

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CAMPUS BAIXADA SANTISTA**

O CAPS COMO ESPAÇO POTENCIAL:  
diálogos com a teoria winnicottiana

ANDRÉ BRAZÃO DOS SANTOS

SANTOS/SP

2020

ANDRÉ BRAZÃO DOS SANTOS

O CAPS COMO ESPAÇO POTENCIAL:  
diálogos com a teoria winnicottiana

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de São Paulo – Campus  
Baixada Santista como requisito parcial para a  
obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Prof. Dr. Sidnei José Casetto

SANTOS/SP

2020

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B827c      Brazão dos Santos, André.  
            O CAPS como espaço potencial: diálogos com a  
teoria winnicottiana. / André Brazão dos Santos;  
Orientador Sidnei José Casetto; Coorientador . --  
Santos, 2021.  
            88 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Psicologia) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Espaço potencial. 2. CAPS. 3. Winnicott. 4.  
Saúde Mental. 5. Diálogo aberto. I. José Casetto,  
Sidnei , Orient. II. Título.

CDD 150

ANDRÉ BRAZÃO DOS SANTOS

O CAPS COMO ESPAÇO POTENCIAL:  
diálogos com a teoria winnicottiana

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de São Paulo – Campus  
Baixada Santista como requisito parcial para a  
obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira

---

Prof. Dr. Sidnei José Casetto

SANTOS/SP

2020

## AGRADECIMENTOS

*Eu gostaria de agradecer a Naiara (pô), minha namorada, por todo apoio e incentivo que me fez levantar toda vez que eu caí. Serei sempre grato por seu amor e companheirismo nesta batalha, este trabalho não teria acontecido sem você.*

*A minha irmã, por sempre sonhar junto comigo e me apresentar o mundo de uma forma mais criativa.*

*Ao meus pais, por sempre estarem ao meu lado, mesmo quando tinham dúvidas sobre o caminho que eu escolhi.*

*E ao mestre Sidnei, o meu grande exemplo e fonte de inspiração profissional, que com muita paciência, conseguiu me oferecer um ambiente suficientemente bom para que eu pudesse experienciar, criativamente, os caminhos complexos da pesquisa em psicologia.*

## EPÍGRAFE

*Se você só fizer o que sabe,  
nunca será mais do que é agora.*

**Mestre Shifu**

## RESUMO

Apoiada no movimento de redemocratização e da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica realizou uma profunda crítica ao paradigma psiquiátrico praticado no país. Com apoio de setores da sociedade brasileira, o movimento reformista se expandiu por meio do Movimento da Luta Antimanicomial, unindo profissionais e a comunidade na luta pela desinstitucionalização da loucura, derrubando as grades e reinserindo esses sujeitos na sociedade. À luz destes movimentos, constituiu-se o modelo antimanicomial e inclusivo praticado hoje no Sistema Único de Saúde (SUS), que dentro de serviços substitutivos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estabeleceram um território de promoção de Saúde Mental. Por seus objetivos e funções, vimos a possibilidade de relacionar o CAPS com o conceito de espaço potencial criado pelo psicanalista Donald Woods Winnicott, definido como uma área intermediária entre a realidade psíquica interna e a realidade compartilhada, na qual se pode ser criativo, ao invés de somente adaptado a ela. Neste trabalho, procuramos investigar se o funcionamento do CAPS, um dos pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e serviço fundamental da política de Saúde Mental no SUS, possui características de um espaço potencial no sentido winnicottiano. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa e se caracterizou por ser uma pesquisa em psicanálise, trabalhando com dados secundários, isto é, produzidos por outras pesquisas. Foram selecionados 14 trabalhos incluindo dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos científicos publicados em bibliotecas virtuais da saúde reconhecidas e nos acervos de universidades públicas renomadas, nos últimos dez anos, para buscar uma aproximação com a atualidade do serviço. Quanto à análise dos dados, procuramos detectar a presença de indicadores do espaço potencial, como o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos, em atividades ou aspectos do funcionamento do CAPS tais como o acolhimento, o dispositivo Técnico de Referência, a provisão ambiental e o suporte institucional. Ao final desta pesquisa, concluiu-se que há diversas dimensões ou aspectos do funcionamento do CAPS que mostram-se condizentes com o conceito de espaço potencial e outras/os que se afastam dele, sendo relevante discernir esta diferença.

Palavras-chave: espaço potencial, CAPS, Winnicott, Saúde Mental, diálogo aberto.

## ABSTRACT

Supported by the movement for redemocratization and health reform, the Psychiatric Reform considered a critical criticism of the psychiatric paradigm practiced in the country. With support from sectors of Brazilian society, the reform movement expanded through the Anti-Asylum Fight Movement, uniting professionals and the community in the struggle to deinstitutionalize madness, dropping it as notes and reinserting these subjects in society. In the light of these movements, the anti-asylum and inclusive model practiced today in the Unified Health System (SUS) was created, which within substitute services, such as the Psychosocial Care Center (CAPS), established a territory for the promotion of Mental Health. For its objectives and functions, we saw the possibility of relating the CAPS with the concept of potential space created by the psychoanalyst Donald Woods Winnicott, defined as an intermediate area between the internal psychic reality and the shared reality, in which one can be creative, as a whole only adapted to it. In this work, we seek to investigate whether the functioning of CAPS, one of the strategic attention points of the Psychosocial Care Network (RAPS) and a fundamental service of the Mental Health policy in SUS, has characteristics of a potential space in the Winnicottian sense. A research adopted a qualitative approach and was characterized by being a research in psychoanalysis, working with secondary data, that is, looking for other research. 14 works were selected, including master's dissertations, doctoral theses and scientific articles published in recognized virtual health libraries and in the collections of renowned public universities, in the last ten years, to seek an approximation with the current service. As for data analysis, we seek to detect the presence of potential space indicators, such as the holding, manipulation and presentation of objects, in activities or aspects of the CAPS functioning such as reception, technical reference device, environmental provision and institutional support. At the end of this research, it is fantasized that there are several dimensions or aspects of the functioning of the CAPS that are consistent with the concept of potential space and others / those that depart from it, and it is relevant to discern this difference.

Keywords: potential space, CAPS, Winnicott, Mental Health, open dialogue.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1. O contexto histórico da política de saúde pública	10
1.2. A rede de atenção em Saúde Mental	14
1.3. O Diálogo Aberto	16
1.4. Espaço Potencial	20
1.5. As possíveis características de um espaço potencial	25
1.5.1. O holding e a referência	25
1.5.2. O handling no CAPS	27
1.5.3. O usuário: apresentando os objetos	28
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>31</b>
2.1. Objetivo geral	31
2.2. Objetivos específicos	31
<b>3. MÉTODO</b>	<b>32</b>
3.1. Abordagem e tipo de pesquisa	32
3.2. Procedimentos	32
3.3. Análise de dados	34
<b>4. ANÁLISE DOS DADOS/ DISCUSSÃO</b>	<b>35</b>
4.1 Holding	35
4.1.1. O acolhimento	35
4.1.2. Dispositivo Técnico de Referência	39
4.1.3. Os limites na relação técnico-usuário	43
4.1.4. Holding Institucional	47
4.1.5. Holding Familiar	51
<b>4.2. Handling</b>	<b>54</b>
4.2.1. Ambiência, maternagem e confiança	54
4.2.2. A permanência no espaço	60

4.2.3. A questão da agressividade	63
4.2.4. Paradoxo presença ausência no manejo do Profissional	68
<b>4.3. Apresentação de objetos</b>	<b>72</b>
4.3.1. Relação objetal com o outro: a terapêutica na identificação	72
4.3.2. A agressividade dentro da unidade: o potencial terapêutico do objeto que sobrevive	74
4.3.3. O uso do AT como um fenômeno transicional	77
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>81</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>86</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. O contexto histórico da política de saúde pública

A atual política de Saúde Mental operante no território brasileiro tem relação direta com um momento histórico marcado por três movimentos: a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o Movimento Social da Luta Antimanicomial. Esse triângulo estabeleceu um ambiente fecundo para a reflexão, em uma sociedade que vivia a transição do Estado de exceção da ditadura para a reforma democrática. Pensamento crítico, igualdade de direitos, equidade, essas três ideias se destacam no processo de democratização da saúde, idealizado e oficializado com a instituição da Lei n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE & NUNES, 2018).

Considerar o momento socio-histórico do país é imprescindível para se entender como um projeto de acesso universal e integralizado aos serviços de saúde pôde deixar o terreno da utopia e iniciar a sua transição para a realidade. A Reforma Sanitária Brasileira (RBS) se trata de um longo processo de ativismo político que se iniciou ainda no período ditatorial e que ganhou protagonismo no plano de governo da Aliança Democrática (Tancredo Neves/José Sarney). A promulgação da nova Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 representou uma vitória da Reforma Sanitária, que teve muitas de suas proposições presentes no texto final da constituinte (PAIM, 2008).

Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (FLEURY, 1997). A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (PAIM, 2008, p.28).

O SUS marca uma nova forma de pensar saúde; seus princípios e diretrizes mostram que saúde e cidadania são indissociáveis. Ao menos até 2018, o Ministério da Saúde

preconizava que o desafio da atenção na Saúde Mental estava em consolidar um modelo de atenção de portas abertas e de base comunitária, com objetivo de acolher e tratar o sujeito em sofrimento mental grave. “O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade” (BRASIL, 2013). Neste sentido, segundo AMARANTE e TORRE (2018), o afastamento terapêutico praticado no modelo asilar, que colocava a loucura como objeto de isolamento e observação hospitalar, deve ser superado. “A produção de saúde e a construção de projetos de vida centram-se sobre a reinscrição da loucura na cidade, isto é, a inserção do “usuário” dos serviços de Saúde Mental na vida da cidade e sua reprodução social” (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1097). Em outras palavras, a redemocratização, a Reforma Sanitária e a criação de um Sistema Único de Saúde fortalecem as linhas de forças que se levantavam em busca de um pensar e um fazer mais humanitário para aqueles em sofrimento mental grave.

Em paralelo à reforma sanitária, a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, é considerado o primeiro coletivo formado pelo corpo psiquiátrico para reformular o modo de fazer em Saúde Mental (AMARANTE & NUNES, 2018). Após movimentações por todo o Brasil, a Reforma Psiquiátrica, “[...] um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado” (BRASIL, 2015, p. 23) passa a receber apoio e perspectiva de repercussão e ação em seu processo. Contudo, fazer frente a uma forma de linguagem classificatória e de viés laboratorial que excluía e isolava a loucura desde o final do século XVIII com a fundação do modelo manicomial (AMARANTE & TORRE, 2018), mostrou ser um longo processo.

Com o início do século XIX veio a consolidação do saber médico sobre as outras formas de pensar a saúde e a sociedade. Na Saúde Mental “[...] um duplo processo de isolamento toma corpo com o desenvolvimento dos saberes da medicina mental (que se desdobram na clínica psiquiátrica) e das instituições manicomiais: “isolar para conhecer” e “isolar para tratar” (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1091). Isolar, observar, compreender, esse modelo de racionalidade científica promoveu a alienação do louco de si mesmo, da cidade e do pacto social, um ato de violência que provavelmente nunca conseguirá ser quantificado, mas que precisa ser sempre lembrado.

Os processos de dessubjetivação, des-historização e perda das redes de relações, decorrentes da institucionalização dos sujeitos que sofrem, configuram uma

verdadeira máquina de desfiguração da subjetividade e das possibilidades expressivas e sensíveis, de modo que já não se originam comportamentos e sintomas que derivam da “doença mental” ou do quadro de crise psiquiátrica que leva à internação, mas sim são efeitos da institucionalização, por meio da “mortificação do eu” (Goffman, 1978) e da destruição da subjetividade, gerando o que Franco Basaglia chamou de “duplo da doença mental” (Basaglia, 2005) (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1094).

Redemocratização, direitos humanos, liberdade e uma sociedade agora sensibilizada com a violência das instituições manicomiais que surgiam na mídia liberta do regime ditatorial: esse foi o caldo social que permitiu à reforma ganhar corpo e voz para lutar. Desta forma, percebeu-se que tanto no campo da saúde coletiva quanto no da Saúde Mental, “a crítica ao paradigma biomédico tradicional é fundamental para uma politização das intervenções no SUS e a criação de políticas de saúde realmente inclusivas” (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1097). Portanto, coube à reforma psiquiátrica colocar em análise o fazer médico, buscando a desnaturalização de uma política de violência e alienação do sujeito.

[...] [o] processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem realizado uma profunda crítica do paradigma psiquiátrico e engendrado diversos processos de desmontagem manicomial (com a substituição do manicômio por redes de serviços de Saúde Mental e dispositivos e estratégias de atenção psicossocial), bem como tem promovido a cidadania e a invenção de formas inovadoras de inclusão social dos sujeitos em sofrimento mental. Fundamentalmente, se destacam a inclusão pelo trabalho (por exemplo, através da economia solidária e do cooperativismo social, e nos projetos de geração de renda e empreendedorismo no campo da Saúde Mental); e a inclusão pela cultura e pela arte (nos projetos e grupos artístico-culturais da reforma psiquiátrica, em diversas linguagens artísticas, na música, no teatro, no cinema e vídeo, na pintura, nos blocos carnavalescos, entre outras) (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1091-1092).

O II Congresso Nacional da Saúde Mental (CNSM) aconteceu na cidade de Bauru, em dezembro de 1987, evento que marcou a expansão do movimento reformista. Convocado pelo MTSM e com o apoio do Secretário de Saúde de Bauru David Capistrano (cofundador do CEBES e da Revista Saúde em Debate), a reforma adquiriu conformação de luta, passou para a ordem do social, moveu usuários, familiares e parte da sociedade com o objetivo de mudar “a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2013, p.23). Com o lema “uma sociedade sem manicômios”, o encontro marca a constituição do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que leva o campo da Saúde Mental “a praticar uma radicalidade da proposta de participação social, muito além do

formalmente previsto na legislação do SUS, acerca da participação dos usuários pela Lei 8.080/9014” (AMARANTE & NUNES, 2018, p. 2069).

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas (AMARANTE & NUNES, 2018, p. 2069).

Dois anos após o II CNSM, na cidade de Santos aconteceu a intervenção da Casa de Saúde Anchieta no dia 03 de maio de 1989, símbolo emblemático da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE & TORRE, 2018). Segundo Kinoshita (2009), médico psiquiatra que fez parte do grupo de profissionais que intervieram na instituição, a periculosidade do sujeito internalizado era o preceito que norteava as práticas dentro do ambiente manicomial, servindo de origem para a elaboração de qualquer forma de intervenção dentro desse território.

Em um espaço hostil a qualquer forma de questionamento, “era prioritário desencadear um processo de discussão com vistas à desmistificação da periculosidade presumida aos loucos” (KINOSHITA, 2009, p. 6). Em outras palavras, foi preciso questionar a rede de forças que davam amarração e sustentavam esse modelo de atendimento em saúde marginalizante e desumano àqueles afetados pelas diversas dimensões desse jogo de poder.

Se o conhecimento sobre a loucura autoriza certo poder, a ignorância e o medo justificam um outro tanto: no cotidiano da instituição a periculosidade presumida assume as mais diversas formas de racionalização técnico-científica, gerando os contornos das normas mais bizarras, que tem por efeito a absoluta objetificação dos pacientes, transformados em coisas incompreensíveis a serem temidas e rechaçadas (KINOSHITA, 2009, p. 5).

Fortemente influenciado pela concepção revolucionária da reforma psiquiátrica italiana, o início da reestruturação do sistema de Saúde Mental de Santos foi fomentado na compreensão das ideias desinstitucionalizantes do psiquiatra italiano Franco Basaglia (KINOSHITA, 2009). A experiência de Trieste inspirou os profissionais da saúde a lutarem por uma nova forma de lidar com o sofrimento mental, derrubando as grades, reinserindo esses sujeitos na sociedade e atuando dentro da cidade.

Se o manicômio é o lugar zero das trocas sociais, a cidade é o lugar infinito das trocas sociais, e essa é uma das questões essenciais que estão em jogo nas diversas inovações da reforma psiquiátrica no Brasil, especialmente as formas inovadoras de inclusão social e cultural que vêm sendo construídas nos processos de transformação no campo da Saúde Mental nas últimas décadas (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1096).

A estruturação de um novo modelo de atenção na Saúde Mental passa da utopia para uma realidade concreta e complexa de ser implementada diante do enraizamento do pensamento manicomial. Neste sentido, os movimentos reformatórios partem da premissa de que o serviço não pode ser constituído como forma de uma resposta concreta à realidade que os cerca, mas sim que “[...] as respostas correspondentes à realidade deveriam ao mesmo tempo transcendê-la (através do elemento utópico), tentando transformá-la” (BASAGLIA, 2005, p. 228).

A utopia só pode existir no momento em que o homem tiver conseguido libertar-se da escravidão da ideologia, de modo a exprimir as próprias necessidades numa realidade que, por isso mesmo, se revele constantemente contraditória e de natureza tal a conter os elementos que permitam superá-la e transformá-la. Só então se poderá falar de realidade como o “verdadeiro na prática” e de utopia como o elemento prefigurativo da possibilidade de uma transformação real desse “verdadeiro na prática” (BASAGLIA, 2005, p. 227).

## 1.2. A rede de atenção em Saúde Mental

No percurso para a realização deste novo modelo de atenção, nascem serviços substitutivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecendo espaços para a promoção da Saúde Mental. O CAPS é o produto desse movimento que busca promover qualidade de vida e respeito aos direitos humanos de pessoas em sofrimento ou transtorno mental grave. Aliás, tornou-se uma política nacional de saúde em consolidação, que concretiza as ideias da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, investindo em um serviço de caráter aberto e comunitário, com uma atenção humanizada e centrada na pessoa. No combate ao estigma e ao preconceito, o serviço tem como base pensar o território, a comunidade e a rede social dos usuários (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, que, por meio do Ministério da Saúde, tem como proposta assegurar a livre circulação das pessoas portadoras de sofrimento mental grave pelo serviço, e principalmente, pelo território. Na gestão prática dessas políticas, a RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, estabelece os pontos de atenção no território como forma de articular ações e serviços de saúde em níveis de complexidade diferenciados.

A RAPS está presente na atenção básica por meio das Unidades Básicas de Saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, do Consultório de Rua, do apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e dos Centros de Convivência e Cultura. Esses pontos se estendem por todo o território nacional e acontecem nos municípios, integrando a rede ao Sistema Único de Saúde. Ademais, está presente em outros pontos de atenção como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, na Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa) e nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (BRASIL, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) teve uma expansão notável no país, com a constituição de mais de 2.200 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), em todas as regiões, e também de Residências Terapêuticas, Cooperativas de Trabalho e Economia Solidária, Centros de Convivência e Cultura, apoio matricial na Atenção Básica, Unidades de Acolhimento, equipes de Consultório na Rua, entre os principais dispositivos substitutivos (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1103).

Em um serviço de alta complexidade como o CAPS, o Ministério da Saúde idealiza que os profissionais devem atuar como interlocutores do sujeito que sofre, por meio de uma escuta atenta, de intervenções que possibilitem suporte emocional, espaço para o fomento de novas ferramentas e estratégias de como lidar com a dor. Ativo na formação do vínculo, o acolhimento protagoniza o contato inicial, oferece a possibilidade ao profissional de apresentar um ambiente de qualidade, seguro para aquele sujeito em um momento de crise. Empático, deve reconhecer as demandas do usuário, ofertar suporte, mas principalmente, permitir e promover espaços de autonomia do indivíduo nesse projeto compartilhado de cuidado (BRASIL, 2013).

Atualmente, os serviços realizam um grande esforço para alcançar o que foi idealizado pelo Movimento da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, como forma de



sustentar os ideais preconizados pelo SUS. A realidade dos serviços mostra que ainda há reflexões a serem feitas sobre o modelo de atenção. Perante a dificuldade política e econômica no cenário atual brasileiro, a ausência de apoio técnico, financeiro e um suporte psicológico aos profissionais que se ocupam do cuidado, configura-se um novo desafio à Saúde Mental.

O financiamento torna-se um desafio crucial, especialmente por conta das decisões do novo governo brasileiro, congelando por 20 anos os gastos com saúde e outras políticas sociais, e das recentes normativas do Ministério da Saúde que redirecionam os recursos financeiros para os hospitais e comunidades terapêuticas. No período estudado, a mudança dos recursos financeiros, do componente hospitalar para as ações comunitárias, foi uma característica estrutural marcante e decisiva do processo brasileiro de reforma psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS et al. 2018, p.5).

Dentro dos atuais modelos de atenção, Emerich e Onocko-Campos (2019) discutem que a possibilidade de um abandono institucional e a falta de formação técnica produzem “atitudes entre a onipotência de tudo controlar e a impotência de nada conseguir fazer, e a intensa responsabilização dos profissionais pelo projeto terapêutico de usuários para os quais exercem a função de referência” (EMERICH & ONOCKO-CAMPOS, 2019, p.9). O sofrimento no campo da Saúde Mental parece absorver o corpo técnico diante da dificuldade de responder do lugar de quem é responsável pelo cuidado.

O desenho histórico e da prática feito até aqui sustenta uma percepção de que o movimento pela luta antimanicomial está em trânsito; que, apesar da alta complexidade estrutural das RAPS, o sistema atual se faz caminho e não destino das reformas. Nesta lógica, se faz fundamental olhar para o campo da Saúde Mental e entender o que há no horizonte de um fazer tão complexo e caro a aqueles que o escolheram.

### 1.3. O Diálogo Aberto

Um outro movimento iniciado na década de 1990, contemporâneo à Reforma Psiquiátrica e ao MLA, oferece oportunidades de interlocução com a experiência brasileira. Em uma nação da distante Península Escandinava, norte da Europa, o campo da Saúde Mental avançou em uma estruturação de serviço diferenciada, diante de uma cultura e de uma sociedade muito distinta da nossa. Contudo, esse método criado na Finlândia e baseado no diálogo nos oferece proximidades e diferenças, ricos fragmentos da experiência de um modelo de atenção que alcançou sucesso e tem inspirado novas ações.

O Diálogo Aberto (DA) é um método desenvolvido pelo psicólogo Jaakko Seikkula e sua equipe no início da década de 1980, na região da Lapônia, para o enfrentamento da crise psicótica. Em um espaço de discursos polifônicos, a filosofia da proposta consiste em desenvolver as “[...] relações entre as pessoas que estão enfrentando problemas, a família e a rede social envolvida e a oferta de apoio à pessoa em casa, em vez de instituições ou locais de reabilitação” (KANTORSKI & CARDANO, 2017, p. 25). Desta forma, influenciado pela filosofia bakhtiniana e a pela terapia familiar sistêmica, o DA é baseado em sete princípios: ‘ajuda imediata’ por meio de uma equipe de atenção à crise nas primeiras 24 horas, ‘inclusão da rede social do usuário’ em todas as decisões, ‘flexibilidade’ ao garantir a adaptação do tratamento às necessidades específicas do caso, ‘responsabilidade’ do técnico que acolheu o sujeito, ‘tolerância à incerteza’ como esforço para evitar decisões precipitadas, ‘continuidade psicológica’ e o ‘dialogismo’, foco do tratamento composto por doze elementos fundamentais para fortalecer o diálogo entre as pessoas (KANTORSKI & CARDANO, 2017):

Para o desenvolvimento da prática dialógica, são elencados doze elementos-chave tomados enquanto critérios de fidelidade para que se efetive o Diálogo Aberto: participação de dois (ou mais) terapeutas na reunião; envolvimento da família e rede social; usar perguntas abertas; responder às coisas ditas pelo paciente; enfatizar o momento; solicitar múltiplos pontos de vista; usar o foco relacional no diálogo; responder aos problemas dialógicos e comportamentais com um estilo concreto e atento aos significados; enfatizar as palavras usadas pelo paciente e sua história, não os sintomas; a conversa entre profissionais (reflexões) deve ocorrer nas reuniões de tratamento; ser transparente; tolerar a incerteza (KANTORSKI & CARDANO, 2017, p.27).

As aproximações com o modelo brasileiro se fazem presentes na defesa da autonomia, no fortalecimento da rede de apoio e pela manutenção do sujeito em sociedade, cerne do movimento da luta antimanicomial, como Kinoshita (2009) e Amarante e Torre (2018) destacam. Pelos esclarecimentos de Kantorski & Cardano (2017), percebemos um modelo que acolhe a demanda psicótica, principalmente a de sujeitos que desencadearam a primeira crise, com uma atenção imediata, descentralizada e democrática, assim como o nosso Sistema Único de Saúde preconiza. Entretanto, é nas diferenças que encontraremos um espaço para expandir a discussão.

O conceito de “ajuda imediata” tem uma certa semelhança com o nosso acolhimento, mas difere naquilo que entendo o mais fundamental da abordagem, a promoção do diálogo

entre o sujeito e o seu ambiente. Nas primeiras “24 horas após o primeiro contato, preferencialmente no domicílio do usuário, com o objetivo de prevenir a hospitalização” (KANTORSKI & CARDANO, 2017, p. 24), a equipe de atenção se insere na rede social do paciente, trabalhando ativamente no território adoecido. Trata-se de movimento feito em direção à restituição do diálogo, uma vez que a “abordagem dialógica visa a um processo em que o paciente começa a desempenhar um papel mais importante na determinação de como proceder” (KANTORSKI & CARDANO, 2017, p. 26). Desta forma, o olhar não se volta para a busca de um modelo ideal ou correto, mas sim, para o movimento de colocar o sujeito em posição de protagonismo no cuidado e proporcionar um viver mais criativo e potente.

No DA, a experiência da pessoa e sua linguagem são colocadas no centro das atenções, e as relações estabelecidas com a equipe terapêutica passam a ser horizontais e não hierárquicas. Isso se reflete na linguagem, que se torna “multivocal” (Seikkula, 2014). Assim, é neste espaço discursivo e polifônico, com expressão de todas as vozes, que as decisões terapêuticas tomam formas participativas (Bakhtin, 1997) (KANTORSKI et al. 2020, p.2)..

A ação de centralizar o cuidado no sujeito e do estabelecimento de relações horizontais entre a equipe terapêutica e a pessoa, como podemos observar no método, aparentemente, vai além da construção coletiva presente nas políticas de saúde do Sistema Único de Saúde. Na atenção psicossocial, a proposta da clínica ampliada em saúde, especificamente, propõe construir o cuidado a partir do sujeito, considerando o contexto e a necessidade daqueles que buscam esse campo da atenção. Nesta perspectiva, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dispositivo fundamental, uma vez que opera o atendimento “de maneira a deslocar-se do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto em que estes aparecem” (BRASIL, 2013, p.55), com uma visão ampliada do caso. Todavia, parece um pouco distante de estabelecer diálogo horizontal, como o método finlandês sugere fazer.

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007). A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo (BRASIL, 2013, p.55).

O PTS consiste em um movimento de singularizar a atenção; contudo, nossos modelos sistêmicos parecem, de certa forma, padecer de um olhar hierárquico, estabelecendo a

terapêutica para o usuário, ao invés de descobri-la com ele. Assim, esta breve aproximação com a técnica do diálogo aberto ilumina o que parece ser uma não assunção deste princípio da horizontalidade no trabalho em saúde.

[...] no campo da saúde coletiva, a crítica ao paradigma biomédico tradicional é fundamental para uma politização das intervenções no SUS e a criação de políticas de saúde realmente inclusivas. Daí a necessária diferenciação também entre o que é participação popular e controle social no SUS, por um lado, e a mera introdução de reordenações do modelo assistencial num sentido burocrático e tecnicante, sem promover a horizontalidade de poder e o fortalecimento comunitário, por outro lado (AMARANTE & TORRE, 2018, p. 1097).

Central na reflexão entre esses dois universos distintos, ainda que portadores de tantas semelhanças, o modelo biomédico oferece um importante caminho para reflexão. No discurso da abordagem finlandesa, o diálogo rompe com a lógica psiquiátrica e medicamentosa, deixando esse recurso como acessório e reservado a casos muito críticos. O CAPS, por sua vez, ainda atua sob uma lógica psiquiátrica e medicamentosa, uma vez que boa parte dos usuários que entra no serviço passa por uma consulta com o médico psiquiatra da unidade, sendo comum a prescrição de medicamentos. Mesmo quando matriciados a Unidades Básicas de Saúde, em casos estabilizados, o processo medicamentoso é continuado.

A medicamentação na Saúde Mental, portanto, ainda é prática construída socialmente, a partir de significados e sentidos a ela atribuídos pela população usuária, familiares e profissionais de saúde. Apesar das transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, a resolubilidade do cuidado é remetida ao uso de medicamentos, inclusive por parte dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial. Há a premência de superar os modelos biomédico e manicomial, ainda inerentes às práticas de Saúde Mental (BEZERRA et al., 2014, p.71).

A perspectiva que sustenta o planejamento e as ações das duas frentes carrega em si as características das sociedades nas quais foram concebidas. Apesar das duas abordagens promoverem um olhar multidisciplinar e uma forma de agir mais acolhedora diante da loucura, o modelo biomédico impõe um distanciamento imenso na condução das políticas de saúde. Por permanecer profundamente ligado ao modelo biomédico, o modelo brasileiro, comparado à abordagem finlandesa, nos mostra uma necessidade de avançar, ou de no mínimo, experimentar um afastamento da cultura medicamentosa na Saúde Mental.

#### 1.4. Espaço Potencial

O desenho histórico da Saúde Mental no Brasil traz consigo a percepção de que o viver em sociedade requer de todos habilidades adaptativas - um aguçado entendimento diante do que sentimos em relação ao mundo e do que este demanda de nós mesmos. Psiquicamente, esses processos, um embate constante entre as demandas externas e o psiquismo de cada sujeito, nos oferecem duas grandes áreas de estudo, a subjetividade do Eu e a objetividade da realidade. A psicanálise, a psicologia e as ciências sociais, percorreram e construíram uma pluralidade de teorias e discursos ao redor do que há dentro ou fora do sujeito. Contudo, para o interesse deste trabalho, trago a perspectiva de um novo território, pensando não a partir dessa dicotomia, mas sim a partir da potência de um lugar que não está dentro, nem fora de nós, mas sim no entre, em uma terceira área do existir humano.

Donald Woods Winnicott, psicanalista inglês, trouxe em sua obra a importância de olharmos para o que o autor intitulou de fenômenos transicionais - eventos presentes na fase primordial do desenvolvimento humano que “pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência” (WINNICOTT, 1975, p.30) - eventos que pertencem a uma área intermediária da experiência. É nesta fase que, em dependência absoluta da pessoa que ocupa a figura materna, buscamos o uso da ilusão, nos possibilitando criar e acreditar que aquilo que criamos é real. Entretanto, real só consegue ser se aquele que ocupa a posição do cuidar oferecer a oportunidade para essa ilusão sustentar-se com sua presença (WINNICOTT, 1975).

Essa ilusão e a posterior desilusão ativamente coordenada por uma mãe suficientemente boa representam o movimento do bebê de um estado de fusão à mãe, a um estado da mãe como externa e separada. O primeiro momento representa a experiência da onipotência, um estado de soberania sobre o mundo recém conhecido, um realizar mágico, pois se o bebê “fantasia” o peito, a mãe responde ativamente e o peito ele tem. Em seguida, constitui-se a possibilidade de viver a experiência do fracassar diante das imposições que o mundo externo trará na sequência do viver humano. Entre esses dois estádios, com um manejo eficiente, nasce uma terceira área, nasce um espaço potencial (WINNICOTT, 1975).

Winnicott (1975, p.139-140, grifos do autor) entende que o “bebê tem experiências maximamente intensas *no espaço potencial existente entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido*, entre extensões do eu e o não-eu”. A formação de uma

personalidade integrada e a Saúde Mental do indivíduo, ao que parece, encontra sua base de origem no sucesso ou fracasso dos fenômenos transicionais, no surgimento ou não de uma confiança no relacionamento e no ambiente.

A confiança que surge de uma provisão ambiental suficientemente boa torna-se fundamental para o desenvolvimento da aptidão de lidar com os objetos reais e para desenvolver a criatividade. Por meio de adaptações bem sucedidas às necessidades do bebê, a sustentação materna permite ao indivíduo enfrentar o choque da perda da onipotência, rumo à independência, rumo ao encontro com outros objetos. O sucesso desta transição insere o sujeito no brincar e na experiência criativa. Nesse sentido, Winnicott (1975, p.80) entende que “é no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)”.

Por meio das experiências baseadas em um interjogo entre a onipotência dos processos intrapsíquicos e o controle que tem dos objetos reais, o bebê pode experimentar a brincadeira. Esse *playground* intermediário, esse espaço potencial entre a mãe e o bebê, é onde a magia nasce, a mágica ilusão da onipotência, uma magia que tem como origem um relacionamento digno de confiança, “necessariamente motivado pelo amor da mãe, ou pelo seu amor-ódio ou pela sua relação de objeto, não por formações reativas” (WINNICOTT, 1975, p. 71).

Essa segurança permite que a criança agora brinque sozinha, pois aquela pessoa que ela ama, mesmo temporariamente esquecida, sempre estará disponível para ser acionada. Assim, seguro diante de um ambiente digno de confiança, o brincar, que surgia da mãe, adaptado às atividades lúdicas do filho, agora pode ser sobreposto por uma nova forma de brincadeira, o próprio brincar do bebê. É por meio do brincar que o sujeito, em qualquer momento do desenvolvimento, pode ser criativo e vivenciar sua personalidade de forma integral. Somente via atividade criativa, física e mental, manifestada na brincadeira, se dá o caminho que leva à descoberta do eu (*self*) - uma somação de experiências que formam a base desse sentimento (WINNICOTT, 1975).

Essa experiência de uma personalidade integral torna-se então fundamental para um outro afeto essencial ao ser humano, o sentimento de que há razão para viver. Neste sentido, Winnicott (1975, p.95) argumenta que somente no brincar pode se experienciar o criar, um viver integral, uma vez que “é através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida”. A criatividade adquirida por

meio do brincar fornece ao bebê recursos nesta fase primitiva do desenvolvimento, permitindo ao sujeito se inserir no mundo dos objetos, lidar com a angústia da perda de sua onipotência e da formação de seu eu (*self*) integrado.

É com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área do fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos (WINNICOTT, 1975, p.93).

O ambiente e o cuidador, então, tornam-se fidedignos ao sujeito, e a confiança permite que a partir da credibilidade conquistada com o uso do suporte (*holding*), do manejo (*handling*), da apresentação de objetos e do espelhar, emergja um ambiente seguro para a espontaneidade. A criança pode olhar para mãe e ver a si mesma, fazendo uso desse espelho como forma de permitir acontecimentos, segura de que qualquer angústia cessará, evitando o sentimento de ameaça e a entrada em um processo de defesa psíquica (WINNICOTT, 1975).

É neste excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva do espaço potencial, que os fenômenos transicionais ocorrem e se constituem. Segundo Winnicott (1975), nós experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, em uma região intermediária entre a nossa realidade psíquica interna e a realidade compartilhada com o mundo externo a todos nós. Os objetos transicionais, por serem parte dos fenômenos transicionais, também ocorrem e se constituem no espaço potencial. Esses objetos apesar de estarem envolvidos no movimento de separação, ao mesmo tempo, oferecem o sentimento de união ao sujeito. Além disso, como Winnicott (1975, p.141) relata: “o lugar em que a experiência cultural se localiza está no *espaço potencial* existente entre o indivíduo e o meio ambiente (originalmente, o objeto)”, portanto, são os fenômenos transicionais que inserem o sujeito na experiência cultural.

A figura materna, até então fundida ao bebê, maneja suficientemente bem sua saída gradual, aos poucos diminuindo sua resposta à fantasia onipotente dele e resistindo à agressividade que surge no bebê diante de sua insatisfação. Aos poucos, a mãe deve sobreviver a esses ataques promovidos pelo bebê, uma vez que a ‘sobrevivência’ dela é que irá conferir valor a sua existência como um objeto externo, fora do controle onipotente (WINNICOTT, 1975).

Não há raiva na destruição do objeto a que se está referido, embora se possa dizer que exista alegria pela sobrevivência do mesmo. A partir desse momento, ou surgindo dessa fase, o objeto, na fantasia, está sempre sendo destruído. Essa qualidade de ‘estar sempre sendo destruído’, torna a realidade do objeto sobrevivente sentida como tal, fortalece o tom de sentimento e contribui para a constância objetal. O objeto, agora, pode ser usado (WINNICOTT, 1975, p.130).

Essa fantasia de que o objeto está sendo ‘destruído’ passa a ser essencial para que o sujeito tenha o sentimento de que o objeto é real. Devido ao sucesso de sua sobrevivência agora como objeto externo, o sujeito pode dar entrada ao mundo dos objetos; a realidade deixa de ser uma experiência subjetiva, processo fundamental para a manutenção da integralidade de sua personalidade.

Não se pode dizer que essa capacidade seja inata; tampouco seu desenvolvimento num indivíduo pode ser tomado como certo. O desenvolvimento da capacidade de usar um objeto constitui outro exemplo do processo de amadurecimento, como algo que depende de um meio ambiente propício (WINNICOTT, 1975, p.125).

Winnicott (1975) aponta que o uso do objeto tem função fundamental no desenvolvimento humano, pela concepção dos fenômenos transicionais. Para o bebê (se a mãe proporcionar as condições), todo o objeto é um objeto ‘descoberto’, parte do seu viver criativo, que fornece uma cadeia de significados para a experiência do existir. Contudo, um bebê que não obtém a oportunidade deste viver, não consegue construir uma área própria do brincar, fica privado da experiência cultural, podendo não criar vínculos com a herança cultural ou deixar suas próprias contribuições para o fundo cultural. O sujeito se torna incapaz de brincar, empobrecido culturalmente. “Em circunstâncias favoráveis, o espaço potencial se preenche com os produtos da própria imaginação criativa do bebê. Nas desfavoráveis, há ausência do uso criativo de objetos, ou esse uso é relativamente incerto” (WINNICOTT, 1975, p.141).

O fracasso da fidedignidade ambiental nos momentos mais primitivos do desenvolvimento pode produzir consequências perigosas no estabelecimento da personalidade do indivíduo. A percepção do mundo exterior de forma subjetiva, o enfraquecimento da capacidade de brincar ou criar, o estabelecimento de um trauma a partir da separação mal conduzida entre objetos, o manejo insuficientemente bom, interferem diretamente na Saúde Mental do sujeito e em sua contribuição para a cultura.



O comprometimento na transição deste estado de fundido à figura materna para algo que pode ajudar a produzir estruturas patológicas na personalidade do sujeito. Nesta perspectiva, subjetivamente invadidos pelo mundo externo, os portadores de esquizofrenia podem nos oferecer um exemplo do fracasso dessa área intermediária. Com o fator dissociativo como sintoma fundamental, essa classe de psicose traz sujeitos que alucinam diante da incapacidade de transitar entre o que é interno e aquilo que deveria se manter externo a ele.

As consequências dessa fragmentação da experiência, pode, portanto, inserir a insanidade da não possibilidade de poder prever o que esperar, pois “a loucura aqui, significa simplesmente uma ruptura do que possa significar, na ocasião, uma continuidade pessoal da existência” (WINNICOTT, 1975, p.136). O fracasso da provisão ambiental primária tem consequências diretas no modo como o sujeito se estrutura diante do mundo, visto que a falha insere o sujeito no traumático e na experiência da angústia constante de não conseguir confiar ou encontrar fidedignidade em suas relações objetais.

[...] Se a mãe ficar distante mais do x minutos, então a imago se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em x + y minutos. Em x + y minutos, o bebê não se alterou. Em x + y + z minutos, o bebê ficou traumatizado [...] O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura da continuidade da vida, de modo que as defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (WINNICOTT, 1975, p.135-136).

Sem desconsiderar outros fatores, a contribuição da teoria winnicottiana amplifica a questão da Saúde Mental para além da saúde, nos insere no complexo universo do viver. O próprio sucesso da experiência cultural, que se localizaria no espaço potencial existente em cada indivíduo, independente de sua condição diagnóstica, é entendida aqui como sendo estreitamente ligada à capacidade de viver criativamente. Desta forma, uma provisão ambiental estéril não afeta apenas a saúde, afeta o viver, empobrecendo a continuidade da experiência do indivíduo e restringindo suas possibilidades de produzir uma herança cultural significativa ao seu meio (WINNICOTT, 1975).

Para nós é de suma importância reconhecer abertamente que a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida. Os pacientes psicóticos que pairam permanentemente entre o viver e o não viver, forçam-nos a encarar esse problema,

problema que realmente é próprio, *não dos psiconeuróticos, mas de todos os seres humanos* (WINNICOTT, 1975, p.139).

O brincar, a criatividade e a experiência cultural, segundo Winnicott (1975), são características basilares da experiência contínua do viver humano. Expressas por meio de um espaço potencial constituído, formam uma malha psíquica capaz de conter a integralidade da personalidade e conduzir os sujeitos para um viver saudável.

Essa ideia nos permite amplificar as fronteiras do subjetivo e colocar o espaço potencial ao teste de realidades macroambientais, como o Centro de Atenção Psicossocial, referência no atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave. Em uma relação direta com a teoria winnicottiana e o manejo multiprofissional nesse serviço de saúde, torna-se interessante refletir sobre esse espaço de atenção. Sendo assim, quais qualidades particulares ao CAPS poderiam tornar este um espaço potencial?

#### 1.5. As possíveis características de um espaço potencial

A teoria winnicottiana nos oferece a oportunidade de refletir sobre o espaço potencial como um território intermediário onde se possa produzir Saúde Mental. A partir disto nos perguntamos se o CAPS apresenta características de um espaço potencial no sentido winnicottiano. Nesta direção, descrevo a seguir alguns atributos que entendo serem basilares para formação de espaço potencial, assim como trago hipóteses iniciais de interligações entre estes dois universos.

##### 1.5.1. O *holding* e a referência

O *holding* tem a característica de marcar a experiência do bebê com o sentimento de previsibilidade e estabilidade; um suporte físico e psíquico fundamental para esse processo de formação da personalidade. Em um movimento sutil e a longo prazo, a figura materna possibilita ao bebê que ele consiga enfrentar o mundo exterior, amparado pela relação de confiança que estabeleceu no momento de dependência com a mãe. Assim, a confiança permite que a experiência seja contínua, sem rupturas, afastando o bebê de uma vivência instável, marcada por rupturas que são capazes de desencadear angústias intensas em uma fase muito precoce do desenvolvimento.

Em uma relação direta com a sustentação - tradução mais comum do termo *holding* para o português - em uma unidade do CAPS, o acolhimento parece ser peça central na experiência do usuário. Ao chegar a uma unidade, acometido por um sofrimento grave, o sujeito confia o seu cuidado ao profissional que primeiro o encontra e que toma ciência de suas demandas. Esse é o primeiro contato, e portanto, a primeira oportunidade de estabelecer uma relação de confiança entre usuário e o CAPS, característica essencial para o surgimento de um espaço potencial.

Na organização do modelo de atendimento, cada unidade do CAPS tem a autonomia de gerir de que forma os casos serão divididos entre os técnicos, na escolha do profissional referência para cada paciente. Esta autonomia concedida ao serviço de saúde, torna-se fundamental para o cuidado e para a relação que o usuário constituirá com o serviço, uma vez que oferta a oportunidade de entregar a função de referência para um profissional mais alinhado às necessidades de cada caso, de acordo com os aspectos subjetivos e particulares de cada pessoa.

O dispositivo do técnico de referência é fundamental na organização do cuidado de casos complexos em Saúde Mental. Esta posição geralmente é assumida pelo trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento. O técnico de referência tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias (BRASIL, 2013, p.57).

Confiança, fidedignidade, estabilidade, continuidade: substantivos femininos que marcam o discurso winnicottiano sobre a figura materna. Nesse sentido, o bom manejo da referência na articulação do cuidado ao sujeito que transita entre o sofrimento agudo e o cotidiano, entre a dissociação e alguma integração, entre a alucinação e a realidade, situa o profissional referência ao estatuto de quem zela pela provisão ambiental do paciente. Esse *holding* estabelece para nós a primeira característica que pode sustentar a ideia do CAPS como um espaço potencial no sentido winnicottiano. Para além disso, esse acolhimento surge como uma oportunidade de se pensar não apenas no momento da chegada, mas sim, como um contínuo, um encontro que poderia favorecer a experiência da estabilidade, característica fundamental para a formação de um espaço potencial.

A partir daí, talvez seja possível perceber quão importante pode ser para o analista reconhecer a existência desse lugar, o único em que a brincadeira pode ser iniciada,

lugar este encontrado no momento de continuidade-contiguidade em que os fenômenos transicionais se originam (WINNICOTT, 1975, p.142).

Ao olharmos por um outro aspecto, a partir do profissional referência, surge uma pergunta: seria o Técnico de Referência (TR) capaz de estabelecer um *holding* suficientemente bom, se o mesmo não possuir a sua própria sustentação na instituição? Provavelmente, para o TR oferecer um espaço de confiança, este precisa usufruir da fidedignidade do seu próprio ambiente, uma sustentação que será fundamental nós encontramos para o objetivo deste trabalho.

### 1.5.2. O *handling* no CAPS

O Técnico de Referência e a equipe que asseguram o projeto terapêutico de um paciente são quem manejam (*handling*) o cuidado daquele sujeito marcado pelo sofrimento. Para isto, o diálogo com o ambiente se torna fundamental no manejo de um caso dentro do CAPS, seja com o ambiente interno, dos grupos e atividades diárias, seja com a realidade externa que atravessa a experiência de viver do paciente.

[...] a intervenção terapêutica deve dirigir-se não somente para o usuário, mas também para a produção de consensos possíveis entre as partes envolvidas, a partir do reconhecimento de interesses singulares. O profissional deve investir na mediação entre o usuário e seu conjunto de relações, visando à inclusão, à legitimação e à corresponsabilização dos envolvidos na produção de novas pactuações, ainda que provisórias. Reinstaurar o diálogo, coloca-se simultaneamente como objetivo e ação terapêutica (BRASIL, 2013, p.101).

O *handling* descrito por Winnicott, um contato pele a pele com o bebê que o ajuda a criar bordas entre seu corpo e o que há fora, parece ser possível de se ver na rotina de um CAPS. Ao lidar com os impasses que surgem da relação de convivência entre aqueles que habitam o espaço do CAPS (técnicos, equipe, usuário e familiares), ao escolher indicar um grupo ou convidar o usuário para uma oficina de desenho, o dispositivo Técnico de Referência provavelmente toca nas fronteiras da experiência entre o sujeito e o serviço, auxiliando-o a restaurar o viver criativo no tratamento. Manejar parece então fundamental para o espaço potencial que estamos procurando, pois pode oferecer instrumentos para restabelecer um viver criativo àquele que no momento está combalido pelo sofrimento.

Um bebê pode ser alimentado sem amor, mas um manejo desamoroso, ou impessoal, fracassam fazer o indivíduo uma criança humana nova e autônoma. Onde há confiança e

fidedignidade há também um espaço potencial, espaço que pode tornar-se uma área infinita de separação, e o bebê, a criança, o adolescente e o adulto podem preenchê-la criativamente com o brincar, que, com o tempo, se transforma na fruição da herança cultural (WINNICOTT, 1975, p.150).

Nesse serviço de Saúde Mental podem haver situações críticas, impasses entre colegas de equipes, conflitos entre os próprios usuários, entre outras dissidências características de um local marcado pelo sofrimento psíquico. Desta forma, o *handling* pode acontecer na escolha do técnico de promover uma ação em um determinado caso, e escolher apenas observar em outro momento, sempre buscando um algo melhor por meio do manejo da situação. Seja em relação à ampliação da autonomia, ou a preservação dos laços, este manejo está endereçado ao entendimento do que é melhor para cada usuário. Para tanto, a referência oferece ao usuário um olhar mais próximo, provavelmente mais íntimo com esta pessoa que está presente na rotina diária do profissional.

Essa possível necessidade do *handling* de ser pessoal e afetuoso no serviço, para se tornar suficientemente bom, como propõe a teoria winnicottiana do espaço potencial, inspira uma nova reflexão. Como grande parte dos usuários vivem em condições de alta vulnerabilidade, o espaço do CAPS se torna um espaço de convivência e não de passagem. Seja em regime de Hospital Dia (HD), participando de grupos terapêuticos ou passando por consultas, a presença dos usuários é diária e constante no serviço, proporcionando trocas profundas entre estes e os profissionais. Essa convivência envolve trocas afetivas e sensíveis, o que torna o *handling* implicado e complexo, em um contexto marcado por sofrimentos e abandonos afetivos por grande parte dos usuários. A partir disso, estabelece-se o desafio de lidar com os afetos emergentes nesta relação.

### 1.5.3. O usuário: apresentando os objetos

Um espaço potencial parece nascer de um ambiente, de uma sustentação e de um manejo suficientemente bom por parte da figura que sustenta a posição de dependência do bebê. O sucesso dessa provisão do bebê o insere no princípio da realidade e abre caminho para relações objetais saudáveis. Por meio de objetos, os fenômenos transicionais exercem uma função importante de continuidade da experiência, promovendo uma separação da

relação mãe-filho, permitindo que mãe e filho possam ressurgir como objetos distintos. Desta forma os objetos passam a existir, e existindo, o bebê pode fazer uso deles.

No caminho para pensarmos o CAPS como um ambiente propício, entendo ser necessário refletirmos se esse lugar, assim como um espaço potencial, possibilita ao usuário a oportunidade de desenvolver vínculo com o serviço e a capacidade de apresentar objetos derivados dessa relação. Nesse sentido, diversos recursos terapêuticos do CAPS e do território, como oficinas e grupos poderiam ser considerados como objetos apresentados a eles, para assim, quem sabe, possibilitar a experiência de relações objetais saudáveis. Deste modo, caberia ao profissional de referência (e equipe), a função de oferecer um ambiente em que o usuário possa interagir com outros objetos e assim fazer uso deles.

Em outro ponto, o estado de sofrimento mental grave dos usuários, em um CAPS, produz uma reação de difícil manejo no cotidiano, a questão da agressividade. Segundo Winnicott (1975), é apenas devido ao sucesso da destruição do objeto e de sua sobrevivência agora como algo externo, que o bebê pode tirar vantagem do uso dos objetos. Deste modo, a forma como os técnicos lidam com a agressividade vai ser fundamental na construção de um ambiente fidedigno para o usuário. Ao tentar conter a sua própria agressividade, e não atuar em sua resposta, atacando de volta, o profissional oferta um espaço de segurança, sem que a violência marque a troca em momentos de conflito. Via de regra, o profissional sobrevive às respostas destrutivas dos usuários; contudo, mais que sobreviver como objeto, o técnico deve permanecer um objeto possível de ser acessado, e não um objeto a ser evitado.

Winnicott nos ajuda a entender que uma reação agressiva pode não partir de uma questão pessoal entre usuário e técnico, mas sim de uma reação a alguma experiência de violência psíquica, marcada na constituição do sujeito. Desta forma, sobreviver a esse ataque destrutivo parece imprescindível para o estabelecimento de uma constância objetal.

Trata-se de uma posição a que o indivíduo pode chegar em fases primitivas de crescimento emocional só através da sobrevivência real dos objetos catexizados, que se encontram, na ocasião, em processo de serem destruídos por serem reais, de se tornarem reais por serem destruídos (desde que destrutíveis e consumíveis) (WINNICOTT, 1975, p.126).

No retorno gradual à experiência não tutorada pelo serviço, os objetos transicionais podem ajudar o sujeito nessa transição, preservando o que foi constituído psiquicamente durante o tratamento, quando o projeto de saúde precisa seguir para fora do serviço. Nessa perspectiva, o usuário pode utilizar dos objetos transicionais adotados dentro do serviço, construindo um sentimento de confiança que preserva a segurança de sentir que o CAPS pode ser lembrado pelo usuário, mesmo se estiver ausente. Desse modo, reduzindo a angústia do processo de separação entre os lados, a dependência poderia gradativamente diminuir e possibilitar ao usuário a experiência de um viver mais integral e autônomo.

[...] Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de desenvolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (self) para o retirar-se, para relaxamento (WINNICOTT, 1975, p.161).

Ao pensar na transição entre o dentro e o fora do CAPS, nascem novas reflexões sobre o posicionamento da instituição que serão fundamentais para o objetivo deste trabalho. A instituição deve trabalhar para que o sujeito a internalize, mantendo-a presente na vida externa? Ou ela atua como uma passagem? Uma reflexão necessária para este trabalho, uma vez que as instituições são fortes e podem capturar o sujeito em uma dependência - uma marca do modelo manicomial.

Em resumo, os elementos de sustentação, manejo e os apresentação de objetos, em uma reflexão preliminar, surgem como características essenciais para o estabelecimento de um espaço potencial no sentido winnicottiano. Vamos agora, procurar ver se o CAPS funciona nesses termos, e assim, dizer se este pode ser entendido como um espaço potencial.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo geral

Investigar se o CAPS, na perspectiva de usuários e técnicos, apresenta características de um espaço potencial no sentido winnicottiano.

### 2.2. Objetivos específicos

Investigar se o CAPS apresenta características de *holding*, *handling* e apresentação de objetos, na perspectiva de usuários e técnicos.



### 3. MÉTODO

#### 3.1. Abordagem e tipo de pesquisa

Este trabalho caracteriza-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa. Além disso, este estudo se configura também como uma pesquisa em psicanálise, uma vez que utilizamos da teoria e da técnica da psicanálise para lançar luz sobre fenômenos e processos da cultura que encontramos nos dados (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006).

#### 3.2. Procedimentos

Devido ao confinamento social que vivemos atualmente, resultado da pandemia do novo CORONAVÍRUS SARS-CoV-2, estamos impossibilitados de produzir novos dados por meio de entrevista com usuários do serviço na cidade de Santos. Apesar de haver a possibilidade do contato virtual, há uma dificuldade em conseguir o acesso dos usuários a um computador e à internet, uma vez que muitos vivem em condições de alta vulnerabilidade e a pandemia agravou esta situação no país. Desta forma, utilizaremos dados secundários, via publicações já realizadas.

Optamos por reunir dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos científicos que contivessem depoimentos de usuários e técnicos do CAPS, nos quais a temática central se ocupasse de algum aspecto da relação serviço-usuário.

Quanto ao período das publicações, escolhemos concentrar nossas buscas nos trabalhos publicados entre os anos de 2010 e 2020. Pelo fato do Sistema Único de Saúde, e principalmente a Política Nacional de Saúde Mental, enfrentarem mudanças constantes devido à instabilidade do governo brasileiro em relação à matéria, supusemos que trabalhos recentes poderiam nos oferecer uma proximidade maior com a realidade atual dessa dinâmica usuário-serviço.

Para a busca de trabalhos, foram escolhidas as Bibliotecas Virtuais científicas de Saúde e também, os Bancos de Dados Bibliográficos das Universidades. Por buscarmos falas de usuários e técnicos no território brasileiro, o portal Scielo Saúde Pública e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram escolhidos para a busca dos artigos científicos, uma vez que há a divulgação constante da produção nacional. Com relação às teses e dissertações,

utilizamos os bancos de dados da Universidade Federal de São Paulo, da Unicamp, da Unesp e da Usp, todas universidades públicas e de respeito no meio acadêmico científico.

No campo de busca usamos as palavras-chave: espaço potencial, CAPS, Winnicott, Saúde Mental, instituição, institucional, usuário, narrativa, criatividade, percepção e confiança. Para um resultado mais apurado das buscas, utilizamos dois ou três termos por vez, selecionando apenas os artigos com texto completo disponível, filtrando assim os resultados mais relevantes ao nosso objetivo de pesquisa.

A busca teve como resultado um total de 786 artigos contemplados pelas palavras-chave, sendo que, por meio da leitura dos títulos, verificando sua proximidade com o nosso problema de pesquisa, e quais trabalhos continham transcrições de falas dos usuários e/ou dos profissionais, selecionamos 83 deles. Em seguida, a partir da leitura dos resumos, definimos três critérios de aproximação: trabalhos que mais se aproximam de aspectos relacionados ao espaço potencial, que falassem especificamente de CAPS e que abordassem assuntos relacionados ao serviço ou aos usuários. Desta organização, emergiram quatro temáticas mais recorrentes nos trabalhos, como demonstrado no quadro a seguir:

Provisão ambiental	Treinamento dos profissionais, grupos terapêuticos, adoecimento da equipe, reinserção social, a busca por autonomia, questão de se o CAPS deve ou não ser uma instituição de passagem.
Articulação Winnicott e a Saúde Mental	Conceitos winnicottianos utilizados para discutir a realidade da Saúde Mental.
Relação técnico-usuário	Acolhimento, agressividade, vínculo, confiança, trocas afetivas e os limites na relação técnico-usuário.
Questão da família	Como a família/rede de apoio atravessa a vivência e o projeto terapêutico do usuário no CAPS.

Deste modo, por meio do cruzamento das quatro categorias com os critérios de aproximação, estabelecemos três níveis de gradação: vermelho para aqueles que atendiam todos os critérios, laranja para aqueles que não atendiam a um critério, e amarelo para aqueles que não atendiam dois ou mais dos critérios elaborados. Após este trabalho de análise, chegamos a um total de 14 artigos selecionados para serem utilizados na discussão do

trabalho, todos enquadrados com a gradação vermelha. Entre os escolhidos, há uma tese, cinco dissertações e oito artigos científicos.

### 3.3. Análise de dados

A leitura dos textos foi feita de forma integral, um por vez, começando pelos textos provenientes de artigos, passando para as dissertações e terminando com a tese. Quanto ao fichamento dos dados, agrupamos os dados simultaneamente em uma planilha exclusiva do texto e uma compartilhada com toda a base de dados. Na primeira, os trechos importantes do trabalho foram destacados e comentados. Na segunda, formando um painel para a discussão, inserimos, texto a texto, passagens que suscitaram temáticas que emergiram da pesquisa. Assim, os textos foram tecendo a discussão ainda no painel, uma vez que encontravam ressonância entre eles e isso se refletia nos dados agrupados.

Em seguida, analisamos os dados a partir dos indicadores do espaço potencial sugeridos na introdução deste projeto, utilizando os conceitos *holding*, *handling* e apresentação de objetos, que têm origem na psicanálise winnicottiana, como referência para a construção da estrutura da discussão. E a partir de cada leitura observamos que os dados, por meio de uma cuidadosa interpretação analítica, assumiram a condição de descobertos e inventados, assim como na lógica do paradoxo elaborado por Winnicott na construção teórica dos objetos transicionais (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006). Dos dados obtidos nos trabalhos publicados conseguimos produzir novos dados, a partir de um novo olhar sobre o texto e os depoimentos, interrogando e interpretando-os pela perspectiva deste trabalho, que de certa forma, concedeu a eles a capacidade de serem novamente criados.

Ademais, vale ressaltar que o contato com os textos selecionados permitiu conhecer outros autores que foram referenciados pelos pesquisadores. Alguns destes, por abordarem conteúdos de grande relevância para a discussão desta pesquisa, acabaram se destacando e sendo incluídos no trabalho.

## 4. ANÁLISE DOS DADOS/ DISCUSSÃO

A análise dos dados encontrados nesta pesquisa irá partir de três elementos centrais na teoria winnicottiana. Como destacado no item 3.3 deste trabalho, os conceitos de *holding*, *handling* e apresentação de objetos, serão norteadores para a construção da discussão em torno dos dados, organizando o processo em três eixos principais, todos capilarizados pelas temáticas que surgiram do processo de análise. Contudo, é importante destacar que as possíveis características qualificadoras do espaço potencial, não se apresentarão de maneira estanque, havendo articulação entre elas. Ao longo da discussão, sempre que possível, utilizaremos de depoimentos de profissionais e usuários, além de vinhetas clínicas.

### 4.1 *Holding*

#### 4.1.1. O acolhimento

Como discutido anteriormente, a previsibilidade e estabilidade são características singulares do processo de *holding* materno. Winnicott enfatiza que a oferta de um suporte físico e emocional são fundamentais para o percurso do desenvolvimento emocional, afastando o bebê de uma vivência instável. Em Saúde Mental, e principalmente, na rotina do CAPS, a literatura mostrou que o acolhimento sustenta o potencial de um cuidar primeiro, diante de um sujeito acometido por uma ruptura na experiência do viver (BALLARIN et al., 2011; LESSA, 2020).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.6), por meio do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, preconiza que o acolhimento “como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão”. As diretrizes dessa política inscrevem o acolhimento como uma “tecnologia do encontro”, desvelando, a cada encontro, um “regime de afetabilidades” que constituirão relações potentes nos processos de saúde.

Acreditamos que o acolhimento seja quase como um abraço, um primeiro momento de contato e escuta que valida o sofrimento do usuário de forma que ele possa se sentir confortável em relatar suas dores e suas questões, permitindo que seja acolhido da melhor forma possível, com um cuidado muito próximo e atento.” (Grupo Focal) (LESSA, 2020, p.50).

O acolhimento, para Lessa (2020), é a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental para a pessoa que busca o serviço em sofrimento psíquico. Desta forma, no “acolhimento/triagem o usuário é acolhido por meio de uma escuta atenciosa à sua demanda e, posteriormente, participa da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) específico para as suas necessidades caso seja inserido no serviço” (p.25). Enquanto escuta qualificada, Ballarin et al. (2011) trazem que o acolhimento implica em uma postura profissional empática e humanizada, direcionada às demandas do usuário. Segue a fala de um técnico:

Uma porta aberta. É o acolhimento do usuário. Acontece praticamente todos os dias. A priori todo mundo que chega no serviço passa por triagem. É escutado e acolhido. A gente discute constantemente com a equipe as demandas que chegam e o acolhimento desses usuários (E 4) (BALLARIN et al, 2011, p.165).

A fala acima demonstra o entendimento de acolhimento como sinônimo de triagem, um aspecto interessante, uma vez que os dados mostraram que esta é uma fala recorrente nos serviços, ponto que será discutido mais à frente no trabalho. Ballarin et al. (2011) denotam a existência de duas lógicas de atenção no CAPS, o que relaciona-se ao fato de, no cotidiano do serviço, serem observadas intervenções desarticuladas e fragmentadas do processo de acolhimento do usuário. De um lado, os autores destacam a existência de um modelo médico-procedimento-centrado, e do outro, o modelo do cuidado integral em rede, usuário-centrado. A ideia dessa divisão entre os dois modos de atuação parece dificultar a integralidade do cuidado e a atenção psicossocial ao sujeito em sofrimento psíquico, dificultando um sentimento de continuidade na experiência.

Acolher é “estar com”. Estar com a loucura não é domesticá-la, é abrir-se à escuta e ao suporte. Absorver a dimensão do acolhimento como tecnologia de trabalho em Saúde Mental, incorporar esse instrumento na dinâmica institucional e na atitude dos profissionais evidencia uma diretriz teórico-prática que inclui mais do que classifica, que reconhece o outro na sua diferença, mais do que o normatiza, que coproduz a clínica, mais do que a prescreve, cria protagonismos acompanhados da demanda (BALLARIN et al., 2011, p.167).

No mesmo contexto, Lessa (2020) faz uma interessante discussão em relação ao entendimento dos profissionais sobre o significado do ato de triar e acolher, dentro de uma unidade do CAPS III Adulto Capela do Socorro, na cidade de São Paulo. Os termos surgem muito permeados um pelo outro, muitas vezes sem uma distinção clara nas falas dos entrevistados. Entretanto, quanto aos significados atribuídos, em consonância com as ideias

de Ballarin (2011), a pesquisa mostrou uma diferença entre os dois termos, colocando os significados em lados opostos e conflituosos. A partir da análise das falas dos profissionais em grupos focais, a autora traz que são “notórias são as diferenças conceituais entre triagem e acolhimento [...] apontam que as duas práticas/dispositivos possuem um distanciamento exacerbado quando se referem a questões subjetivas e intrínsecas do sujeito” (p. 49).

A triagem, segundo os depoimentos em Lessa (2020), parece ocupar o lugar que Ballarin et al. (2011) classificam de médico-procedimento-centrado, um procedimento emergencial, de característica semelhante aos aplicados em ambiente hospitalar. Este processo protocolar, como foi descrito, parece afastar-se do conceito de acolhimento concebido na Saúde Mental e, conseqüentemente, se afastar do conceito de *holding*, uma vez que oferece pouco ou nenhum suporte físico e emocional para o usuário. Seguem alguns trechos com falas de profissionais de um CAPS III Adulto situado na Zona Sul da cidade de São Paulo, região da Capela do Socorro:

“Pensamos a triagem como algo sistematizado, com roteiro, com procedimento operacional padrão com questões definidas. A triagem é bem direcionada e simplificada, bem parecida com um sinal de trânsito: vermelho, amarelo e verde, e assim tratamos as pessoas como se fossem cores.”

“O termo triagem nasce na época da Segunda Guerra, é um termo médico e da enfermagem, usado para triar, ou seja, servia para escolher quem ia viver ou quem ia morrer.” (Grupo Focal) (LESSA, 2020, p.49-50).

Esta discrepância entre a concepção de triagem e a de acolhimento, entre a abordagem ‘médico-procedimento-centrado’ ou ‘usuário-centrada’, podem ser vistas como produtos de dois pensamentos distintos com relação ao sofrimento mental do usuário, mas não apenas isto. Apesar de entender esse movimento como herança de um modelo manicomial anterior, Lessa (2020) reflete sobre um outro lado desta lógica, o lado profissional. Ao entrar em contato com a dor, aquele que escuta pode acessar seus conteúdos inconscientes por meio de uma identificação. O medo e a insegurança podem surgir deste encontro, pois “[...] ao olhar intensamente, somos olhados. O acolhimento, dessa maneira, não escapa dos afetos. A intervenção do profissional causa algo no usuário, afeta-o. As histórias, acompanhadas das queixas dos usuários, também afetam o profissional” (p.51). Iremos retomar esta discussão mais à frente.

“O revezamento dos profissionais que irão realizar o acolhimento é uma forma de nós como equipe nos cuidarmos enquanto equipe a fim de que ninguém fique sobrecarregado demais.” (Grupo Focal)

“Portanto, entendemos que para fazer o acolhimento a pessoa (trabalhador) tem que estar o mais inteira possível.” (Grupo Focal)

“Sem dizer que também entendemos que nosso colega pode não estar em um dia tão bom, com uma disponibilidade menor em escutar, e então conseguimos também nos cuidar neste sentido.” (Grupo Focal) (LESSA, 2020, p.60).

Apesar de pertencer ao início da experiência do usuário no CAPS, os dados mostram que as consequências deste primeiro contato podem repercutir em toda a experiência do usuário no serviço. Para Lessa (2020, p. 28), “o acolhimento é um dispositivo transversal na conduta terapêutica, pois não é tido apenas como uma parte do processo de cuidado (triagem). Ele perpassa todo o trajeto terapêutico do CAPS”. Na perspectiva da autora, o acolhimento deveria ser constante, uma concepção muito interessante, pois convida a imaginar como este dispositivo transversal poderia ser materializado no serviço. Desta forma, é fundamental entendermos as forças que atuam sob esta tecnologia leve<sup>1</sup> que é amplamente defendida por profissionais, possibilitando assim que um bom manejo ajude a estabelecer um caminho potente no tratamento do usuário.

“Dependendo de como realizamos o acolhimento, este pode ser ou não, o diferencial na vida desta pessoa.” (Grupo Focal) (LESSA, 2020, p.51-52).

Diante dos dados e da discussão, o acolhimento surge como uma tecnologia do cuidado, que por definição institucional e desejo da maior parte dos profissionais em Saúde Mental, é sustentado em um modelo usuário-centrado. Ao permitir ser acessado pelo usuário, o profissional sustenta o sofrimento por meio do ato de acolher, oferecendo um ambiente fidedigno e confiável, assim como uma mãe suficientemente boa estabelece um *holding* com seu filho. Se entendemos o *holding* como um conjunto de cuidados físicos e emocionais que sustentam a experiência do viver, nos parece até aqui que o acolhimento se estabelece como uma ferramenta que, potencialmente, pode favorecer entendermos o CAPS como um espaço potencial no sentido winnicottiano.

“Acreditamos que o acolhimento seja um momento em que o sujeito pode se sentir à vontade para falar o que quiser e ser escutado, ser acolhido de fato e não sofrer

---

<sup>1</sup> Tecnologias leves são definidas como relações interseçoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A noção destaca o caráter relacional do cuidado em saúde, entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos (MERHY/FRANCO, 2003).

retaliações, preconceitos e rotulações. Pensamos na lógica do atendimento imediato em que a pessoa não pode sair deste espaço de escuta pior do que ela entrou! Então temos muitos créditos para trabalhar com as pessoas, pois elas entendem que esse espaço é um lugar de cuidado efetivo.” (Grupo Focal) (LESSA, 2020, p.54-55).

#### 4.1.2. Dispositivo Técnico de Referência

Ao analisarmos os dados, diferentes conformações do dispositivo Técnico de Referência foram encontradas nas equipes que conduzem as ações em Saúde Mental. Em sua totalidade, os trabalhos citaram equipes multiprofissionais compostas por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, quase sempre com pelo menos um profissional de cada área. Dependendo do suporte recebido pela instituição, ou do território em que atua, o número de técnicos pode variar muito, como vemos em unidades do Estado de São Paulo, da Bahia e do Rio de Janeiro, pois o corpo técnico deve aumentar de forma proporcional à abrangência populacional da modalidade e do território de cada CAPS (DAHL, 2012). Nos CAPS estudados, a equipe técnica, em sua maioria, era formada por profissionais de nível médio e superior, podendo haver profissionais de nível fundamental para cargos auxiliares (LESSA, 2018; APOLLONIO, 2016; DAHL, 2012).

O dispositivo Técnico de Referência surge nas pesquisas como um exemplo de tecnologia leve fundamental para o serviço, provavelmente a mais importante. No total, três termos foram encontrados para o dispositivo: Profissional Referência, Terapeuta de Referência e Técnico de Referência (TR); contudo, neste trabalho fiz a opção de utilizar este último, uma vez que foi o mais recorrente nas leituras. O Ministério da Saúde, por meio dos Cadernos da Atenção Básica, preconiza que o TR é essencial para o manejo do cuidado de casos de sofrimento intenso na Saúde Mental, tendo a responsabilidade “de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias” (p.57).

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 (APOLLONIO, 2016, p.98).



A pesquisa de Mondoni (2018), a partir de onze entrevistas realizadas com trabalhadoras dos seis CAPS III da cidade de Campinas, mostrou que as concepções do que é exercer a função de Referência Técnica do usuário são variadas e abrangentes. Ao que parece, as tarefas do cotidiano dentro do serviço, somadas aos endereçamentos dos usuários e as demandas do território, produzem uma série de compreensões do significado de atuar como um Profissional Referência (PR), termo utilizado pelo autor. Tais demandas atravessam a construção da posição de referência, produzindo significados a partir da construção do manejo de cada profissional.

O PR é citado como quem realiza o cuidado longitudinal, do dia-a-dia, na relação com a família e o território; é também quem cuida das diversas tarefas burocráticas tais como relatórios diversos, receitas de medicações, passes de ônibus, demandas jurídicas e etc; é também quem constrói o Projeto Terapêutico Singular (PTS) – também chamado de Projeto Terapêutico Individual (PTI) por outros profissionais – junto ao usuário e executa a maior parte das ações, desde acolhimentos individuais, participações em grupos, verificação de medicação, agendamentos com profissionais dentro e fora da unidade, acompanhamentos no território por necessidade ou desejo do paciente; é lembrado também por sua relação direta com a rede Saúde ou de outras áreas; o PR é tido também como aquele profissional para quem o paciente endereça suas demandas (MONDONI, 2018, p.57)

Assim como o significado do dispositivo, o processo de escolher qual profissional do serviço assume uma Referência Técnica se mostrou poliforme nos dados pesquisados. Em um dos trabalhos, atuando em um CAPS Adulto III do interior do estado de São Paulo, Apollonio (2016) traz que a maioria das definições eram feitas a partir da afinidade com o caso, mas sempre levando em consideração o caso do/a técnico/a que “já não tinha condição (pessoal, emocional, enfim, contratransferencial) para conduzir” (p.27). Já no CAPS III Capela do Socorro, na zona sul da cidade de São Paulo, Lessa (2020) explica que o profissional “é tido como referência técnica do usuário que é inserido a partir do momento em que realiza sua primeira escuta através do acolhimento” (p.34). Contudo, a autora destaca que é possível haver a mudança da Referência Técnica, pois há o entendimento que cada sujeito porta um singularidade, o que às vezes demanda uma revisão das ações. Desta forma, a função de referência parece ser algo dinâmico, em constante movimento dentro da realidade do CAPS. Quando não há o estabelecimento da transferência com o profissional, por vezes escolhido de forma unilateral pela equipe, abre-se caminho para que, na convivência, o endereçamento das questões feitas pelo usuário acabem encontrando um terceiro ator neste tratamento.

Coisa que eu venho pensando muito, um conceito que eu venho trabalhando, a partir do qual venho pensando o conceito de referência é o de endereçamento. A referência no papel pode ser uma outra pessoa, mas na medida em que esse cara endereçar questões para você eu diria que você está fazendo uma função de referência, lógica, clínica, não a função burocrática (Sujeito 5) (MONDONI, 2018, p.59).

Nesta perspectiva, em um dos achados mais interessantes do trabalho de Mondoni (2018), o autor encontrou uma “forte tendência à individualização da função de referência a partir da nomeação do PR, e a consequente desresponsabilização do restante da equipe” (p.127). A partir deste dado, pudemos perceber que há dois modelos de entendimento em relação à formação da referência, uma vez que encontramos casos de atuação individualizada e outros nos quais uma mini equipe é formada para compartilhar a gestão de cada caso, modelo a que retornaremos adiante.

Em grande parte dos serviços estudados, seja por falta de profissionais ou por escolha, a definição de uma função referência individualizada foi a mais encontrada. Apesar de praticamente todos preconizarem o compartilhamento da função, Apollonio (2016) mostra uma realidade comum ao serviço, o fato de que “por insuficiência de funcionários, muitos usuários tinham apenas uma Referência Técnica, não sendo possível compor as duplas preconizadas [...]” (p.99). A minha experiência como estagiário no dia-a-dia de um CAPS mostrou-se similar ao contexto apresentado pela autora, o que fez produzir a hipótese de que a ausência de um *holding* por parte da instituição pode interferir na sustentação oferecida pelo profissional, o que abordaremos mais à frente. Abaixo, o depoimento de um profissional na cidade de Campinas:

Para mim até certo ponto isso traz uma riqueza, porque você tem uma pluralidade do seu trabalho, e por outro isso traz uma sobrecarga muito grande porque você começa a fazer tudo, a escuta, marcar o agendamento com o médico, fazer o AT com o cara, isso as vezes circula pouco entre outras pessoas da equipe. A função referência começa a ficar como o responsável não pela integralidade do cuidado enquanto a articulação, mas a integralidade da vida enquanto um sujeito sustentando funções junto a um outro sujeito. Então aí eu acho que entra uma sobrecarga muito grande (Sujeito 5) (MONDONI, 2018, p.78).

No caso da efetivação de mini equipes, a sustentação nasce da ideia de descentralizar o cuidado e corresponsabilizar dois ou mais membros de uma mesma mini equipe. Neste sentido, Lessa (2020), a partir de sua experiência em um CAPS Adulto nível III, destaca que, neste serviço, acontece a formação de conjuntos com quatro profissionais, que juntos possuem

“um número pré-determinado de usuários os quais são referenciados e acompanhados durante seu tratamento no CAPS” (p.33). Nessas mini equipes, parece que o manejo pode ser refletido, discutido e dialogado a partir da pluralidade dos discursos, proporcionando uma sustentação a quem está diante do sofrimento do outro.

Por meio do suporte físico, entendido como compartilhamento de funções, e psíquico, por encontrar amparo para lidar com os afetos endereçados pelo usuário, esta conformação do dispositivo Técnico de Referência parece favorecer a estabilidade ao sujeito em sofrimento. Mondoni (2018) encontrou em seu trabalho a menção recorrente do Técnico de Referência como um articulador, um certo tipo de intermediário entre as diversas instâncias que permeiam o serviço: usuário e equipe, unidade e território, usuário e família. Entre outras coisas, esses profissionais articulam “a demanda do sujeito do sofrimento, isto é o que este deseja como apoio ou melhora de seu tratamento, e os valores e objetivos que embasam e sustentam a criação dos CAPS enquanto serviços substitutivos no campo da Saúde Mental” (p.92), desta forma, trabalhando para a construção de um ambiente suficientemente bom.

“Poder compartilhar o espaço do acolhimento com mais de um profissional permite que tenhamos novos olhares para aquele mesmo contexto e isso possibilita que seja um atendimento mais qualificado ainda.” (Grupo Focal) (LESSA, 2020, p.61).

Em seu artigo, Furtado e Miranda (2006) utilizam da psicanálise winnicottiana para pontuar que, a partir da experiência clínica, quando o “processo de regressão a uma situação de dupla dependência pode se dar de modo adequado, o paciente consegue experimentar a confiança na relação criada entre ele e o profissional de referência e depois no mundo que o cerca” (p.517). Neste sentido, os autores entendem que o estabelecimento da confiança no *holding* do profissional pode tornar o sujeito capaz de reconhecer um eu nele mesmo, ainda que nascente, e alguma alteridade no mundo que o cerca.

Winnicott ressalta a importância de reconhecer-se na condição de cuidador para assumir esta função na relação com o outro, que passa muito mais, em princípio, pela qualidade de estar vivo e desenvolver uma escuta atenta ao indivíduo do que aplicar especificamente uma técnica ou assegurar-se que o paciente se adapte a determinada condição de tratamento. No caso dos pacientes psicóticos, é preciso sempre se manter em um estado de transição em que o ambiente suficientemente bom, embora represente a realidade e tenha que controlar a sessão ou o grupo pelo relógio, possa ser também uma extensão do indivíduo, um objeto subjetivo (DIAS, 2018, p.116).

Assim, por ser centrado na ideia de ofertar uma sustentação ao sujeito acometido por um sofrimento grave, a posição de referência, segundo Apollonio (2016), depende da

“identificação do cuidador com o usuário, a exemplo da identificação da mãe com o bebê, (...) o que vai favorecer o sucesso ou não do processo de retomada do desenvolvimento emocional de cada assistido em CAPS” (p.103). Além disso, o *holding* característico da posição parece ser influenciado por outros fatores, como o preparo pessoal do técnico e o apoio da instituição, pontos que serão retomados mais à frente.

Em síntese, os dados nos mostraram que há duas configurações principais para o dispositivo, a individual e a em equipe. Na primeira, destacam-se os relatos de sobrecarga no trabalho e falta de apoio dos outros membros do grupo. Na segunda, em uma perspectiva mais positiva, vimos que os membros podem, de certa forma, revezar as atribuições do Técnico de Referência e compartilhar as responsabilidades da posição.

#### 4.1.3. Os limites na relação técnico-usuário

A forte vinculação preconizada pela instituição, e como vimos, efetivada pelo Técnico de Referência no cotidiano da atenção, refletiu nos dados pesquisados e trouxe questões relevantes em relação aos limites éticos desta relação permeada por muitos afetos. Na literatura disponibilizada pelos órgãos de saúde responsáveis pela Saúde Mental, o Técnico de Referência tem a sua atuação descrita e incentivada, como um articulador, na sustentação de um sujeito desorganizado pelo sofrimento que muitas vezes acessa o serviço pela primeira vez (BRASIL, 2013; BRASIL, 2004). Entretanto, a intimidade desta relação parece intensificar as trocas afetivas, colocando em análise os limites profissionais e subjetivos de cada sujeito envolvido, algo que não pode ser abarcado por uma diretriz.

Winnicott (1961) nos ajuda a discutir a tensão situada entre a valorização que os pacientes fazem do contato afetivo com os profissionais e a necessidade de que estes se abstenham de seus valores e expectativas no contexto clínico, comentando que é comum que os pacientes psicóticos pressionem “(...) muito a integridade do terapeuta, já que necessitam de contato humano e de sentimentos reais, e mesmo assim precisam colocar uma confiança absoluta na relação da qual tanto dependem” (p. 102). O autor assevera, entretanto, que essa relação não deve se confundir com uma amizade pessoal, sendo imperioso que o terapeuta se mantenha respeitando seus horários de trabalho e o pagamento que dele provém, além de ter em mente que toda psicoterapia chega a um fim (MIRANDA/CAMPOS, 2013, p.109)

Em sua tese de doutorado, Apollonio (2016) tratou da experiência em um CAPS III Adulto, mostrando que o investimento emocional excessivo ou questões como descaso diante de casos não sustentados pelos profissionais, eram assuntos recorrentes nas reuniões de equipe. Neste sentido, a autora compartilha um momento 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” (p.91). Estas observações são consonantes com a minha experiência de estágio, em que presenciei o que me parecia ser uma presença excessiva ou insuficiente do profissional. Contudo, a equipe pode sustentar o profissional referência em um momento de desgaste, em que o tratamento desencadeia a contratransferência do técnico.

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 (APOLLONIO, 2016, p.90-91).

Os dados mostram que quando o profissional não consegue lidar com o endereçamento do usuário, as questões subjetivas do técnico podem se embarçar ao manejo, e por consequência, afetar o *holding* que o dispositivo Técnico de Referência pode oferecer. Neste sentido, Apollonio (2020) chama a atenção de que “no CAPS X, com frequência, o ódio na contratransferência era escancarado nas reuniões técnicas – porém não nomeado e reconhecido como tal” (p.90). Sem conseguir lidar com este conteúdo que atravessa, os técnicos, segundo a autora, se utilizavam de discursos moralistas e de culpabilização do usuário pelo não sucesso na adesão ao serviço. Em outros casos, como podemos ver em Mondoni (2018), a referência do sujeito consegue seguir em frente, mesmo diante de sentimentos contratransferenciais:

Lembro muito de uma usuária que foi um tapa na minha cara, para mim eu tava bem na função de referência dela, cuidadoso, negociando medicação e atividades. Até um dia que eu achei que ela não estava muito bem, fui falar com ela e ela retrucou com

um misto de braveza e mágoa, e disse não estar bem, mas que não podia dizer isso para que eu não a deixasse de leito, mas que queria viajar no mês seguinte. Aí eu acho que entra coisa da confiança e o usuário vai se servir do tratamento nem sempre como eu quero, mas para aquilo que é importante para ele. E foi isso que fizemos com ela, o tratamento auxiliou a fazer a viagem que ela queria fazer. Na época da viagem, que ela já tinha organizado tudo com nossa ajuda, guardado dinheiro, reservado excursão, não estava muito bem, estava um pouco em hipomania. E ficamos sem saber se a deixássemos de leito para cuidar da crise, sabendo que isso iria desmontá-la. No final ela viajou com relatório, telefones do CAPS, medicações, e conseguiu ir e voltar. E ela ficou de leito depois da viagem, e aí o leito entrou como um cuidado para ela, no tempo dela. (Sujeito 5) (p.70).

A contratransferência parece assumir um papel de destaque no *holding*, pois é fundamental para que a equipe, como um todo, possa oferecer ao usuário e a sua referência, uma sustentação que possibilite a retomada do desenvolvimento emocional usuário rumo à independência (APOLLONIO, 2016). Roudinesco (1998) define a contratransferência como um “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente” (p. 133). O termo é psicanalítico, e parece apropriado estabelecermos uma relação de proximidade entre o dispositivo Técnico de Referência e a função do analista, pois os dois atuam com intenções terapêuticas e têm suas ações marcadas por aquilo que retorna do pacientes/usuário.

Muitas vezes somos tomados pelo sofrimento do outro e fica difícil estabelecer e consolidar outros olhares para aquele mesmo caso, que hoje pode estar em um momento completamente diferente, mas que vamos acabar conectando com aquele momento inicial em que nos conhecemos... Acabamos estabelecendo uma contratransferência com aquele indivíduo e isso pode prejudicar essa nova escuta. Sendo assim, muitos de nós achamos coerente que essa nova escuta seja feita por outros profissionais (Grupo Focal) (LESSA, 2020, p.101).

Neste contexto, a questão da supervisão no CAPS se fez presente na pesquisa e parece ser uma ferramenta importante para a manutenção da sustentação dos profissionais. Este olhar de fora, feito por um técnico experiente e desvinculado do serviço, parece um dispositivo muito efetivo (LESSA, 2020; APOLLONIO, 2016). Figueiredo (2000) utiliza do termo *segundo olhar*, criado por Willy Baranger e Madeleine Baranger no texto Problemas de campo psicanalítico de 1969, para construir o conceito de *olhar de reserva*. Este olhar de fora do campo aparece como um dispositivo que desobstrui um campo fechado pela

demasiada intrusão dos conteúdos contrasferenciais, isto é, um campo acometido por um excesso de implicação do analista (FIGUEIREDO, 2000).

Diga-se de passagem que podemos reconhecer na exigência de um olhar de reserva o que se cria em uma boa experiência de supervisão. O termo “supervisão” parece muito comprometido com a disciplina superegóica (em inglês ou francês é ainda pior, fala-se em control analysis e analyse de contrôle). Seria mais razoável pensarmos a supervisão, bem como os outros expedientes similares, como um “olhar de reserva” capaz de repor em reserva o analista, liberando-o de um campo de concentração totalitário (FIGUEIREDO, 2000, p. 29).

O *olhar de reserva* aparece nas experiências mostradas em supervisão que ocorrem nos serviços. Apollonio (2016) mostra que a condução de um caso se encontrava em dificuldade, quando “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” (p.59). Já para Mondoni (2018), a supervisão clínico-institucional também aparece no discurso dos profissionais, contudo, em maior parte por sua presença insuficiente. Segundo a autora, “uma das entrevistadas relata que as discussões são excessivamente práticas, objetivas, enquanto outras duas apontam a diversidade e quantidade de atravessamentos e urgências como um dos fatores que atrapalham e abarrotam os espaços de discussão” (p.84).

No mesmo sentido, a análise pessoal dos profissionais também surge como um manejo importante para a função de referência. Ainda no conceito de *olhar de reserva*, trabalhar as questões pessoais em análise pode ajudar o profissional a desobstruir um campo de afetações produzido por relações tão intensas com o usuário, repondo em reserva o analista, que precisa sobreviver aos afetos para conduzir o cuidado (FIGUEIREDO, 2000). Na mesma linha, Apollonio (2016) considera que, por não haver nenhuma diretriz no sentido do modelo de formação do profissional referência, ou sequer orientações para um olhar em relação à própria Saúde Mental, a “busca espontânea pela própria psicoterapia não era comum, mesmo entre aqueles que utilizavam a psicanálise como embasamento teórico-clínico” (p.100).

Acompanhando o pensamento de Miranda e Campos (2013), os dados nos fazem acreditar que a atenção pessoal por meio da própria análise e da capacitação técnica são fundamentais, assim como é determinante que o profissional “possua uma espécie de *morada coletiva* dentro do CAPS [...], como as supervisões clínico-institucionais, as reuniões de equipe e as assembleias que envolvem todos aqueles que frequentam o serviço” (p.112, grifos do autor). Os depoimentos e relatos mostraram que o preparo singular de cada profissional,

somado a um *holding* institucional suficiente, que iremos abordar no próximo item, aparecem como ações importantes para a atuação do profissional.

#### 4.1.4. *Holding* Institucional

O Ministério da Saúde preconiza uma série de ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção, sendo uma de suas principais, “oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga” (BRASIL, 2013, p.23). Contudo, diante da realidade do CAPS, um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário, que acolhe pessoas em situação de crise ou em processo de reabilitação psicossocial, de que modo a instituição age para garantir que o profissional esteja amparado para realizar esta função tão complexa? O *olhar de reserva* emerge novamente em nosso diálogo, nos direcionando para a perspectiva do suporte que a instituição oferece ou poderia oferecer ao profissional.

A leitura dos materiais institucionais disponibilizados indica que há sim suporte, como forma de amparar o fazer do profissional em Saúde Mental. Os dispositivos de Apoio Matricial e o planejamento compartilhado, apesar de serem recursos da Saúde Mental para apoiar a Atenção Básica, podem ser revertidos em suporte para o próprio CAPS pela corresponsabilização entre as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e os CAPS. O Apoio Matricial (AM), esta retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, tem como objetivo “compartilhar situações encontradas no território, em uma atitude de corresponsabilização pelos casos, que se realiza por meio de supervisões clínicas e de intervenções conjuntas” (BRASIL, 2015, p.131). Contudo, a efetivação desta política de suporte não é uma regra:

Quando não há uma política efetiva que garanta supervisão das equipes e da educação permanente [...] observa-se uma fragilidade na consecução dos princípios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), a qual prevê a educação permanente dos profissionais da saúde como ferramenta crucial no incremento da qualidade da assistência, imprescindível não apenas pela qualificação e reciclagem profissional, mas do ponto de vista da valorização e do reconhecimento do trabalhador, assim como de suporte para que possa lidar melhor com a sobrecarga emocional e o desgaste gerado pelo trabalho (BRASIL, 2015, p.340-341).



Durante meu estágio em um CAPS, o significado de matriciamento assumiu um forte papel de transferência de responsabilidade por parte da equipe de trabalho, que pouco utilizava do espaço das reuniões de rede para uma supervisão clínica ou para pensar ações conjuntas. Em contraste à ideia de corresponsabilização pelos casos, como é indicado institucionalmente, o serviço buscava utilizar o Apoio Matricial quando sentiam a necessidade de "devolver" um usuário para a UBS do seu território. Assim, esse arranjo organizacional cumpria apenas um papel de diminuir os usuários sob cuidado da unidade do CAPS:

[...] obstáculos impõem-se à reestruturação da Raps, em especial a integração da rede hospitalar geral e a completa substituição do aparato manicomial. Atualmente, é indiscutível a necessidade de termos serviços em rede que operem na perspectiva da continuidade de cuidados, gestão integrada de casos e corresponsabilização. Sabemos que criar articulações com a rede de atenção primária, fortalecendo seu potencial no acolhimento às demandas em Saúde Mental, bem como com os serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, é uma das principais ações para termos resultados mais efetivos no atendimento da crise (BRASIL, 2015, p.325).

Em seu trabalho no CAPS X, Apollonio (2016) observou que “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” (p.98). A autora entende que as políticas públicas ligadas à Saúde Mental progrediram muito nos últimos 25 anos; contudo, em relação ao cuidado e à formação do profissional técnico, as políticas ainda têm muito a evoluir.

Diante do contexto citado acima, a própria pesquisadora diz que “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” [...] (APOLLONIO, 2016, p.64). Além disso, a autora comenta que foi só por meio do processo de análise pessoal externa à instituição, e da produção de sua tese de doutorado, que a autora conseguiu identificar que se encontrava neste estado de sofrimento intenso.

A omissão ou ineficiência da instituição no suporte às equipes, segundo Lessa (2020), pode deixar os profissionais desamparados e surgir como oportunidade para o estabelecimento de crises dentro do grupo de profissionais. Contudo, a autora entende que, assim como com os usuários, “a crise referente à equipe deve ser interpretada como um momento crítico, quiçá um pedido de socorro em que os atores do equipamento sinalizam por apoio (institucional)”

(p.73). Desta forma, a construção de ambientes que autorizem o discurso e a polifonia, como forma de garantir espaços de debate para os atores do serviço, se mostram necessários, assim como um suporte mais implicado por parte dos gestores dos serviços.

Em articulação com a teoria winnicottiana, podemos notar que a dificuldade de estabelecer uma constância no ambiente parece contribuir para a dificuldade do sujeito em confiar no espaço. Em uma observação interessante, Apollonio (2016) mostra que “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” (p.101, grifo próprio). Todavia, a carência de um suporte institucional eficiente, devido a questões como um quadro de técnicos reduzido, uma sobrecarga emocional dos profissionais ou por desencontros das equipes que trabalham em horários diferentes, dificultava o diálogo dos funcionários entre turnos, prejudicando a consistência das ações dos membros da equipe.

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 (APOLLONIO, 2016, p.92).

O *holding* institucional, muito ligado, nos trabalhos pesquisados, à figura do profissional, também pode assumir relevância em relação ao usuário. Para além da influência institucional sobre o sujeito que permanece no CAPS, pudemos perceber na pesquisa que o usuário sofre com a ausência do suporte institucional quando precisa pensar sua saúde fora do serviço de Saúde Mental (MIRANDA/CAMPOS, 2013; DAHL, 2012 ; APOLLONIO, 2016). O trecho abaixo relata um acontecimento que exemplifica o que acontece quando este *holding* institucional para o usuário está circunscrito apenas ao espaço do CAPS:

Entendemos que essa postura de abstenção de juízos e expectativas pode ser útil para diferentes profissionais, mesmo que não estejam na posição de psicanalista do paciente. No trecho que segue, uma paciente nos relata uma situação em que procura um hospital porque sentia dores na barriga e é reencaminhada para o CAPS porque se revolta com o procedimento a que tentam submetê-la, sem antes ouvirem a origem de sua dor (relacionada a uma vivência delirante). Seu comentário diante dessa situação evidencia a importância de que o posicionamento ético seja mantido pelos profissionais nos diferentes contextos e situações que envolvem o tratamento: *Se eu chego no médico e conto que estou cheia de gases e sofri um atentado terrorista, ele*

*não acredita. Mas, a minha referência sabe que eu estou falando a verdade. Então fica mais fácil, porque ela sabe que não é coisa da minha cabeça, que não é mentira minha. Ela me conhece e acredita em mim* (MIRANDA/CAMPOS, 2013, p. 105-106, grifos do autor).

Em um grupo focal com usuários, Dahl (2012) transcreve um importante depoimento de como os serviços da rede negam atendimento e direcionam qualquer demanda do usuário para o CAPS, como efetivação de que usuário pode residir apenas em um espaço.

Moderador: Você estava sentindo um peso na cabeça e aconteceu o quê?

César: Cheguei aqui no CAPS, e eles me deram remédios né, aí eu falei, sinto uma dor no corpo, em casa não tem dipirona, não tem paracetamol, tenho sinusite, não tem dinheiro pra comprar, fui pro hospital e não me consultaram porque eles falaram que tenho problema psiquiátrico, né, aí eu vim aqui, pra ver o que vocês fazem, daí eles pegaram, passei no médico clínico e eu melhorei e eu continuei vivendo... (pausa)... e os remédios habituais que eu tomava, eles mandavam fazer, senão minha tia vinha aqui pegava os remédios me dopava, e agora que eu estou mais controlado... (César, 2º GF T2, Campinas) (DAHL, 2012, 126).

Esses depoimentos fazem perceber o papel fundamental que o suporte da instituição ocupa na experiência do viver de cada usuário. Apontando seus achados na pesquisa, Furtado e Miranda (2006) trazem a ideia de que as figuras materna e paterna, na concepção winnicottiana, podem ser assumidas pelo profissional referência e pela instituição, respectivamente. Desta forma, “através da relação de identificação, o profissional de referência poderia proporcionar ao paciente o que Winnicott (1975) chama de o segurar, o manejar e a apresentação de objetos” (p.516). Este tipo de adaptação ativa às necessidades básicas do usuário, como vimos até aqui, encontra caminhos na realidade do serviço. Contudo, os autores destacam que o desgaste emocional desta relação demanda da instituição um suporte, um *holding* semelhante ao que o sujeito que ocupa a posição de figura paterna oferece à figura materna, em uma relação de confiança e suporte.

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 (APOLLONIO, 2016, p.103).

Esta percepção captada por Apollonio (2016) e que ressoa nas ideias de Furtado e Miranda (2013), demonstram a importância do suporte institucional em diversos níveis para o trabalho em Saúde Mental. A provisão ambiental de profissionais e usuários é influenciada pela atenção que a instituição oferece, podendo causar uma interferência positiva, como nos casos das supervisões clínico-institucionais, ou negativa, quando trabalha para a precarização dos serviços. De uma forma ou outra, o *holding* institucional chama a atenção devido a sua relevância para o cenário da Saúde Mental.

#### 4.1.5. *Holding* Familiar

O cuidado desenvolvido pela equipe técnica do CAPS envolve, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família, em um processo de cogestão do tratamento e um acompanhamento longitudinal pelos atores do processo (BRASIL, 2015). Em um artigo que aborda a questão familiar, Firmo e Jorge (2015), apresentam a proposta de pensar a “tríade usuário-família-equipe” como um dispositivo que ocuparia um lugar de destaque na produção do cuidado, uma vez que, se pensamos no âmbito das necessidades em saúde, “não se pode excluir nenhum destes núcleos ao pensar mudanças nos serviços e práticas de saúde” (p.222). A percepção familiar ganha destaque e encontramos nas falas, saberes para compreender a realidade do usuário e as articulações que podem ser feitas com o tratamento.

Então, eu acho que esse é o tipo de cuidado, é a aproximação: quanto mais você se aproxima da pessoa, mais você consegue levantar ela de determinadas crises, ela sozinha não sai, tem que ter o apoio familiar, tem que ter o apoio das pessoas que convive para poder ela se sentir novamente gente, se sentir útil e venha ser produtiva. [...] Então, eu acho que essa é a maneira de cuidar. É o doar-se para que a outra pessoa possa se levantar. (Familiar 9) (FIRMO/JORGE, 2015, p.222).

Esta ideia que surge produz um cruzamento entre duas temáticas encontradas ao longo da análise. Em uma primeira perspectiva, o trecho acima ilustra um assunto recorrente, o valor da presença ou da ausência da família durante o tratamento. Em um segundo momento, a perspectiva da família como parte do *holding* ao usuário, atuando, neste caso, na posição desta figura paterna, que sustenta a mãe durante o manejo da experiência do bebê. Em outras palavras, quando suficientemente boa, a família poderia ser capaz de dar suporte à equipe, e de certa forma, ajudar a sustentar o tratamento. Desta forma, assim como Miranda e Campos

(2012) trazem sobre *holding* institucional, parece que a família apresenta-se como uma possibilidade de sustentação no processo de tratamento.

Contudo, a posição da família diante do sujeito e do tratamento, ou a sua completa ausência na atenção ao usuário, podem influenciar negativamente o ambiente sustentado pela a equipe técnica. Em uma vinheta clínica, Apollonio (2010) contextualiza a pressão de um contexto sociofamiliar, que apoiado em um diagnóstico e na demanda pelo benefício financeiro, exigia do sujeito “a manutenção da condição de doente crônico” (p.47). Casos assim aconteceram algumas vezes durante o tempo de estágio no CAPS. Questões como religião, moralismo e preconceito centralizavam o discurso de responsáveis e familiares, construindo barreiras muitas vezes intransponíveis, fator que era tido por toda a equipe como decisivo na cronificação do caso. Para exemplificar, utilizaremos de uma vinheta clínica do trabalho de Apollonio (2016):

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 (APOLLONIO, 2016, p.47).

Para Winnicott (1975), a questão da sustentação e da ambiência são fundamentais para a ideia de espaço potencial, uma vez que podem ser organizadoras, ou ainda mais disruptivas para o usuário quando insuficiente, como no exemplo acima. Em síntese, a pesquisa mostra que o acolhimento e a atenção da equipe favorecem o estabelecimento de um *holding* suficientemente bom, e principalmente, destaca o Técnico de Referência como o protagonista de uma sustentação criativa ao usuário. Contudo, diante de um contexto de profundo sofrimento e de vínculos afetivos singulares, um *olhar de reserva* torna-se fundamental para permitir que o profissional mantenha forças e proteja sua Saúde Mental. O conceito de *holding* na realidade do CAPS parece corresponder a algo dinâmico e sempre em movimento, o que mostra que uma multiplicidade de atores podem dar origem a um *holding* produtor de saúde. Seja pela sustentação interna da equipe ou por um investimento institucional em dispositivos de atenção ao trabalhador ou usuário, passando pela presença positiva da família, parece tratar-se de uma plasticidade que constrói constantemente pontes para a uma experiência de continuidade do viver e do amadurecimento emocional.

## 4.2. *Handling*

### 4.2.1. Ambiência, maternagem e confiança

O conceito de *handling* pode nos ajudar a pensar em outros aspectos do CAPS. Nas palavras do próprio Winnicott (1975), por meio do *handling*, a mãe suficientemente boa “efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração” (p.25). É neste aspecto de adaptação ativa, assim como em sua diminuição gradativa, conforme o crescimento da autonomia, que parece se encontrar o aspecto central do *handling*. Daí a importância de considerar o ambiente não no seu aspecto estático, mas dinâmico.

Nos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde encontramos que os princípios da atenção estão refletidos nas orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS (BRASIL, 2015). No texto, é preconizado que não só os projetos arquitetônicos, mas também os projetos de ambiência estejam “em consonância com as diretrizes e os objetivos da RAPS caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária/territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas” (p.6). Neste sentido, como podemos ver até aqui, o espaço que o CAPS ocupa e a forma como é manejado, parecem carregar significados importantes para o funcionamento deste equipamento.

Por se tratar de um ambiente em que as práticas ocorrem de “portas abertas”, com a premissa acolhedora e inserido no território, os CAPS, em sua maioria, estão estabelecidos em casas amplas, com espaços internos para convivência, áreas abertas, salas de refeição e salas para atividades diversas (BRASIL, 2015). Segue uma breve descrição das recomendações elaboradas aos gestores dos serviços:

Para construir um ambiente acolhedor, de casa, e que promova a participação nas trocas sociais ou a constituição de redes ampliadas, existem componentes fundamentais tais como: locais próximos, inseridos nos territórios; entrada aberta, acessível e facilitada; ambientes agradáveis nos quais se desenvolvem cenas compartilhadas da vida cotidiana, como refeições, momentos de trocas e de convívio; espaços adaptados para as pessoas com deficiência; áreas externas com jardins e, quando necessário, espaços de brincar (BRASIL, 2015, p.25).

Apesar das orientações serem fundamentadas em estudos e, a partir da experiência de trabalhadores da Saúde Mental e militantes da luta antimanicomial, a minha experiência dentro do CAPS mostrou que a realidade não acompanha o idealizado. Apesar do breve tempo inserido no serviço, apenas um ano, presenciei uma imagem muito mais deteriorada e negligenciada dos ambientes. Com paredes mofadas e com buracos devido a infiltrações recorrentes, o aspecto do cenário é de abandono, uma vez que praticamente todos os cômodos necessitavam de reformas.

E para que sejam modificadas as ações em Saúde Mental, é necessário que todo trabalho realizado no CAPS esteja inserido em meio terapêutico, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço devem ter finalidade terapêutica. Esse objetivo é alcançado através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. O CAPS deve articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial (GUEDES et al., 2014, p.137)

No entanto, existe uma ambiência que se institui muito além da pintura ou dos arranjos estruturais dos espaços utilizados para alocar o serviço; estamos falando de uma provisão ambiental suficientemente boa. Diferentemente da parte física do ambiente, que parece ser de responsabilidade do *holding* institucional, a construção de um ambiente facilitador que possa produzir um espaço de confiança e integração ao usuário, parece ter uma ligação íntima com a qualidade do manejo que o Técnico de Referência e a equipe irão conduzir no projeto terapêutico de cada indivíduo.

Na psicologia do desenvolvimento emocional os processos de maturação do indivíduo precisam de um ambiente de facilitação para que possam concretizar-se. Este ambiente de facilitação torna-se rapidamente muito complexo. Só um ser humano pode conhecer um bebê de forma a possibilitar uma complexidade de adaptação cada vez maior, e graduada de acordo com as transformações das necessidades dos bebês. A maturação nos estágios iniciais e, na verdade, ao longo de toda a vida é muito mais uma questão de integração (WINNICOTT, 1999, p.32).

A percepção que o usuário constrói do ambiente parece estreitamente ligada à condução que os profissionais têm a partir do vínculo estabelecido. Desde o acolhimento, a constituição de uma ligação com o serviço vai se formando nas trocas com a equipe e com os outros usuários, conforme o sujeito vai se permitindo usar o espaço. Lessa (2020) traz que é fundamental, para a efetivação de um vínculo com o espaço, a continuidade do cuidado por parte dos profissionais. Podemos entender esta experiência de continuidade como uma



confiança que o sujeito deposita diante de um manejo e um *holding* suficientemente bom. Em uma passagem do trabalho de Lessa, um profissional do grupo focal mostra que pensa o espaço a partir do olhar daquele que cuida, pois planeja uma nova sala com “um ambiente mais intimista e mais propício para essa ferramenta que é da criação de vínculo, até mesmo com a possibilidade de ter um sofá... Com lenços de papel, já que a maioria das pessoas, em seu estado sofrido, chora, e quem sabe uma cortina na janela... (p.62).

O serviço de Saúde Mental de Alegrete é como uma mãe. Ele é mais que uma mãe para qualquer um dos usuários. Porque são pessoas que apesar de todos os acontecimentos lutam com o coração, elas se importam conosco [...] São pessoas que Deus colocou no meu caminho, que estão me ajudando e investindo em mim. Acreditam no meu potencial, apesar de ter os meus defeitos [...] eu consegui serviço [...] me deram curso, quando eu preciso de dinheiro eles me ajudam, arrumam serviços para eu fazer, e assim tenho meu dinheiro [...]. Me ajudaram a me formar nos cursos, nos meus sonhos, e agora estão me ajudando no meu sonho que é ter a minha casa. (Entrevistado 1) (GUEDES et al., 2014, p.140).

Em uma analogia entre o serviço e o papel de mãe que o aparelho pode ofertar, o entrevistado acima traz um bom exemplo de como a sensibilidade típica da posição materna, como vemos na teoria winnicottiana, pode estar presente no manejo delicado da equipe e do Técnico de Referência. Com um olhar centrado no usuário, por meio do investimento afetivo e intelectual no tratamento, como neste exemplo, o CAPS, assim como uma mãe suficientemente boa, pode apresentar uma sustentação em um momento de crise, conseguindo manejar o tratamento de maneira suficiente e construindo um vínculo de confiança. Como Guedes et al. (2014) encontraram, este *handling* ofertado por meio de cursos e da inserção no universo do trabalho em Alegre, teria possibilitado ao usuário referido acima experimentar um uma espécie de maternagem, algo que encontramos consonância nesta fala obtida no trabalho de Miranda e Campos (2012): “quando eu ia conversar com alguém que não era minha referência, ficava complicado, porque eu precisava explicar tudo de novo. A referência já sabe o que você pensa, o que você acha, qual a sua história, o que ela vai fazer para melhorar...” (p.522).

Em um artigo intitulado as “Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winnicottiana”, Miranda e Campos (2012) encontraram que os usuários do serviço pesquisado em Campinas conferem aos profissionais referência a

habilidade de identificar seu estado emocional, antes mesmo de conversar com eles. Neste trecho abaixo, a usuária identificada como Helena fala sobre isso:

“... É assim: os profissionais olham para os pacientes no grupo de referência, vêem aqueles que não estão com uma carinha muito boa, que não estão bem... Se alguém faltou, eles ligam para saber o que aconteceu. Reconhecem. Em certos casos, uma referência que conhece a paciente, por conversar com ela há muito tempo, poderá perceber que alguma coisa está errada, como um pensamento de suicídio... Ela consegue perceber isso dando atenção para a pessoa” (CAMPOS/ONOCKO, 2012, p. 522).

No depoimento acima encontramos um bom exemplo de como a maternagem e o *handling*, no sentido winnicotiano, do profissional referência no cotidiano pode estabelecer um ambiente de confiança. Como Helena mesmo diz, basta apenas chamar sua técnica de referência que a situação é resolvida na hora, ou seja, a profissional, assim como a figura materna, idealmente, tem a disponibilidade e a sensibilidade de (re)introduzir o mundo externo de maneira administrável para a usuária. Assim como a mãe suficientemente boa, a referência parece intermediar o contato com o fora, oferecendo uma sustentação para que a experiência não seja tomada de angústia e se transforme em um conteúdo traumático durante seu processo de tratamento (WINNICOTT, 1975).

A confiança confeccionada por meio do *handling* da equipe, neste ambiente que acolhe, parece permitir ao usuário uma sensação de segurança e uma perspectiva de que haverá uma experiência amparada e contínua em seu processo de tratamento. O espaço pode então ser usado, como podemos ver no diálogo recortado de um grupo focal da dissertação de Dahl (2012):

[Interação entre participantes do grupo e o moderador]

Moderador: - E vir para o CAPS, ajuda mais no quê, gente?

Cleusa: - A gente conversa!

Cícero: - Eu venho pra comer...

Caio: - ...Jogar bola, fazer terapia... tem amizade com um, fazer comunicação com o outro...

Moderador: - Aqui você tem amizade com as pessoas da equipe? E com os outros usuários também? E a relação com essas pessoas é boa?

Caio: - Eu converso. Nós se sente melhor com os colegas do que com a família (...), nós se sente mais a vontade... ficar entre os interno do que com a família...mais com os interno do que com a família... (...) É. nós se sente mais a vontade de ficar entre os interno do que com a família, mais com os interno do que com a família... Agora

chega em casa e tem um monte de gente que fica brigando comigo, ai aqui ...) tem outros que é cearense, outros que ... meu irmão é cearense... cearense é tudo desse jeito mesmo... é raça de cearense mesmo... (3º GF T1, Campinas) (p.139).

Em um outro exemplo, ao falar do usuário José, Apollonio (2016) descreve um sujeito tomado pela desconfiança e por um delírio persecutório que o fazia acreditar que havia sempre alguém tentando matá-lo. A confiança na Referência, e por consequência no espaço, trouxeram a ele uma oportunidade de se vincular ao serviço e se ressignificar, expandindo sua confiança para outros espaços:

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, aos 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 (APOLLONIO, 2016, p.58).

Os trabalhos consultados para a elaboração desta pesquisa estão repletos de depoimentos que descrevem o CAPS com características de um espaço suficientemente bom, capaz de despertar confiança no usuário, por meio de um manejo elaborado (APOLLONIO, 2016; LESSA, 2020, MONDONI, 2018). Guedes et al. (2014) complementam dizendo que toda a ação desenvolvida dentro do ambiente do CAPS deve ter finalidade terapêutica, uma vez que “esse objetivo é alcançado através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento” (p.137). Um ambiente que acolhe e se expande, permitindo que o usuário possa sair quando quiser e utilizar o mundo exterior de um modo mais saudável.

Aquí no CAPS a gente vai saindo da crise e vai reaprendendo com os técnicos a viver em sociedade. Eu acho interessante o tratamento daqui, em grupo, porque nós, lá fora, não vivemos separados. Não somos um indivíduo único. E precisamos reaprender de fato a conviver na sociedade (...), porque quando eu vim pro CAPS e comecei a melhorar não tive mais crises de ficar falando (Sônia, 49 anos, T1 5º GF, Salvador) (DAHL, 2012, p.138).

Em uma outra perspectiva, o ambiente também foi descrito pelo olhar de quem oferta o cuidar à pessoa em crise ou reabilitação, a equipe técnica. Em seu trabalho, Ferreira (2015) descreve que os profissionais, diante de um ambiente descrito como exaustivo emocionalmente e por vezes violento, utilizam de recursos criativos para improvisar diante de situações imprevistas. Um dos funcionários entrevistados diz “O CAPS é o dia, você não pode programar seu dia, do que você vai fazer, você tem que encaixar seu dia no CAPS. É imprevisível! Muda do nada, é uma coisa insegura. Hoje tá tranquilo, mas o CAPS é no dia só que vamos saber. É uma caixinha de surpresa” (p.83). Esta percepção, que acreditamos poder marcar como caótica, a partir do que vimos anteriormente, parece estar ligada à ausência ou insuficiência do *holding* institucional.

Às vezes a gente é tão engolida pelo que acontece geralmente no Caps, que não é uma receita de bolo... Que não é igual hospital. Você chega, pega o plantão da medicação, tem o horário de banho, tem o horário que você faz a sua evolução e aí você fecha o seu plantão e vai embora. Começa com uma agitação, aí tem outra agitação, e aí tem outra agitação e aí você vai dando conta disso que está

acontecendo e aí chega uma família agora para conversar (Sujeito 1) (MONDONI, 2018, p.76-77).

Os dados apontaram para um interessante contraste na perspectiva de usuários e profissionais. Como apontado nas falas, os usuários apresentam o CAPS como uma casa de mãe, um espaço de acolhimento que toma proporções de um lar em alguns momentos. Em oposição, os profissionais descrevem o CAPS como a casa do imprevisível, um local permeado por crises, violento e exaustivo. Isto posto, as perspectivas de cada lado irão refletir nas discussões que vêm a seguir.

#### 4.2.2. A permanência no espaço

No item anterior abordamos o ambiente como protagonista da mudança, mostrando os benefícios que podem ser obtidos pela utilização do espaço e de tudo que o permeia. Ao participar do cotidiano do serviços, no estágio, presenciei diversas situações nas quais os profissionais se queixavam do “excesso de permanência” de um determinado usuário no serviço. Ocorria de uma referência dizer que o sujeito não podia ficar dormindo ou “sem fazer nada” no ambiente e retirá-lo do Hospital Dia. Esta questão apareceu na pesquisa e ganhou relevância para entendermos como os atores se relacionam com o espaço.

Às vezes a equipe cobra quando os usuários ficam muito tempo na permanência dia, porque que ele tá na permanência dia dando trabalho? Ou tá no leito há muito tempo, a equipe cobra, quer saber. Algumas pessoas entendem que realmente qual a função do leito naquela crise, outros já acham que tem que pedir internação fora. Existem pessoas que não se apropriam do projeto do usuário e aí ficam cobrando. Essa é uma cobrança, mas aí não só para a referência é para o médico também, se vem para o leito e não troca medicação, não coloca a medicação de crise, isso gera uma cobrança.” (Sujeito 10) (MONDONI, 2018, p.69).

Em uma primeira abordagem do tema, a compreensão é de que a equipe consegue suportar a permanência do usuário por um tempo determinado. Questões como agressividade, vinculação com o serviço e postura ativa diante das atividades propostas, parecem ser centrais para aumentar ou diminuir a tolerância dos profissionais. Os trabalhos de Apollonio (2016) e Mondoni (2018), como vimos até aqui, trouxeram relatos positivos diante de usuários que trabalham, que passam o dia em oficinas e outras atividades organizadas para eles.

Ah, não, eu acho que sim, isso no dia a dia assim! Eu acho que principalmente quando é... é algum usuário que tá no leito, né?! “Ah, mas por que esse caso tá

no leito?” “Por que que tal pessoa tá no leito?” Né?! Ou: “Ah, por que que não saiu ainda?” Ou: “Por que que fulano não entra no leito?” Lógico que isso acaba acontece... acaba rolando assim... entre nós mesmos, né, equipe... (Sujeito 4) (MONDONI, 2018, p.69).

Contudo, como relatado nos trabalhos, e a partir da minha própria experiência, presenciar as condições de alta vulnerabilidade que muitos usuários vivem traz a percepção de que o ato de dormir na unidade, mais do que apenas uma ausência de ação, marca a confiança do sujeito em dormir em um local no qual se sente protegido, seguro.

O fato é que o desconforto, dependendo do caso, pode acometer grande parte equipe, colocando algum problema em evidência por meio da contratransferência suscitada. Mondoni (2018) relata que os profissionais entrevistados se queixam que muitas vezes essas situações desencadeiam crises pontuais dentro da equipe, algumas vezes as falas são percebidas como descabidas e ofensivas. As interpelações “são geralmente cobranças relativas ao motivo e ao tempo de permanência dos usuários em acolhimento integral na unidade, e que não são entendidas pela maioria das entrevistadas como tentativas de um maior entendimento do caso para uma melhor condução deste [...]” (p.69).

Após décadas do início do processo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, a presença em demasia de um usuário no espaço de um serviço substitutivo, como o CAPS, parece despertar os fantasmas de um modelo manicomial. Como Amarante e Torre (2001) esclarecem, o modelo manicomial que precisa ser superado “produziu a exclusão da loucura da vida social, fundado no princípio do isolamento terapêutico, que gerou a institucionalização do louco e sua retirada da cidade e do direito à participação social, com a perda do direito à cidade e da condição de cidadania” (p.1090). As imagens das pessoas abandonadas pelos diversos manicômios do país são fáceis de encontrar e estão presentes na memória daqueles profissionais que participaram deste processo.

Por outro lado, Winnicott (1975) defende que uma “uma provisão ambiental suficientemente boa, ou ‘ambiente expectável médio’, capacita o bebê à loucura específica permitida aos bebês” (p.102). Assim, o sofrimento estaria profundamente ligado a uma falha ou pausa no amadurecimento emocional, que mesmo no sujeito adulto, poderia ser (re)tomada em um ambiente suficientemente bom. Desta forma, ao dormir no espaço, ou criar laços sociais nele, o usuário não estaria experimentando um espaço no qual possa construir novas possibilidades sobre si mesmo? O CAPS pode ser o lar provisório que muitos brasileiros em

sofrimento mental grave não têm, sem que o sujeito necessariamente acabe se tornando institucionalizado pelo espaço?

Outra situação é a ausência de salas de descanso, ambiente adequado e climatizado, sem o necessário conforto e privacidade.

“[...] Uma coisa que estranhei aqui foi não ter o dormitório... quando se quer dormir, dorme-se no banco”. (E2) (NASCIMENTO et al., 2015, p.485).

Ao introduzir o conceito de *placement* como um modelo para a teorização do acompanhamento terapêutico, Safra (2006) destaca que a oferta de um lugar é fundamental para o processo de (re)constituição do *self*. Esta modalidade de intervenção proveniente da teoria winnicottiana remete à ideia do uso do espaço como ferramenta terapêutica, corroborando a hipótese de que o espaço físico do CAPS pode ser um dispositivo de cuidado como tal. Em referência ao depoimento anterior, pode-se dizer que alguém dorme em um lugar quando se sente seguro nele. Mesmo considerando a sonolência como efeito colateral da medicação, em alguns casos, não seria importante que, no CAPS, também se pudesse dormir (e sonhar), em um enquadre diferente de uma internação ou hospital dia?

Winnicott faz distinção entre hospitalização e *placement*. A hospitalização é um tipo de intervenção que é feita tendo muito mais a função de afastar o indivíduo, em decorrência de comportamentos disruptivos. No *placement* o que se busca é a possibilidade de o indivíduo ser colocado em uma situação que responda às suas necessidades para que possa ser acompanhado em seu tratamento (SAFRA, 2006, p.16).

Ao longo do artigo, Safra (2006), ao tratar do dispositivo do AT, entende que as anormalidades no lar primário do indivíduo marcam o caminho dos sujeitos atendidos pela psiquiatria. Assim, o autor traz que é por meio do *placement* que o paciente pode “encontrar um ambiente indestrutível no mundo físico, pois essa experiência lhe dará a descoberta do quanto pode destruir, o que lhe ofertará a possibilidade de discriminar entre fantasia e fato” (p.16). Assim, o sujeito pode encontrar meios de ressignificar sua vida original, conseguindo encarar objetivamente o seu lar original.

Não se trata só de auxiliá-lo a constituir aquilo que não foi possível dentro de um lar perturbado, mas também para que possa olhar objetivamente o lar originário e ver as características e a problemática que esse lar possuiu – o que só é possível quando ocorre a experiência de um outro lugar que oferte uma outra referência. Perspectiva importante na clínica winnicottiana, que é a possibilidade de o indivíduo vir a colocar a experiência disruptiva sob o domínio do ego (SAFRA, 2006, p.18).

A ideia de *placement* toma uma direção oposta à procura dos técnicos em manter os usuários o menor tempo possível dentro da unidade. Pensando na ideia de *placement* e espaço potencial, o fato do usuário permanecer no espaço com o *holding* necessário, pode significar um modelo de tratamento muito interessante na medida em que oferte uma ambiência suficientemente boa para que ele possa ressignificar seu processo de adoecimento, e conseqüentemente, seu modo de viver. Quanto à ideia de institucionalização que angustia os técnicos, de certo modo, talvez o abandono do sujeito no espaço, sem o manejo ou sustentação, possa sim promover a institucionalização. Contudo, se o usuário puder constituir uma nova forma de se posicionar diante do que houve em seu lar perturbado ou construir outra percepção de lar, não seria este um manejo interessante?

#### 4.2.3. A questão da agressividade

Os estudos apontaram múltiplos aspectos que podem afetar a sustentação do ambiente e o manejo dos profissionais. Contudo, os atos agressivos parecem provocar uma angústia acima de qualquer outro acontecimento, colocando equipe e usuários em conflito, longe do ideal de horizontalidade do serviço. Em seu trabalho no CAPS X, Apollonio (2016) relata que foi alvo de algumas agressões, físicas e verbais, tendo sido socorrida nessas ocasiões, assim como ela também socorreu colegas que passavam pela mesma situação no serviço. Ela relata que “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 (p.49)”. Além disso, dependendo do quadro psíquico e de qual técnico estava envolvido, o usuário poderia ser expulso do espaço ou colocado em hospitalidade diurna.

Em sua dissertação, Ferreira (2015) aborda três dimensões do ser agressivo - agressividade, agressão e violência - utilizadas para explicar como os profissionais enxergam a agressividade em um CAPS II do estado do Rio de Janeiro. A agressividade é entendida como uma “pulsão inerente ao homem. Expressa-se em ato físico ou verbal. Pode ser um soco, um xingamento ou mesmo a ação de quebrar um objeto” (p.21). Psicanaliticamente, o autor entende ser ato violento dotado de pulsão de vida, uma pulsão construtiva, que carrega uma mensagem endereçada e demandante de resposta, que se for capturada pela escuta, pode acabar interrompendo o objetivo destrutivo da pulsão de morte.



Em uma segunda dimensão do entendimento sobre ser agressivo, a autora entende que a violência “está ‘um passo à frente’ da agressividade em sua intenção destrutiva, pois ela expressa a exacerbação da pulsão de morte diante da pulsão de vida” (FERREIRA, p.21). agora não mais como um ato individual, mas sim um fenômeno coletivo e multifacetado, que pode se conceber individualmente ou coletivamente. Neste ponto, se a mensagem agressiva não pode ser capturada pelo observador, a agressividade pode se tornar violência.

Quanto à agressão, a terceira e última, a autora propõe entendê-la de acordo com o psicanalista francês Jacques Lacan, “como fruto de uma relação imaginária em que o sujeito se antecipa ao outro, em ato, sob a forma de agressão” (p.22). Ou seja, é no limite de um cenário de confronto que a agressividade se transforma em agressão. Desta forma, recorrendo à teoria freudiana, Ferreira (2015) aponta a passagem ao ato como uma agressividade proveniente da pulsão de vida, de Eros, sobretudo na medida que possa ser aceita e suportada. A supressão do ato pela violência pode encerrar a possibilidade de construção e instaurar uma resposta violenta.

De fato, temos em nossas referências teóricas o mesmo esforço de diferenciação que coaduna, em parte, com aquilo que podemos considerar respectivamente verbal e físico, se tomamos o verbal como tentativa construtiva de simbolização e o ato físico como aquilo que não foi simbolizado e é passagem ao ato, tendendo à destruição. Relembramos que, de acordo com a teoria, na agressividade vencem as forças correlatas a Eros (pulsão de vida) que são construtivas, enquanto na violência vigora a intenção disjuntiva de Thanatus (pulsão de morte) (FERREIRA, 2015, p.56).

Em um outro olhar sobre o tema, Miranda e Campos (2013), amparadas na teoria winnicottiana, entendem que uma vez iniciado o processo de análise, ou o cuidado com um Técnico de Referência, se pensarmos na realidade do CAPS, o profissional precisa continuar com ela, encontrar formas de sobreviver a ela e ir até o fim da mesma. Neste sentido, o analista deveria ter “disponibilidade para ser destruído pelo paciente, para ter suas limitações desvendadas e sobreviver a esse processo agressivo, essencial para o desenvolvimento da capacidade de contato com tudo o que representa o outro” (p.110). E como todo processo, o cuidado deve cessar para que o sujeito viva uma vida de forma integral.

A agressividade, diante de um *handling* suficientemente bom, parece ser lida como um pedido de ajuda, pois ao ser captada pela equipe ou pelo Técnico de Referência, e suportada, o manejo pode impedir que o ato agressivo escale para a violência e para agressão, abrindo uma oportunidade para ir ao encontro de conteúdos importante que emergem do usuário. Assim,

mais adiante na discussão, Ferreira (2015) entende, diante das entrevistas, que surgem dois modos pelos quais os profissionais significam o ato agressivo. Nos depoimentos, eles deram aos atos um contorno que impossibilita um manejo terapêutico, quando ato é traduzido como violento, voluntário, ou, em oposição, entendido pelo profissional como desprovido de intenção, uma vez que a ação é de responsabilidade da patologia e não do sujeito. Segundo a autora, “mais de um entrevistado mencionou que atos violentos e agressivos eram independentes da vontade dos pacientes e apontaram a patologia como uma possível causa dos acontecimentos (gerada pela doença) ou ao menos como um fato fortemente relacionado aos mesmos” (p.62-63).

P: “Levo [o caso para reunião] até porque pode ser um indício de crise e a gente já fica fazendo um trabalho diferenciado em cima desse paciente.

(...)

E: “São poucos [os pacientes que você está mais próxima]” ? Você acha que esses têm também atos de agressividade?”

P: “Tem, lógico que tem! Quando tá em crise tem!”.

(FERREIRA, 2015, p.64, grifo do autor).

Por se tratar de uma dissertação com o objetivo de estudar a percepção dos profissionais diante dos atos violentos e agressivos, Ferreira (2015) contribui com dados muito interessantes sobre esse momento que parece mobilizar tanta energia psíquica dos usuários e da equipe. Em uma reflexão importante, a autora destaca a frequência com a qual os profissionais relacionam os atos a momentos de “crise” do usuário, o que no seu entendimento, o qual compartilho, é um pensamento reduzido frente a um fenômeno que muito interessa a todos que trabalham neste contexto. Ao assumir a crise como regra para um ato agressivo, os profissionais podem perder a riqueza de um discurso polissêmico, pois como a autora explica, “por conteúdo polissêmico compreendemos o fato descrito pelos entrevistados de um mesmo ato pode comportar várias interpretações e vários significados” (p.57). Em resumo, reduzir os atos agressivos que são endereçados a um determinado profissional ou ao serviço, a produtos de um processo de crise, parece perder a grandeza e a complexidade que este ato abarca.

Ao pensar a partir deste contexto, trago exemplos que demonstram como a crise pode assumir um contorno sem agressividade e que situações de agressividade não necessariamente acontecem em meio a uma crise. Durante meu estágio, pude algumas vezes me deparar com uma usuária que entrou em uma crise tão profunda que parou de se alimentar, andar e falar,

sem nenhum problema fisiológico ou sinal de agressividade. Do outro lado, presenciei uma discussão extremamente agressiva entre dois usuários, que consegui interromper me colocando entre eles. Apesar da agressividade, pouco depois os dois usuários voltaram para a convivência, sem nenhum sinal de crise, apenas exaltados com a discussão.

Toda crise precisa de remédio? Não. Toda crise tem a ver com violência? Não. Não mesmo, raras, raríssimas. Então tem aí certo equívoco de muitas pessoas: ah, tem pessoas na equipe nesse CAPS que acham que na crise põe pra fora [do serviço] porque acha que não tem condições de tá no CAPS (FERREIRA, 2015, p.65-66).

Na perspectiva de Mondoni (2018), “a crise muitas vezes aparece então como aquilo que desorganiza uma suposta rotina do serviço, trazendo demandas inesperadas e muitas vezes urgência de serem tratadas” (p.67). Nos depoimentos colhidos neste trabalho, o autor traz que as crises parecem ocupar grande espaço do tempo das equipes de trabalho em uma unidade do CAPS, reduzindo o tempo dos profissionais para lidar com outros casos.

Assim, do quanto que a gente... “deixa de lado o importante e vai cuidar do urgente!” Eu acho que a gente não conseguiu ainda... deixar de operar nessa lógica! A gente fica atendendo crise, acolhendo crise, atendendo o urgente, que sim, é uma parte do trabalho do CAPS, mas é uma parte! Hoje eu acho que... vamos dizer assim, tá quase que o todo, entendeu?! O que deveria ser uma parte tá quase que o todo! Eu acho que a gente fica muito envolvido com as urgências... (Sujeito 7) (MONDONI, 2018, p.67-68).

De acordo com Mondoni (2018), a função de acolher uma situação de crise “surge como um ponto bastante mencionado entre as entrevistadas e de forma ambígua” (p.100). Os discursos podem variar, pois em alguns casos, os entrevistados defendem o acolhimento do momento em toda sua integralidade, mas há profissionais que entendem que deve haver uma contenção rápida do momento e acelerar o processo de “estabilização” do usuário.

Neste sentido, outra colaboração de Ferreira (2015) foi trazer o reflexo da falha do *holding* institucional como um possível fator desencadeante de momentos de crise. O ambiente compartilhado pela equipe e pelos usuários pode sofrer com intempéries do tempo, como no caso de chuva, como veremos no exemplo seguinte, mas seria a falta de amparo institucional que agravaria as condições precárias de muitos CAPS. Além disso, o suporte dado aos profissionais pode ser decisivo para que o manejo seja uma resposta ao ato ou uma oportunidade de escuta.

“no dia de chuva intensa a gente via os pacientes terem que se amontoar numa sala pequena pra almoçarem porque não tem mais toldo. (...) Então a gente tem que

amontoá-los naquela sala ali 50, 60 pacientes, às vezes 70, 80 pacientes por dia. (...) Então já começa assim... São sequências de violências que muitas vezes não são nem por desejo, não é uma coisa que a gente provoque; vínculo precário de trabalho (são contratados por RPA – esquema autônomo – e ficam períodos sem receber ou recebendo remuneração com atraso), “isso, tem uma crise pra Saúde Mental. Reflete na maneira como as pessoas vem trabalhar (pequeno silêncio),... na ausência delas. Uma vez que a pessoa não recebe, não vem trabalhar, o paciente diz: ‘cadê minha referência, fiquei sem meu ponto de referência, ‘eles falam’; falta de medicação na rede “falta medicamento, e isso tá acontecendo com frequência, isso não é raro. E logo começa, a gente vai ver e começa que o próprio ambiente passa a ser um ambiente tenso, na relação entre os pacientes, e na relação com os técnicos, se estabelece uma tensão e eu acho que eles ficam vulneráveis à agressão física. Sabe? Ao ato. Assim, essas situações são de vulnerabilidade” (FERREIRA, 2015, p.64).

Por outro lado, a crise desempenha um papel interessante se pensarmos em sua capacidade de comunicar aquilo que o sujeito não encontrou espaço, confiança ou meios para dizer. No momento de crise parece surgir uma oportunidade, uma vez que a experiência de continuidade foi rompida e há elementos que forçaram sua presença por meio do ato de um ou mais sujeitos. Seja pelas tensões que a ausência do *holding* institucional pode favorecer, ou pela reação de um usuário a alguma falta na provisão ambiental, a crise pode ganhar contornos positivos e potencialidade, quando se dá espaço para o acolhimento da crise acontecer por meio de sua escuta.

mas por outro lado também a gente pode pensar a crise não só como um/ um período de prejuízo e suspensão assim do sujeito... mas também como um momento de muita produção... mas também de um trabalho psíquico também do sujeito né?... (Sujeito 4) (MONDONI, 2018, p.101).

Desta forma, a crise que o ato agressivo promove nas relações dentro do CAPS parece mostrar que o *handling*, quando efetuado de maneira apropriada, pode permitir que o usuário fale por meio de um momento de produção subjetiva. Psicanaliticamente, Mondoni (2018) entende a crise como “um momento de ruptura com os laços instituídos, já que estes não abarcam alguma parte importante da vida psíquica do sujeito que insiste em ganhar seu espaço e expor sua demanda, portanto uma nova configuração subjetiva” (p.101). Além disso, os reflexos destes momentos na equipe podem instituir uma crise, que como vimos anteriormente, quando suportada e tensionada, representa uma oportunidade para o crescimento da equipe e do serviço.

#### 4.2.4. Paradoxo presença ausência no manejo do Profissional

Em seu texto, Miranda e Campo (2013) trabalham a questão das fronteiras éticas nesta relação íntima que o sujeito pode estabelecer com o profissional referência. Pautado na psicanálise, a discussão traz a ideia do binômio “presença implicada-reserva”, muito interessante para discussão sobre essa relação central para nosso problema de pesquisa. Este conceito nos fez entrar em contato com o livro “Ética e técnica em psicanálise”, dos autores Luís Cláudio Mendonça Figueiredo e Nelson Coelho Junior, que nos ajudará a construir uma discussão em psicanálise em torno da presença e da ausência do profissional diante da demanda endereçada a ele, pelo usuário.

Em uma densa construção teórica, Figueiredo (2000) apresenta uma linha de pensamento que nos leva ao conceito de presença implicada e presença reservada. Tomando como base o conceito de *reserva de si* (um ato de conservar reserva de investimento libidinal no eu), o texto aponta que “a meta é sempre a mesma: *criar e preservar as reservas de si* para, nesta *presença reservada*, nestas *ausências*, se instalarem os espaços do processo de cura” (p.38, grifos do autor). Desta forma, a técnica deixa de se sustentar em um código de conduta, e passa buscar sustentação em uma posição, em um lugar do analista.

O analista, ao se fazer presente, seja por meio do *holding* ou do *handling*, “seja deixando-se levar pela dinâmica do campo transferencial-contratransferencial, *implicando-se*, partes mais ou menos importantes da “pessoa real” do analista (...) [são] disponibilizadas para certos usos e invenções do paciente (FIGUEIREDO, 2000, p. 33, grifos do autor). Assim, o analista se faz presente (implica-se), faz alguma coisa que modifica o campo; contudo, é igualmente necessário que ele também se reserve. Desta forma, a arte desse interjogo parece ser saber quando se deve implicar, quando se deve ficar em reserva. De certa forma, o entendimento é que ao permitir que o paciente o use como objeto de sua agressividade, cabe ao analista responder aos ataques por meio da *reserva de si*, uma ausência que permite a ele repor suas reservas psíquicas. Na opinião do autor, é na interrupção desta dialética que os impasses são criados, seja pela invasão da presença, seja pela reserva sem presença do analista. No exemplo a seguir, a profissional narra que utilizou o próprio corpo como forma de manejar o ato agressivo do usuário.

“Teve, essa semana passada teve uma discussão aqui atrás onde ele pegou uma madeira grande e eu tive que me meter no meio dos dois. Porque até o porteiro chegar, até o pessoal vir e eu já tava ali no caso. Aí eu tive que vir e me meter no meio mesmo se não ia um machucar o outro. Porque as agressões mesmo, eles pegam mesmo pra matar o outro. Eles não largam” (FERREIRA, 2015, p.79).

Em um único movimento, ao se colocar em meio ao conflito, a profissional implica sua presença, comunicando ao sujeito que pode conter sua agressividade e sobreviver. Ao manejar uma passagem ao ato de um usuário, em consonância com Miranda e Campos (2013), a profissional mostra que ao se implicar, livrando seu manejo de censuras e controles impostos pela consciência, sua ação impossibilita que a situação agressiva entre os usuários se transforme em violência.

Foi interessante encontrar que na sequência da teorização de Figueiredo (2000), o autor faz uma referência direta do paradoxo presença ausência com o conceito de espaço potencial winnicottiano. Segundo o texto, o analista vai ofertar a sua progressiva ausência, pois em sua presença, assim como uma mãe suficientemente boa faz, o analista pode oferecer condições para a emergência do desenvolvimento emocional do outro. Assim sendo, “o espaço potencial é aquele em que se instaura um paradoxo de presença e ausência, de proximidade e distância” (p.31), em uma terceira área da existência. Neste paradoxo, cria-se um lugar do entre, sendo simultaneamente ambas e nenhuma, em um lugar no qual “podem emergir os recursos do jogo e da simbolização, ou seja, as representações da ausência, o *“faz-de-conta”*” (p.31).

Neste contexto, por representar boa parte dos usuários atendidos no CAPS, os sujeitos com estrutura psicótica parecem demandar grande parte da atenção no serviço. Como foi bem ressaltado por Apollonio (2016), um fator fundamental do vínculo transferencial entre técnico e usuário é a contratransferência que desperta no Técnico de Referência e como este conteúdo pode ser trabalhado pela equipe. Ao se apoiar na literatura winnicottiana, a autora entende que por terem vivenciado falhas ambientais graves em um fase primeira do desenvolvimento, os sujeitos psicóticos “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 (p.68-69). Desta forma, em consonância com as ideias da Apollonio (2016), é possível pensar que o fracasso ambiental no sujeito psicótico provoca uma espécie de suspensão do processo de amadurecimento. Assim, quando o sujeito

tem a oportunidade de encontrar um ambiente suficientemente bom, segundo a autora, surge a possibilidade de retomar o processo de amadurecer emocionalmente.

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 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) (APOLLONIO, 2016, p.69-70).

Todavia, o apuro técnico necessário para este tipo de manejo, que parece ser requisitado a um analista desta abordagem, produz um questionamento: até que ponto este *handling* pode ser esperado de todo profissional da Saúde Mental ou do CAPS como instituição? Apesar de seguir diretrizes nacionais que orientam a atuação, o CAPS apareceu nas pesquisas descrito de uma maneira singular por cada pesquisador, mostrando como o serviço assume uma atitude diferente de acordo com o território e a equipe de trabalho. Desta forma, esperar um manejo especializado, que seja compartilhado por grande parte dos técnicos, ainda parece distante da realidade do serviço, mas permite reflexões sobre o futuro.

O *handling*, ao ser colocado em destaque, nos mostrou que o manejo do Técnico de Referência, assim como o de uma mãe suficientemente boa, pode oferecer ao usuário uma sensação de confiança, transformando-se na base para a construção de uma provisão ambiental suficientemente boa. Mesmo questionada, a permanência deste usuário dentro do espaço físico, parece ocupar uma dimensão de um lar, um território em que as relações podem ser incentivadas, utilizando dos vínculos e do uso do espaço de forma terapêutica. Além disso, a agressividade, destaque nos depoimentos, apesar de produzir situações críticas que colocam em questionamento os limites da relação técnico-usuário, mostra que há, nela, um potencial de transformação. Assim, a partir do *handling* do profissional que possa saber quando implicar sua presença e quando se colocar em reserva, suspendendo sua censura e seu moralismo interno, acreditamos que o ambiente se torne suficiente para que o sujeito possa retomar seu processo de amadurecimento e experimentação. Contudo, se faz necessário

destacar o elevado grau de apuro técnico que este *handling* demanda do profissional, algo que não apareceu com destaque nas pesquisas.



### 4.3. Apresentação de objetos

#### 4.3.1. Relação objetal com o outro: a terapêutica na identificação

Assim como previsto na introdução do trabalho, o conceito winnicottiano de apresentação de objetos assumiu um papel importante no percurso da pesquisa, e consequentemente da análise dos dados. A partir da teoria winnicottiana, é por meio de um *holding* e *handling* suficientemente bons que o sujeito pode ser inserido gradativamente na realidade e iniciar o caminho em direção a uma relação saudável com os objetos. Neste sentido, ser capaz de se utilizar dos objetos de uma maneira favorável parece marcar o processo de recuperação de um sujeito acometido por um sofrimento grave. Contudo, emergiu dos dados uma perspectiva não esperada, a ideia do outro usuário como um primeiro objeto apresentado pelo CAPS ao sujeito, estabelecendo a hipótese de que esse encontro possa carregar um potencial terapêutico durante o tratamento no serviço.

Em relação à percepção das participantes frente às outras pessoas, referem sentirem-se melhores com as pessoas que possuem transtorno, o que parece estar relacionado à liberdade de poderem expressar e ser o que realmente são, uma consequência da escolha da companhia de quem tem estigmas semelhantes. Os alinhamentos intragrupais ou a tendência a se estratificarem com os seus pares, parece dar-lhes mais segurança e compreensão (NASCIMENTO et al., 2015, p.486).

O trecho acima destacado traz uma importante reflexão sobre a identificação que o usuário constrói com outras pessoas em sofrimento psíquico. Neste artigo, Nascimento et al. (2015) destacam o CAPS como importante fonte de suporte e apoio emocional, uma vez que o ambiente tem presente “a compreensão de que todo ser humano é passível de adoecer e pessoas com problemas semelhantes podem ser exemplos de superação e motivação, mesmo as mais debilitadas possuem potencialidades a serem acessadas” (p.483). Assim, mais do que pensarmos o espaço ou a equipe técnica, a vinculação dos indivíduos com seus pares, neste espaço parece fundamental para que o sujeito possa ver a si mesmo no olhar do outro que sofre como ele. Como consequência, essas relações podem auxiliar na redução da angústia em meio ao processo de adoecimento, uma vez que contribuem para o estabelecimento de uma provisão ambiental satisfatória.

“[...] Vendo pessoas que tinham os mesmos problemas que eu. Fui melhorando”.  
(E2)

“[...] Sinto-me melhor com pessoas com transtorno, porque me entendem”. (E1)

“[...] Eu os percebo super dependentes daqui [CAPS]. Acho que tem gente que tem medo de sair daqui, porque se sentem mais confortáveis em poder conversar um com o outro. Eles têm o acolhimento, a conversa que não têm em casa. Aqui se abrem mais, brincam, mostram o que são. Porque se forem desabafar em casa e chorar, a família vai achar que tá em crise e logo interna. Não pode fazer uma coisa que é crise, se chorar é crise, se rir é crise” (E3) (NASCIMENTO et al., 2015, p.483-484).

O depoimento do entrevistado 3 (E3) mostra que a discussão anterior sobre a permanência no espaço encontra ressonância nas falas dos usuários. Em sua fala, E3 descreve um ambiente no qual os sujeitos encontraram uma forma de experienciar a vida de forma espontânea e criativa, um suporte que o ambiente familiar não parecia capaz de sustentar.

O legal de a gente ta tratando da patologia aqui é que nós conseguimos avaliar as outras pessoas que têm a mesma patologia, talvez em maior grau ou em menor grau. A gente consegue discernir, o discerni (sic) da patologia do próximo e ver até que ponto vai o controle daquele próximo daquela pessoa que tem também a patologia. Eu acho interessante isso. Eu penso que eu notava que uma pessoa tava em crise quando eu via na rua mesmo sem tomar banho quase desnudo, à toa, sujo com mau cheiro e aquilo me dava um pouco de medo. Não era preconceito, era receio de a pessoa me agredir por nada. Porque a pessoa que tem a patologia e não está medicada pode pensar que a pessoa ta mexendo e a pessoa nem ta mexendo e partir... (Silvio, 60 anos, 5º GF T1, Salvador) (DAHL, 2012, 146-147).

Apesar da tendência de pensar que o efeito terapêutico provém das ações dos profissionais, o depoimento dos usuários parecem nos dizer que não só. Fazendo uma analogia com o *holding* que uma mini equipe referência pode oferecer ao técnico mais ligado a um usuário, os usuários também proporcionam uma sustentação a cada um. Em algumas oportunidades, durante o estágio no serviço, pude presenciar momentos em que os próprios usuários acolhiam um colega que estava em um estado emocional que demandava atenção. Sem hesitar, usuários acudiam outros usuários que choravam, tentavam apartar brigas e defender seus pares diante do que entendiam ser um manejo injusto por parte de um membro da equipe. Como exemplo, um usuário descreve que tenta ajudar os outros “que têm menos condições psicológicas do que eu. E como sou mais são do que eles, psicologicamente, eu

procuro ajudar, porque eles não têm noção nem nada, procuro ajudar, conversar com eles, dialogar com eles” (Ent. 9) (GUEDES et al., 2014, p.140).

Conforme o apreendido na pesquisa, a capacidade de fazer uso de uma relação objetal não pode ser considerada inata no sujeito. Como o próprio Winnicott (1975) argumenta, “o desenvolvimento da capacidade de usar um objeto constitui outro exemplo do processo de amadurecimento, como algo que depende de um meio ambiente propício” (p.125). Desta forma, apesar de haver profissionais que podem achar que isso leva à dependência do espaço/instituição, como Mondoni (2018) observou e eu pude observar no estágio, o espaço parece ampliar seu potencial terapêutico na medida em que propicia o gesto espontâneo do usuário. Para exemplificar, ao chegar para o meu primeiro dia no serviço, fui acolhido por uma usuária que antes mesmo da equipe, me acompanhou e apresentou toda a instalação e as pessoas com quem eu iria trabalhar. Ou seja, é no contexto CAPS que objetos são apresentados, favorecendo o seu uso pelos usuários.

#### 4.3.2. A agressividade dentro da unidade: o potencial terapêutico do objeto que sobrevive

No item anterior trouxemos a primeira ideia de objeto apresentado ao usuário. Contudo, para se fazer uso do objeto, segundo Winnicott (1975), necessita-se de uma qualidade que o desenvolvimento não pode dar como certa no indivíduo: a mudança psíquica para o princípio da realidade. Segundo o autor, é apenas devido ao sucesso da destruição do objeto e de sua sobrevivência agora como objeto externo, que o sujeito pode dar entrada no mundo dos objetos. Neste contexto, como vimos no *handling* (4.2.3), a questão da agressividade encontra diversas formas de manejo dentro de um serviço como o CAPS. Ao escapar de respostas contratransferenciais, quando o técnico ou equipe conseguem dar continência ao ato agressivo, a escuta deste fenômeno parece oferecer uma riqueza de conteúdo psíquico do usuário e permitir ao usuário que veja o profissional sobreviver ao seu endereçamento.

[...] Se for em uma análise que isso esteja se realizando, então, o analista, técnica analítica e o cenário analítico, todos entram como sobrevivendo ou não aos ataques destrutivos do paciente. Essa atividade destrutiva constitui a tentativa, empreendida pelo paciente de colocar o analista fora da área do controle onipotente, isto é, para fora, para o mundo. Sem a experiência da destrutividade máxima (objeto não protegido), o sujeito jamais coloca o analista para fora e, portanto, não pode mais do

que experimentar uma espécie de auto-análise, usando o analista como projeção de uma parte de seu eu (self). Em termos de alimentação, então, o paciente pode alimentar-se unicamente do eu (self), e não pode usar o seio para nutrir-se. O paciente pode inclusive ter prazer na experiência analítica, mas, fundamentalmente, não sofrerá qualquer mudança (WINNICOTT, 1975, p.126).

Na passagem abaixo, Apollonio (2016) traz a vinheta clínica do usuário Jorge, um homem que passou por psicoterapia clínica com a autora da pesquisa. Assim como muitos dos usuários com quem tive contato no estágio, Jorge constitui relações sólidas de família e trabalho; contudo, em um momento de ruptura, ele desenvolve um quadro psicótico e violento que marca a sequência da sua vida.

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 sialorréia 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) (p.71-72).

É interessante observar neste caso, que a analista pôde manejar suficientemente bem, por meio da implicação de se colocar de frente a um paciente agressivo, mas não deixando de se colocar em reserva, ao organizar um ambiente seguro para ela e contar com os colegas. A provisão ambiental deste *setting* pareceu contribuir para que ela conseguisse sobreviver aos “murros e cabeçadas nas paredes e portas da sala” desferidos pelo usuário. Em uma leitura da cena, a terapia foi agredida, mas pelo manejo da analista, conseguiu sobreviver, podendo ser usada por Jorge, que pôde resgatar seu controle emocional.

Em uma outra vinheta clínica, Apollonio (2016) traz o caso de Givanildo, um exemplo de quando a agressividade não pode ser suportada pela equipe e o usuário tem dificuldades de fazer uso do serviço. Neste caso, o histórico do sujeito dentro dos hospitais manicomial e os episódios de violência e agressões marcaram o *holding* e o *handling* 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 (APOLLONIO, 2016, p.58-59).

Pensando por meio da vinheta do caso, Givanildo parece despertar uma divisão na equipe técnica do CAPS. A falha ambiental na infância marca sua história, desde o abandono dos pais biológicos até a possível situação de abandono de incapaz, por parte da família adotiva, já na vida adulta. Contudo, o usuário parece conseguir formas alternativas de se vincular ao serviço, pois sente a segurança de pedir ajuda quando não consegue mais dar conta do mundo de fora. Talvez no limite, o CAPS sobrevivia às suas agressões, permitindo a ele continuar recorrendo ao seu serviço.

Em resumo, os dois exemplos mostram como o usuário pode usar o objeto que sobrevive de maneira singular. Trazendo as palavras de Winnicott (1975), “não há raiva na destruição do objeto a que me refiro, embora se possa dizer que exista alegria pela sobrevivência do objeto” (p.130). A provável alegria do usuário em ver que o Técnico pode sobreviver ao seu ato agressivo, muitas vezes não suportado por ninguém, apresenta um objeto possível de ser usado e acessado em qualquer momento.

#### 4.3.3. O uso do AT como um fenômeno transicional

O Acompanhante Terapêutico, ou AT, sem dúvida, foi o dispositivo usado dentro do CAPS que mais chamou a minha atenção durante o período que estagiei no serviço. Por meio da experiência de acompanhar um usuário por um semestre, tive a oportunidade de ver as potencialidades que esta ferramenta oferece aos profissionais. Nas pesquisas, a minha experiência pôde ressoar nos depoimentos de alguns profissionais e produzir na pesquisa uma reflexão sobre esta ferramenta.

Diferente de como acontece com o usuário, que de forma espontânea às vezes oferece uma possibilidade terapêutica a outros usuários (item 4.3.1), o AT é um recurso que faz parte da estrutura do serviço e pode ser utilizado pela equipe. Ferro et al. (2018) entendem que, por se tratar de uma atuação amorfa e por estar em circulação pela cidade, o AT caracteriza-se como uma atenção singular, que de maneira crítica e próxima a realidade do usuário, promove ações direcionadas às demandas dos sujeitos e de sua rede de apoio. Ainda segundo o autor, o AT atua na transição entre serviços, entre o lazer e a cultura, imprescindíveis para o usuário e o seu tratamento. Safra (2006), porém, destaca que se trata de algo mais do que isso:

Tenho observado em diferentes atendimentos realizados com acompanhamentos terapêuticos que ao lado da possibilidade de auxiliar os pacientes no estabelecimento de funções psíquicas e em seu trânsito em meio à realidade compartilhada, o profissional lhe oferta um lugar ético constitutivo (SAFRA, 2006, p.15).

No mesmo contexto, Safra (2006) conclui que ao captar o idioma pessoal do usuário, o profissional torna possível a criação de um lugar de sustentação para o sujeito. Desta forma, “permite que ele sinta-se reconhecido e possa se beneficiar da transferência subjetiva como um lugar a partir do qual poderá vir a reencontrar seu gesto frente a um outro ser humano, e desse modo projetar um horizonte possível para si mesmo” (p.19). Assim, podemos pensar que ao conseguir usar estes objetos, o usuário encontra sustentação para circular em sociedade e viver de uma forma mais criativa.

Eu gosto muito da clínica do AT, acho uma clínica interessantíssima, com os psicóticos, com os neuróticos não, no sentido de poder construir uma circulação pelo território, como ele mapeia o território, o que estrutura essa circulação. Agora, eu tenho uma frase é assim, o AT é uma clínica cara. Não deveríamos usar o transporte para isso temos que usar os elementos que são pertinentes ao caso, ir a pé ou de ônibus, se a família não traz, é interessante que seja trabalhada esta autonomia. Ou então ele vai ficar usando o transporte eternamente. Fazer esse trajeto da casa para o CAPS e do CAPS para casa é uma manhã, investimento de tempo muito grande, é difícil ter 4 horas livres na semana, acontecem muitas intercorrências, ligações de telefone, pacientes que não estão bem, relatórios para fazer, e aquilo que seria um tempo livre vai ficando cheio. Então eu diria que a clínica do fora do CAPS, que tem uma potência imensa, e que em última instância, é aquilo o CAPS se propõe, isto deveria estar absolutamente presente, você não consegue fazer pela quantidade de demandas que te seguram dentro do serviço. E que, por outro lado, se você não fizer a culpa vai ser sua (Sujeito 5) (MONDONI, 2018, p.82).

Por mais que a fala do profissional reforce a ideia de ver o usuário fora do serviço como uma solução, o depoimento ilustra esta transição de um momento de dependência, para um estado de dependência relativa ou autonomia do sujeito por meio do AT. De acordo com Mondoni (2018), as entrevistas com profissionais da Saúde Mental destacaram a importância de dar suporte aos projetos do usuário fora do CAPS e de “construir espaços de circulação, a ampliação da clínica ao se aproximar de suas casas e do território que os circunda, como forma de trabalhar e aumentar sua autonomia” (p.82).

eu acho que uma atividade/um recurso que eu gosto bastante é a ideia dos acompanhamentos terapêuticos... é de elaborar... éh... o que da vida surge... o que da vida surge como uma demanda inclusive éh... em vias das dificuldades dos sujeitos né... seja: em poder circular na cidade seja em poder mesmo dar conta de se apresentar para essa necessidade que está em pauta e de poder fazer junto né?... éh... estar mais próximo da casa... acho que nesse momento também tenho me visto assim muito pegar pelas questões que diz respeito da rede familiar de cada um deles... éh... então hoje tanto o acompanhamento terapêutico quanto as visitas domiciliares assim tem entrado para mim como um norte para esse processo de referência... (Sujeito 4) (MONDONI, 2018, p.82).

A ideia dessa clínica do AT parece se localizar em um território intermediário, onde o sujeito não está dentro, mas também não está totalmente fora do serviço, em um espaço que permite uma incursão criativa ao mundo exterior. O AT poderia ser entendido como um objeto transicional, no sentido winnicottiano, pois possibilita que o sujeito experimente algo externo ao CAPS. Winnicott (1975) diz que “não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado” (p.30). Ou seja, o dispositivo é uma possibilidade de um *handling* do profissional, que ao criar um *holding* suficientemente bom para o usuário, no AT, permite ao sujeito que experiencie o sucesso e o fracasso de transitar no fora, de forma segura e potencialmente prazerosa.

Em suma, a capacidade de fazer uso dos objetos, desde a mais tenra infância, estabelece meios para que os sujeitos possam estabelecer vínculos saudáveis e poder circular entre diferentes territórios. Assim como na teoria winnicottiana, o CAPS mostra que quando o Técnico de Referência sobrevive aos atos agressivos de um referenciado, este abre espaço para uma produção do sujeito que precisava ser vista, mas não encontrava maneiras de se fazer presente. Em meio a tudo isso, os usuários e seus pares mostraram que o *holding*



também pode partir deles mesmos, diante de um processo identificatório com outro na dor e em sua transformação. E como ferramenta do serviço, o AT é outro objeto descoberto, um dispositivo que atua em um terceira área, uma área da transitoriedade, que reapresenta o mundo externo ao usuário, sem que haja rupturas na experiência com o mundo subjetivo. Desta forma, a apresentação de objetos parece estar presente na rotina do CAPS, seja pela convivência dos usuários, seja pelas ferramentas de manejo dos profissionais, desenhando um espaço potencial.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero que tenha chegado o momento em que a teoria psicanalítica comece a prestar tributo a essa terceira área, a da experiência cultural, que é um derivado da brincadeira. Os psicóticos insistem em nosso conhecimento dela, e sua importância cresce para nossa avaliação das vidas dos seres humanos, antes que de sua saúde. (As outras duas áreas são a realidade psíquica pessoal, ou interna, e o mundo real em que o indivíduo vive) (WINNICOTT, 1975, p.142).

A citação acima, sem dúvida, é uma das passagens que mais marcou a minha leitura do livro “O brincar e realidade” de Donald W. Winnicott. Décadas antes da Reforma Psiquiátrica ou do Movimento da Luta Antimanicomial, o psicanalista britânico já falava sobre a importância de olharmos para o que o psicótico estava mostrando acerca de uma área intermediária da experiência, entre a subjetividade psíquica e a objetividade do mundo. Os depoimentos dos usuários atendidos pelos CAPS recolhidos na pesquisa, parecem também apontar para a importância deste lugar. Mas então, poderíamos concluir que o CAPS, na perspectiva de usuários e técnicos, apresenta características de um espaço potencial no sentido winnicottiano?

Assim, para a formação de um espaço potencial, segundo a teoria winnicottiana, o sujeito necessita de uma maternagem suficientemente boa, atuando por meio de adaptações ativamente coordenadas diante da imprevisibilidade do ambiente. Este primeiro *holding* é essencial para que o bebê faça a transição entre experiência de um estado de soberania sobre o mundo (onipotência), característico do estado fusionado com a mãe, para viver uma experiência externa a mãe, mas manejada por ela, como forma de evitar que eventuais fracassos em lidar com as demandas de um mundo externo possa se tornar algo do traumático. Se o *handling* ocorre suficientemente bem, o mundo externo é suportado, e assim, nasce um espaço potencial na vida do sujeito, por meio da confiança na provisão ambiental, abrindo espaço para um viver mais criativo e para o uso de sua personalidade integral.

Projetando este conceito sobre o CAPS, a tecnologia do acolhimento demonstrou qualidades dignas de uma maternagem winnicottiana. Por ser esta ferramenta que acolhe o sujeito em sua entrada no serviço, parece atuar recebendo o usuário em “seus braços”, e como se fosse um *holding* materno, procura dar suporte ao sujeito em sofrimento, oferecendo segurança para a experiência do tratamento. Por ser uma tecnologia leve e amplamente

defendida nas diretrizes e na literatura em Saúde Mental, o Acolhimento mostrou ser essencial para o *holding* inicial que um pessoa em sofrimento grave necessita, ao buscar a atenção do serviço (BRASIL, 2010; BALLARIN et al, 2011; LESSA, 2020). Por consequência, um acolhimento bem estabelecido pode definir a qualidade da experiência que o usuário terá dentro da instituição e no contato com os profissionais.

No entanto, para que o acolhimento seja bem sucedido, os profissionais devem estar bem preparados e apoiados pela instituição, caso contrário, a tecnologia pode colaborar para o afastamento do usuário. Assim, com a responsabilidade de conduzir a etapa do acolhimento, o técnico que acolhe na maior parte das vezes é concretizado como Técnico de Referência. Desta função, assim como Winnicott (1975) descreve o que espera de mãe suficientemente boa, parece ser demandado que o profissional promova adaptações ativas às necessidades do usuário, mas que vá gradativamente diminuindo este movimento adaptativo, como forma de permitir sua reinserção na sociedade de acordo com a evolução da capacidade do sujeito de lidar com as frustrações e desadaptações em seus movimentos de autonomia.

Contudo, por ser demandado do técnico uma relação próxima, que por vezes se torna íntima com os referenciados, a subjetividade do profissional aparece intrinsecamente ligada ao manejo, que acaba atravessado por questões morais e pela ideologia de quem o conduz. Para lidar com estas questões contratransferenciais e suportar a carga emocional dos atendimentos dentro CAPS, os conceitos de *olhar de reserva* e do *paradoxo presença ausência*, ambos cunhado por Figueiredo (2000), encontram ressonância nos casos clínicos, produzindo uma forma interessante de olhar para a atuação do profissional. Ao adotar um *olhar de reserva*, o que vimos na literatura como um suporte institucional por meio das supervisões clínico institucionais, o sistema de saúde se inscreve em um posição muito importante, no *holding* institucional.

Ao atuar como uma figura paterna, ou seja, em uma posição que promove sustentação para que a mãe possa desempenhar sua função sem muita interferência, a instituição mostrou, em alguns casos, um *holding* interessantíssimo para a composição deste ambiente expectável médio. Por meio de supervisões clínico-institucionais, suporte aos profissionais e investimentos no serviço e nas políticas em Saúde Mental, a instituição poderia ofertar um *holding*, em muitos sentidos, promotor de saúde dentro do serviço. Assim, acolhido pela instituição, o Técnico de referência se encontra em ótimas condições para a maternagem do usuário dentro e fora do serviço.

Entretanto, este suporte é destacado em alguns trabalhos principalmente por sua ausência. A oferta de supervisões, espaço físico em boas condições, incentivo e investimentos na análise pessoal dos profissionais, em educação permanente, a contratação de mais profissionais e de áreas variadas, são alguns dos apoios demandados pelos técnicos (APOLLONIO, 2016; LESSA, 2020). É muito importante destacar que o recorte da realidade retratada nos depoimentos e nas análises mostram que as condições dos serviços sofrem com uma desestruturação contínua e autorizada pelos órgãos gestores. Em todos os trabalhos há referências sobre problemas estruturais dos imóveis, falta de funcionários, ausência de suporte, entre outros. Na minha própria experiência, o quadro funcional do serviço parecia muito reduzido, sobrecarregando aqueles profissionais que tentavam dar conta de uma demanda desproporcional, assim como vimos na experiência de Apollonio (2016) em um CAPS de São Paulo. Além disso, problemas como vazamentos, infiltrações, falta de material e remédios, eram objeto de reclamações constantes por parte de funcionários e equipe. Desta forma, o holding institucional se configura a partir destas demandas, que quando respondidas parcialmente ou de maneira insatisfatória, dificultam o trabalho dos Técnicos Referência e da equipe na condução dos casos, desperdiçando o potencial que esta função pode exercer.

Somado ao contexto institucional, há outros pontos de preocupação. Como vimos com Ferreira (2015) na medicação da crise, e com Lessa (2020) na contextualização da triagem como modelo hospitalar, o discurso centrado no modelo biomédico ainda persevera na Saúde Mental, mesmo mais de três décadas depois do início da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Esta atuação, quando ignora a subjetividade dos sujeitos, apoiando-se em modelos diagnósticos padrões e em manejos manicomial como a sedação da crise e violência como resposta, parece afastar o CAPS da possibilidade de operar como um espaço potencial. Além disso, o ambiente, central na atenção em Saúde Mental, aparentemente, parece pouco aproveitado pelo serviço, uma vez que ver o usuário fora da unidade parece ter se tornado o manejo e não o objetivo final.

Os depoimentos colhidos na pesquisa, somados ao que também observei no estágio, mostraram que os profissionais têm dificuldade em permitir a presença do usuário por um tempo prolongado no espaço, sem estarem comprometidos com alguma atividade, pois a imagem deles dormindo ou apenas conversando durante o dia, surge em algumas respostas, carregada de significados herdados do período manicomial anterior. Parece haver um tempo determinado que a equipe é capaz de sustentar a presença do usuário no serviço.

Apesar disso, a permanência do usuário no espaço, diante dos dados, mostrou a potencialidade para o estabelecimento de laços sociais e do sentimento de pertencimento. Além disso, o engajamento nas atividades, como cursos, grupos terapêuticos, aulas de dança, entre outros, aparecem como ferramentas efetivas dentro do projetos terapêuticos de muitos usuários (LESSA, 2020; APOLLONIO, 2016). Com isso, a convivência dos usuários no espaço se torna familiar, e por meio de um sentimento de pertencimento, que pode, em alguns depoimentos, ser descrito pela ideia de lar, o vínculo com o espaço se fortalece. Assim, com o conceito de *placement*, o espaço ganha o status de ferramenta terapêutica, pois havendo um holding suficientemente bom, o usuário pode encontrar um “ambiente indestrutível” para tratar como um lar, assim, descobrindo meios para ressignificar a experiência de sua vida e olhar objetivamente para seu lar original. Ao ler os depoimentos e lembrar de momentos durante o estágio, a ideia de lar, de casa, parece muito viva na percepção dos usuários. Se o manejo puder ser feito para que os sujeitos possam tirar proveito deste sentir-se em casa, durante o tratamento, o caminho para o viver poderia encontrar força.

Em contraste com a ideia de permanência no ambiente, o Diálogo Aberto, que prioriza o diálogo entre o sujeito e seu ambiente adoecido, longe de instituições, não parece oferecer algo parecido com este *holding* que o CAPS é capaz de ofertar. Contudo, por ter como ideia central a tentativa de evitar hospitalizações, o modelo finlandês rompe com a lógica psiquiátrica e medicamentosa, tratando o recurso como algo reservado para um último recurso, se afastando do discurso biomédico, pensamento ainda muito presente no sistema de saúde brasileiro. Para a realidade brasileira atual, o CAPS parece ser uma instituição muito oportuna para o cuidado em saúde mental, uma vez que apresentou exemplos importantes de como a provisão ambiental pode determinar um tratamento de qualidade, em um vínculo sólido, além de permitir uma experiência de continuidade ao usuário por meio da sustentação de um ambiente produtor de saúde. Por outro lado, vimos que, sem um *holding* institucional suficiente, o alcance da ação profissional se torna menor. Ainda assim, Appollonio (2016) e Lessa (2020), demonstram que, apesar das dificuldades enfrentadas na instituição, alguns técnicos conseguem superar as dificuldades e oferecer um *handling* suficiente, sabendo o momento de se implicar e o momento de permanecer em reserva. Podemos imaginar o que conseguiriam fazer em condições melhores.

Embora possamos aprender muito com o Diálogo Aberto e avançar em vários aspectos no mesmo sentido desta abordagem, como na questão da não medicalização, o modelo não

oferece algo deste *holding* que nossas precariedades ainda demandam do serviço de saúde mental. Assim, o presente trabalho encontra indicativos de que, sob determinadas circunstâncias, o CAPS pode operar como um espaço potencial.

## 6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, p. 1090-1107, nov. - dez. 2018.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p. 2067-2074, jun 2018.

APOLLONIO, F.T. *A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível?* 2016. 135f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *Mundo da Saúde (1995)*, 35(2): [162-168], 24 fev. 2011.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica*. Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEZERRA, Indara Cavalcante. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, SP, v. 18 , n. 48, p. 61-74, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conheça a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990, p. 018055.

DAHL, Catarina Magalhães. *Experiência, narrativa e intersubjetividade: o processo de restabelecimento ("recovery") na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia*

em tratamento nos centros de atenção psicossocial. 2012. 191 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

DIAS, Fernanda Cristina. Objeto subjetivo e a clínica das psicoses. *Jornal de Psicanálise* 51(95), 105-118. 2018.

EMERICH, Bruno Ferrari; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, SP, v. 23, e170521, 2019.

FERREIRA, Paula Santos. *Os significados atribuídos pelos profissionais de Saúde Mental aos atos violentos e agressivos manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção psicossocial do estado do Rio de Janeiro*. 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

FERRO, L. F. et al. Acompanhamento terapêutico em Saúde Mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. *Revista da Abordagem Gestáltica - XXIV(1)*, Goiânia, v. 24, n. 1, p. 66-74, abr. 2018.

FIGUEIREDO, Luís Claudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 257-278, jun. 2006

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Presença, implicação e reserva. IN: FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 9-50.

FIRMO, Andréa Acioly Maia; JORGE, Maria Salette Bessa. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.1, p.217-231, 2015.

FLEURY, Sonia (Org). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. 324p.

FURTADO, Juarez Pereira; MIRANDA, LÍlian. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em Saúde Mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 508-524, Sept. 2006.

GUEDES, A. et al. Tratamento em liberdade: pontos de tensionamento e avanço no centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, 4(1), 133 - 143, 2014.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 23-32, Mar. 2017.

KANTORSKI, Luciane Prado. et al. Diálogo aberto: pontos críticos da implementação no cuidado à crise psicótica. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 29, n. 1, e190642, 2020.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Santos, SP,, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

LESSA, Fernanda Gama. *Acolhimento, vínculo e corresponsabilidade do cuidado: percepções sobre o retorno do usuário acolhido e não inserido em um CAPS III sob a ótica*



dos profissionais de saúde. 2020. 104f. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

MIRANDA, Lilian; CAMPOS, Rosana Onocko. Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos- uma leitura winicottiana. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, n. 4, p. 519-529, Dec. 2012.

MIRANDA, Lilian; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Balizamentos éticos para o trabalho em Saúde Mental: uma leitura psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 100-115, Mar. 2013.

MONDONI, Daniel. *A função referência em Saúde Mental: entre a clínica e a administração*. 2018. 141f. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira; BRÊDA, Mercia Zeviani; ALBUQUERQUE, Maria Cicera dos Santos. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. *Interface*, Botucatu, 19(54):479-90, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. [S.I.]: *Rev Panam Salud Publica*, e113. 42 p, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 1ª ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 2008. 356 p.

WINNICOTT, Donald Woods. *O Brincar & a Realidade*. Tradução de José O. de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 203 p.

WINNICOTT, Donald Woods. *Os bebês e suas mães*. Tradução de Jefferson Luiz Camargo e revisão técnica de Maria Helena Souza Patto. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.