & Plon (1998) definem psicose como:

Termo introduzido em 1845 pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849) para substituir o vocábulo loucura e redefinir os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica... Retomado por Sigmund Freud como um conceito a partir de 1894, o termo foi primeiramente empregado para designar a reconstrução inconsciente, por parte do sujeito, de uma realidade delirante ou alucinatória. Em seguida, inscreveu-se no interior de uma estrutura tripartite, na qual se diferencia da neurose, por um lado, e da perversão, por outro. (p. 621)

Laplanche & Pontalis (2001) diferem psicose em dois contextos:

Em clínica psiquiátrica, o conceito de psicose é tomado na maioria das vezes numa extensão extremamente ampla, de maneira a abranger toda uma gama de doenças mentais, quer sejam manifestadamente organogénéticas... quer sua etiologia última permaneça problemática... Em psicanálise... o interesse incidiu... nas afecções mais diretamente acessíveis à investigação analítica... as perversões, as neuroses e as psicoses. Neste último grupo... diversas estruturas: paranoia... esquizofrenia... melancolia e mania... fundamentalmente, [psicose] é uma perturbação primária da relação libidinal com a realidade... onde a maioria dos sintomas manifestos... são tentativas secundárias de reconstrução do laço objetal. (p. 390)

Zimerman (2001) aponta para a importância do trabalho “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia” (Freud, 1911/1969) para a definição psicanalítica da psicose como um transtorno da relação entre o *eu* e o mundo exterior, desdobrando-se em prejuízo do contato com a realidade. Zimerman sinaliza para o debate em torno da análise de pacientes psicóticos, muito pautado em questões como critério diagnóstico - estados psicóticos (*borderline*, personalidades paranoides, narcisistas, perversões e neuroses graves, com possibilidade de recuperação sem sequelas após os surtos) e psicoses propriamente ditas (esquizofrenias). Zimerman identifica limitação na eficácia clínica psicanalítica nas psicoses, porém reconhece potencialidades na interlocução com outras abordagens, tais como a psicofarmacológica e colaboração multidisciplinar, ações de grupos e oferta de um vínculo muito próximo daquele existente entre a mãe e seu bebê.

Winnicott (1963/1994) considera que a enfermidade psicótica, mesmo no autismo ou na esquizofrenia infantil, sempre é uma organização de defesa contra as agonias impensáveis. Para este autor, a psicose é uma enfermidade que se origina nos estágios de desenvolvimento anteriores ao estabelecimento da personalidade,

quando o apoio egoico tem máxima importância, porém teria ocorrido um fracasso ambiental tal que produziu-se uma distorção (Winnicott, 1965/1994).

Para Winnicott, a psicose fundamenta-se na estrutura inicial ambiente-indivíduo, quando o ambiente inicial (mãe) não entra no estado de preocupação materna primária e, assim, o bebê, sem o suporte egoico necessário, é deixado à própria sorte e permanece em uma “queda”, que é o contrário do *holding*, não sendo, portanto, possível ao indivíduo integrar-se de forma a “sentir-se real”. Como consequência desta falha ambiental precoce, surgem patologias como a esquizofrenia infantil e autismo (que também podem ser decorrentes de processos orgânicos), esquizofrenia latente, organização de um falso *self* como defesa e personalidade esquizoide, que são defesas psicóticas voltadas para a proteção do núcleo do *self* contra ansiedades impensáveis e angústias primitivas (ABRAM, 2000).

#### 10 - Regressão à dependência:

O termo regressão à dependência foi desenvolvido por Winnicott para tratar da necessidade manifesta por alguns analisandos no *setting* analítico, o que deve ser compreendido como um avanço na confiança do sujeito em relação ao espaço terapêutico como ambiente potencial para a sustentação da retomada de seu desenvolvimento emocional.

Para Laplanche & Pontalis (2001), o termo é muito utilizado na psicanálise contemporânea no sentido de um “retorno a formas anteriores do desenvolvimento do pensamento, das relações de objeto e da estruturação do comportamento” (p.440).

Segundo Martine Myquel, em Mijolla (2005), não há uma definição psicanalítica precisa do termo regressão, porém há em Winnicott a valorização da regressão ao trabalho psicanalítico, que é fundamental para o processo de cura.

Abram (2000) explica que, na teoria winnicottiana, a regressão à dependência no *setting* analítico permite ao sujeito reviver o trauma que não fora experimentado nos primórdios da vida, por uma falha ambiental muito precoce, por meio do *holding* provido pela primeira vez no ambiente analítico. Isto só é possível porque o indivíduo mantém a esperança de que haverá uma nova oportunidade para se deparar com o trauma original e que haverá o suporte egoico necessário para que ele possa ir de encontro com seu verdadeiro *self*. Abram salienta ainda que a regressão à dependência no *setting* analítico ocorre a partir da transferência da relação de

dependência, que só é possível porque o indivíduo mantém em si uma força inata que o empurra no sentido da progressão no desenvolvimento saudável quando há condições ambientais favoráveis.

Em carta para Clifford M. Scott, em 1953, Winnicott (2005), escreveu:

[...] eu diria que, desde que experimentei regressões, frequentemente faço interpretações em termos de necessidades e com menos frequência em termos de desejos. Em muitos casos, parece-me suficiente que se diga, por exemplo: 'Neste ponto, você precisa que eu o veja neste fim de semana', a implicação sendo que, de qualquer ponto de vista, posso me beneficiar do fim de semana, o que indiretamente ajuda o paciente, mas, do ponto de vista do paciente, naquele momento, não há nada além do mal da existência de uma lacuna na continuidade do tratamento." (pós-escrito, p. 61)

Winnicott (1954-5/1993) alerta para o fato de que a regressão pode ser confundida com retraimento patológico ou clivagens defensivas, porém a regressão tem como seu fundamento uma esperança de que haja a oportunidade de descongelamento da situação em que a falha ambiental interrompeu o desenvolvimento emocional. Existiria na regressão, portanto, a crença numa chance de que o ambiente possa fazer uma adaptação adequada às necessidades do indivíduo, mesmo que tardiamente.

#### 11 - *Self*:

Winnicott foi um autor que utilizou o termo *self* com frequência, sobretudo para fazer a distinção entre o verdadeiro *self* e o falso-*self*. De acordo com Abram (2000) e Zimmerman (2001), a distinção entre *self*, psique e ego não se faz muito clara na obra de Winnicott, pois, apesar deste autor afirmar uma diferença entre estes conceitos, usa-os de forma alternada.

Abram (2000) alega que, para Winnicott, o ego seria uma parte do *self* destinada à organização e à integração das experiências, já o *self* seria a forma como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo que no centro do sentimento de *self* estaria o "sentir-se real", que é o potencial no recém-nascido para ser capaz de estabelecer a distinção entre o eu e o não-eu. Há, ainda, a distinção entre o verdadeiro *self* (que é capaz do gesto espontâneo, criativo e de "sentir-se real") e o falso *self* (estrutura que visa a defesa do verdadeiro *self*, mas que traz consigo o sentimento de irrealidade ou inutilidade), além do núcleo não comunicável do *self* que, na saúde mental,



mantém-se central e isolado. A psicoterapia seria, portanto, um processo de busca pelo *self*.

Roudinesco & Plon (1998) afirmam que Winnicott desenvolveu o termo “falso *self*” em 1960 para descrever uma distorção da personalidade que surge ainda na infância e que visa proteger o verdadeiro *self* ou o eu autêntico por meio de uma organização defensiva que se constitui em uma vida ilusória (o eu inautêntico).

Zimerman (2001) destaca que houve um primeiro momento na teoria winnicottiana em que o falso *self* foi compreendido como mecanismo de defesa presente apenas nos casos de transtornos graves. No entanto, a teoria evoluiu para um entendimento de que existiriam diferentes gradações de falso *self* em quaisquer pessoas, sendo que diferentes níveis de uso deste mecanismo de defesa implicariam em diferentes patologias.

Maurice Despinoy e Monique Piñol-Douriez (em Mijolla, 2005) afirmam que o termo *self* “pode designar o conjunto das instâncias psíquicas, a organização narcísica do psiquismo, a parte consciente do psiquismo que permite se reconhecer como agente e como sujeito dotado de uma consciência reflexiva.” (p1692)

## 12 - *Setting*:

Freud considerava o *setting* como um recurso técnico analítico fundamental, no sentido de manutenção de algumas constantes no contrato terapêutico. Entre estes elementos estão postura do analista, número de sessões, local, forma de pagamento e duração.

Zimerman (2001) considera que:

Comumente traduzido como enquadre, o *setting* pode ser conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico. Assim, ele resulta de uma conjunção regras, atitudes e combinações, tanto as contidas no contrato analítico, como também as que vão se definindo durante a evolução da análise, como os dias e horários das sessões, os honorários com a respectiva modalidade de pagamento, o plano de férias... (p. 382)

Para Winnicott, o *setting* ganha papel fundamental sobretudo no manejo clínico das psicoses e dos estados fronteiraços, patologias que derivam de falhas ambientais precoces e localizadas temporalmente em estágios de maior dependência do indivíduo em relação ao meio, que não teria sido capaz de corresponder

suficientemente às suas necessidades. De acordo com Forlenza Neto (2004), Winnicott considera que o analista pode configurar um novo ambiente confiável diante do qual o amadurecimento emocional pode ser retomado por meio de uma regressão à dependência. Nesta configuração, o analista faz parte de um *setting* que, em diferentes intensidades, encontra-se inicialmente ainda indiferenciado do próprio paciente. É neste sentido que Winnicott dizia que o manejo do *setting* poderia envolver a exploração do espaço físico da sala, mudanças na duração da sessão e até mesmo não fazer interpretações, mantendo uma disponibilidade que se aproxima do *holding* materno, sendo consistente e sobrevivendo aos possíveis ataques a ele.

### 13 - Transferência:

A transferência foi observada e descrita por Freud desde os primórdios do desenvolvimento da teoria psicanalítica, tendo sido compreendida inicialmente como um entrave ao processo analítico, para depois ser apontada por Freud como ferramenta fundamental da psicanálise.

Roudinesco & Plon (1998) contextualizam o termo como:

[...] progressivamente introduzido por Sigmund Freud e Sandor Ferenczi (entre 1900 e 1909), para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos. (pp. 766-767)

Paul Denis (em Mijolla, 2005) define como “transposição, o deslocamento para uma outra pessoa... de sentimentos, desejos, modalidades relacionais de outrora organizados ou experimentados em relação a personagens muito investidas da história do sujeito” (p.1894).

Para Laplanche e Pontalis (2001), transferência:

[...] designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica... uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada... [sobretudo presente no tratamento analítico, no qual se tem como objeto a compreensão sobre]... sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução. (p. 514)

De acordo com Zimmerman (2001), Freud introduziu o termo em seu trabalho “Estudos sobre a histeria”, em 1895, usando-o com o sentido de uma forma de resistência à análise e foi somente na descrição do caso clínico Dora que Freud

passou a entender a transferência como uma “inevitável necessidade” e foi no artigo de 1909, sobre o “Homem dos ratos”, que Freud faz alusão à transferência como agente terapêutico, iniciando sua construção teórica sobre a importância deste vínculo.

Zimerman (2001) retoma os desdobramentos do conceito em Winnicott, que entendia que o analisando deve poder “usar o analista” como objeto transacional para que possa, num segundo momento, percebê-lo como objeto real. Neste processo, caberia ao analista fornecer *holding* e sobreviver aos ataques do paciente.

Winnicott (1955-6/1993) explica que a neurose de transferência, tal como formulada por Freud, supõe a existência de um ego intacto, o que não ocorre em pacientes fronteirços ou em fases psicóticas. Nestes casos, Winnicott considera que o trabalho deve estar vinculado a um inconsciente composto por elementos cindidos da experiência, decorrentes de falhas ambientais ainda nas fases iniciais do desenvolvimento emocional. No cenário analítico, os pacientes fronteirços e psicóticos vivenciam a transferência da relação de dependência. Neste processo, há regressão e intensa dependência e as interpretações pouco repercutem. Para Winnicott, a consistência deste ambiente analítico e a sobrevivência do analista aos ataques do analisando, numa adaptação suficientemente boa, são as condições necessárias para a retomada do desenvolvimento emocional interrompido precocemente e integração do ego.

## ANEXOS

### ANEXO A – Carta de Bauru

“Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e Direitos Humanos sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios!”

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental

(Fonte: [http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta\\_de\\_bauru](http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru))

## **ANEXO B – Declaração de Caracas**

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

“As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
  - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
  - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
  - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
  - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
  - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
  - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
  - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
  - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
  - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que  
SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.”

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

(Fonte: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf))

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Práticas Psicológicas e Psicanalíticas na Atenção Psicossocial

**Pesquisador:** FERNANDA TORRES APOLLONIO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 19722714.8.0000.5561

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 532.961

**Data da Relatoria:** 10/03/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto está muito bem escrito e fundamentado teoricamente, apresentando todos os dados necessários para a compreensão da proposta, muito relevante, por se tratar de estudo que envolve a prática clínica em CAPS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos estão bem descritos, tanto o objetivo geral quanto específico.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos pois a única pessoa envolvida é a própria pesquisadora que trabalhará com análise de documentos sobre sua questão, qual seja, do envolvimento entre psicanálise e prática clínica no CAPS em adultos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante e pertinente, que fará um estado da arte sobre os materiais produzidos na interface psicanálise e CAPS.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão adquadamente apresentados.

#### **Recomendações:**

Há, por parte da pesquisadora, um conhecimento dos parâmetros da ética na pesquisa que

**Endereço:** Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 05.508-030

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3091-4182

**E-mail:** cep@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 532.961

também se aplica ao estudos de bibliografia e artigos sobre a temática, ou seja, de promover uma análise justa e rigorosa dos materiais coletados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO PAULO, 18 de Fevereiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-4162 **E-mail:** cep@usp.br