

## Uma discussão psicanalítica sobre o cuidado na atenção psicossocial

### Resumo

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. **Leonardo Boff***

### Introdução

Sabemos que a loucura e seus estigmas estiveram sempre presentes na sociedade, ora como divindade, ora como bruxaria, até ser enquadrada na nosologia psiquiátrica como psicopatologia, no século XIX (FOUCAULT, 1997; AMARANTE, 2007). Hoje, compreendemos que a Saúde Mental contextualiza um cenário epistemologicamente heterogêneo e difuso e, por isso mesmo, complexo no que concerne seu estudo e prática. Ao romper com o paradigma da psiquiatria clássica, com a dicotomia tradicional entre mente-corpo, orgânico-psíquico, coletivo-particular, a reforma psiquiátrica inaugurou a possibilidade do diálogo entre diferentes saberes para sua consolidação no que se convencionou reconhecer no Brasil como campo da atenção psicossocial. Dentre esses saberes, a psicanálise é mais um, dentre tantos, a trazer uma contribuição possível para o cuidado praticado nesse campo.

Com a criação de um Sistema Público de Saúde, resultado de décadas de luta do Movimento de Reforma Sanitária, possibilitou-se uma modificação na lógica do sistema de saúde no país, o qual passou a adotar um conceito ampliado em saúde, com a garantia do acesso universal, igualitário e descentralizado, sustentado por importantes políticas públicas de saúde e de saúde mental. De fato, esse movimento foi imprescindível para engendrar o conceito de rede em saúde mental, hoje conhecido como RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), convocando a sociedade a se deparar com o que por anos foi tamponado em instituições de caráter asilar: a marca da diferença.

Com a perspectiva da saúde pautada na integralidade, o campo da saúde mental visa atender os usuários apoiando suas atividades na RAPS, na qual os serviços se articulam e se responsabilizam horizontalmente pelo cuidado aos usuários, introduzindo-os nos diversos tipos de serviços, de acordo com a singularidade e a necessidade de cada caso. Em nosso cenário contemporâneo brasileiro, o psicanalista que trabalha no sistema único de Saúde (SUS) entra no contexto da abordagem multiprofissional, dos embates político-institucionais, da intersetorialidade, enfim, no contexto de um campo que pode ainda perpassar diferentes dispositivos como Urgência e Emergência; Atenção Básica; NASF; leitos hospitalares, Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, etc.

Pensamos ser aqui um espaço proveitoso para demarcar a psicanálise como Freud (1922[1923]) a desenhou: um método de tratamento, de investigação do funcionamento inconsciente que redireciona o sujeito ao seu desejo, possibilitando o mesmo a colocar palavras no sofrimento naquilo que o torna único, seu sintoma. Será pela via do sintoma enquanto singularidade do sujeito, não enquanto doença ou déficit neuroquímico, que o analista exercerá o seu ofício. No curso do movimento psicanalítico ampliou-se o leque de ações abarcando casos para além das neuroses de transferência, algo com o que se depara cotidianamente nos dispositivos de saúde mental. Apostamos assim que há possibilidade de comunicação entre psicanálise, cuidado e atenção psicossocial, sendo o desafio justamente sedimentar um cuidado em rede, potente, fazendo rizoma com a cultura territorial em que o sujeito habita.

### **O cuidado na RAPS: uma facilitação**

Evidenciamos com frequência na RAPS casos de difícil manejo clínico como *borderlines*, depressões graves, anorexias, tentativas de autoextermínio etc. São casos clínicos que em geral estão associados a falhas graves dos primeiros cuidados ambientais tendo consequências no processo de constituição subjetiva. As falhas do ambiente, quando não suficientemente bom, podem levar o indivíduo a vivenciar experiências traumáticas que acarretam reações conduzindo-o à interrupção do sentimento de continuidade da existência e do próprio estabelecimento do *self*. Em decorrência, podem despertar a insegurança em relação ao meio, bem como ansiedades muitíssimo primitivas (WINNICOTT, 1964).

Winnicott, pediatra e importante psicanalista para o movimento psicanalítico nos ajuda a refletir sobre o campo da *saúde* mental por um panorama mais sensível, que dê conta do humano e sua resiliência para com a vida, atrelada a uma criatividade que, vinculada a um ambiente suficientemente bom, possa florir para um existir autônomo e mais integrado ao *self* verdadeiro. Ele é um dos grandes precursores em teorizar sobre a

constituição do psiquismo humano em termos de desenvolvimento emocional primitivo no âmbito de cuidados recebidos em um ambiente facilitador.

Como afirma Coutinho (102:1997):

Ao definir um ambiente facilitador, Winnicott definia também a imagem corporal, a relação do sujeito com o próprio corpo, a relação com o corpo do outro, com o mundo etc. O ambiente facilitador e a mãe suficientemente boa acompanham o ser humano (em seu interior, em volta de si mesmo e entre ele e ou outro) durante toda a vida. (COUTINHO, 1997, p.102)

Cabe então um questionamento com relação às práticas nos dispositivos da RAPS: de que forma nossas práticas em saúde mental são promotoras de processos de autonomia e criatividade aos usuários assistidos? Essa reflexão nos ajuda a pensar com Winnicott sobre o papel do ambiente facilitador assim como uma problematização da autonomia em termos de dependência\independência: “A independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes” (WINNICOTT, [1983] 2007, p. 80).

A saúde, enquanto conceito ampliado refere-se à capacidade do sujeito ser resiliente perante as intercorrências que a vida constantemente lhe convoca: “Numa instituição devemos estar atentos às invenções dos sujeitos. Estamos ali não para criar para ele, mas para dizer sim as suas invenções, para testemunhá-las apenas em alguns casos (...) é preciso inventar uma instituição que acolha as invenções do sujeito” (ABREU, p. 78, 2008).

Nesse sentido, o conceito de ambiente facilitador nos leva à contribuição de Winnicott sobre *holding*. “(...) o termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Em outras palavras, se refere à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado” (Winnicott, 1960b: 44). É com Winnicott (1960b: 48) que entendemos o *holding* ser aquilo que protege da agressão do ambiente que “leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade)”. Portanto, em se tratando do *holding*, percebemos que é nesse percurso inicial do desenvolvimento do bebê que a formação psíquica emerge, garantindo o sentimento de confiança em si mesmo, propiciando o berço do verdadeiro *self* (COUTINHO, 1997).

Onocko (2014), comentando Winnicott, nos auxilia a pensar sobre a importância do *holding* nos dispositivos de saúde que compõem a RAPS. Os profissionais da saúde mental devem se atentar ao ambiente que circunda o cuidado ao usuário na rede, se está sendo provedor, continente ou ao contrário, catalizador para as crises. Muitas vezes a equipe acaba sendo sufocada pelas burocracias do trabalho, estressada com a alta demanda a ser atendida etc. Padronizar o sofrimento pode ser de forma inconsciente, a saída que a equipe encontrou para lidar com todos os difíceis casos atendidos. Tudo deve passar pelo papel e caneta. A escuta, fator fundamental para um bom atendimento pode não ter lugar, pois o tempo é curto, demanda atenção redobrada ao que é dito. Esse modo cristalizado de se fazer uma dita “clínica ampliada” congela não só o fazer cotidiano da equipe como também a forma de atender os usuários e tudo que compete ao campo da saúde mental, ficando à mercê de rotinas sem criação. “Deveríamos criar uma rede de sustentação, de suporte, na qual os pacientes possam experimentar, de novo, suas transferências maciças, com resultados diferentes. Mas destacamos que, para isso, a própria equipe deve ter suporte, *holding* (Winnicott, 1999)” (ONOCKO, p.114, 2014).

É fundamental nesse sentido que a equipe tenha um espaço de fala e reorganizações psíquicas, uma vez que não é possível discutir ou conduzir um caso clínico sem pôr em análise o funcionamento da equipe, para o que é imprescindível muitas vezes uma ajuda externa:

O papel de suporte (*holding*) necessário precisa, muitas vezes e durante algum tempo, de alguém que o desempenhe. Uma vez desencadeado o processo, o próprio grupo pode constituir-se nesse suporte. No entanto, inicialmente e com frequência, uma ajuda externa ao grupo será fundamental para a criação desse espaço protegido. Cada organização poderá resolver segundo suas possibilidades quem desempenhe esse papel. Um supervisor institucional, um assessor, ou até mesmo um gerente ou coordenador de outro grupo, segundo o caso. O importante será a postura dessa figura (Onocko, p.63:64, 2014).

Trata-se de pensar em um ambiente facilitador para a equipe de modo que também ela consiga ser facilitadora no cuidado ao usuário. Ao nos depararmos com a lógica de cuidado na atenção psicossocial, precisamos manter sempre viva a reflexão quanto a estarmos conseguindo propiciar um ambiente suficientemente bom para os usuários. A terapêutica, a forma de atender quem demanda ser escutado, e mesmo quem

não demanda, é um espaço que oferece *holding* possibilitando a integração (cf. WINNICOTT, 1960a)? Ou ao contrário, é iatrogênica ao burocratizar a subjetividade em tecnologias duras como inúmeras técnicas protocolares?

O trabalho terapêutico, como aponta Silva (2017:148) baseia-se “não em prevenir os riscos ou evitar crises ou recidivas, mas em oferecer o ambiente que facilita a liberdade a partir do que é próprio nas tendências do paciente, sejam elas regressivas, na crise, ou progressivas, em um retorno à linha da continuidade do ser”. E será essa questão do ambiente um importante balizador para uma clínica suficientemente boa (WINNICOTT, 1945).

Sendo assim, o cuidado na atenção psicossocial pautado em facilitação do ambiente, tal como recolhemos no pensamento winnicottiano, é fundamental tanto ao usuário como ao profissional. De outro modo, "o acolhimento, a promoção da autonomia, da cidadania e da reinserção social tendem a permanecer no plano do discurso e, na prática, seguimos realizando inocuidades, ou o que é pior: iatrogenias." (Bellenzani; Coutinho & Chaveito, 2014, p. 7).

Além de Winnicott, a contribuição de Bion sobre a continência e *rêverie* também nos ajuda a refletir sobre o cuidado na atenção psicossocial. Estes são aspectos fundamentais para que o ego auxiliar materno se adapte ao movimento e anseios primitivos da criança, fomentando assim um aparelho próprio para pensar, metabolizar e simbolizar as suas experiências:

“Função alfa” é a designação mais abstrata da *rêverie*, capaz de atribuir sentido às emoções, pela figura e pela palavra. O afeto bruto, sem rosto e sem voz, torna-se muito ameaçador; uma pura quantidade de energia que ameaça dilacerar e transbordar o corpo. Emoções indizíveis e insuportáveis foram chamadas, por Bion, de “elementos-beta”, passando a ser “elementos-alfa” quando se tornam figuráveis e podem formar pensamentos oníricos, sonhos, mitos e teorias sexuais infantis. Progredindo o trabalho da função alfa, sonhos e mitos tornam-se pré-concepções, concepções, pensamentos e até mesmo conceitos matemáticos abstratos. (Cintra, 2003, p.46)

Como bem lembra Bion (1962:36), é pela *rêverie* que os sentimentos caóticos que são difíceis de serem sentidos, pensados e ligados numa cadeia de pensamento em neuróticos ou psicóticos graves poderão, então, fornecer a base de continência, o colorir de uma vida autêntica:

O termo *Rêverie* pode ser aplicado a quase qualquer conteúdo. Desejo reserva-lo unicamente para os conteúdos associados com amor e ódio. Usando-o neste sentido restrito, *rêverie* é aquele estado psíquico aberto à recepção de quaisquer “objetos” do objeto amado e é portanto capaz de receber da criança identificações projetivas sentidas pela criança como sendo boas ou más. Em resumo, *rêverie* é um fator da função-alfa materna.

Na atenção psicossocial, a continência e a *rêverie* podem ser importantes conceitos a serem enlaçados, por exemplo, na construção, junto com o usuário do seu PTS (Projeto Terapêutico Singular) onde tanto o usuário quanto o técnico de referência do caso poderão opinar sobre o cuidado no tratamento. Quando isso não ocorre, facilmente o PTS acaba sendo mais uma burocracia que não se atenta para a singularidade do caso. Pacientes são colocados em oficinas terapêuticas sem que o profissional se atente a essencial questão: “*Para quê?*”. Os momentos de crise acabam irrompendo também no próprio serviço e o sujeito, objetificado, é realocado para um novo local temporário (SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica) que assegure o fim de sua perturbação mental. O profissional de saúde mental acaba muitas vezes não resistindo-sobrevivendo ao sintoma do sujeito e como resposta para a sua angústia desiste de ser o Técnico de Referência do caso. Percebemos então, que o cuidado ofertado por um ambiente suficientemente bom nesse contexto não tem sua devida atenção para assegurar que o sujeito vivencie suas experiências, inseguranças, medos, enfim, o seu ritmo.

### **Considerações finais**

Essas questões possibilitam repensar a nossa própria prática como psicanalista no campo da RAPS. Se anteriormente presenciava-se a tutela, exclusão social e imposição de regras de poder ao louco, hoje, pode-se garantir um cuidado mais potente do sujeito, apostando que pela ótica psicanalítica se institui a dimensão da singularidade sustentada numa perspectiva de *holding* e de *rêverie*. O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, numa Residência Terapêutica ou aos cuidados de quem puder assisti-lo. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania do sujeito, o respeito à sua singularidade e subjetividade, enquanto protagonista de sua própria vida.

É dessa forma que acreditamos fazer uma clínica possível sustentada pelo *holding* e também pela própria sensibilidade do analista. Kupermann, em seu livro *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica* (2008:122) nos alerta: “Diante de um analista insensível, só restará ao analisando o descrédito em relação à sua dor, configurando, por meio de uma espécie de anestesia mortífera, o derradeiro abandono-de-si”. Nesse sentido, a clínica psicanalítica na saúde mental deve também ser engendrada pelo acolhimento genuíno e continência das excitações somáticas que garante um espaço transicional, ou seja, intermediário, favorecendo o encontro pleno – não sem dissabores transferenciais e contratransferenciais – entre paciente e o profissional. Como afirma Cintra (2003:47) “analista e mãe precisam ter capacidade de separar-se da própria memória e do desejo para entrar no estado de espírito propício ao que vê do outro e, a partir desse impacto, criar imagens oníricas ou primeiros elementos na constituição do pensamento”.

Pensando na atuação do trabalhador na atenção psicossocial de modo que esteja em consonância com o que é preconizado pelas políticas públicas de saúde e de saúde mental, procuramos com esse trabalho enfatizar o cuidado no que venha a favorecer a construção de autonomia. Nosso papel deve ser o de agir como auxiliares nesse processo, e, na psicanálise, conceitos como o *holding* e *rêverie* podem ser importantes articuladores para se efetivar um cuidado.

## Referências

- ABREU, D. N. **A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental.** *Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, ano 8, N.1. P. 74-82, 1º Semestre de 2008.*
- ALVES, D. S.; SCHECHTMAN, A. **A organização da política de saúde mental.** In \_\_\_\_\_. *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 41-58, 2014.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007).
- BELLENZANI, R; COUTINHO, M. K. A. R. G; CHAVEIRO. M. M. R. S. **As práticas grupais em um caps: sua relevância e o risco de iatrogenias.**
- BION, W. (1962). **Learning from Experience.** New York: Jason Aronson.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. **Título VIII Da ordem Social – Capítulo II, Da Seguridade Social Seção II. Da Saúde**. Brasília.

\_\_\_\_\_. Congresso Federal. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990** (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências).

\_\_\_\_\_. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 de abril de 2001.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011.

CINTRA, E. M. U. **As funções anti-traumáticas do objeto primário: holding, continência e Rêverie**. Tempo psicanalítico, Rio de Janeiro, V.35, p.37-55, 2003.

COUTINHO, F. **O ambiente facilitador e a mãe suficientemente boa**. In\_. GUIMARÃES, M. A.; PODKAMENI, A. (orgs) Winnicott na PUC: 100 anos de um analista criativo. Rio de Janeiro: NAU, 1997.

FIGUEIREDO, A. C. **A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 7(1), 75- 86, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. Perspectiva. São Paulo, 1997.

FREUD, S. “**Dois verbetes de enciclopédia**”, (1923[1922]): v. XVIII p.253-274.



KUPERMANN, D. **Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor!** In: *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008, pp. 111-124.

ONOCKO, R. **Humano demasiado humano: uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar**. In: *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2014.

\_\_\_\_\_. **Clínica: a palavra negada (sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental)**. In: *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2014.

SILVA, H.C.S.R. **O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottiana**. (Tese de Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura/ UNB, Brasília, 2017.

WINNICOTT, D.W. **Desenvolvimento emocional primitivo**. (1945) In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 269-286.

\_\_\_\_\_. **O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê**. (1960a) In: \_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Teoria do relacionamento paterno-infantil**. (1960b) In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.38-54, 1983.

\_\_\_\_\_. **A mãe dedicada comum**. (1964) In: \_\_\_\_\_. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, p.1-12, 2006.

\_\_\_\_\_. **Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo** (1983). In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 79-87.