

O psicanalista na clínica extramuros: atenção psicossocial e cuidado

Bruno Quintino de Oliveira*
Issa Damous**

Resumo

Propomos uma discussão sobre o cuidado na atenção psicossocial pela perspectiva da psicanálise. A reforma psiquiátrica brasileira inaugura o campo da atenção psicossocial como novo paradigma no modelo de assistência em saúde mental preconizando um cuidado em rede intra e/ou intersetorial, de base territorial, a sujeitos que até então eram institucionalizados, segregados do convívio social, como parte essencial de um suposto tratamento. Nesse contexto, buscamos a contribuição da psicanálise para decompor em nuances o cuidado na atenção psicossocial voltado para pacientes que sofrem de transtornos mentais e que estão referidos a diferentes dispositivos de assistência, de acordo com suas singularidades.

Palavras-chave: REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA; ATENÇÃO PSICOSSOCIAL; PSICANÁLISE; CUIDADO IMPLICADO.

The psychoanalytic work beyond the walls: psychosocial care and forms of care

Abstract

We propose a psychoanalytical discussion about care in psychosocial care. The Brazilian Psychiatric Reform inaugurates the field of psychosocial care as a new paradigm for mental health care highlighting the importance of intra and/or intersectoral network of care, on a territorial basis, to subjects who were previously institutionalized, segregated from social life, as an essential part of a supposed treatment. In this context, we bring contributions from psychoanalysis to explore the specificities of psychosocial care for patients with mental disorders who are referred to various apparatuses of assistance, according to their own singularities.

Keywords: BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM; PSYCHOSOCIAL CARE; PSYCHOANALYSIS; IMPLICATED CARE.

Le psychanalyste dans la clinique extramuros : Attention psychosociale et soins

Résumé

Nous proposons une discussion sur les soins dans l'attention psychosociale du point de vue de la psychanalyse. La réforme psychiatrique brésilienne inaugure le domaine de l'attention psychosociale comme nouveau paradigme dans le modèle d'assistance en santé mentale préconisant des soins en réseau intra et/ou intersectoriel, sur une base territoriale, à des sujets auparavant institutionnalisés, séparés de la vie sociale, comme partie essentielle d'un supposé traitement. Dans ce contexte, nous examinons la contribution de la psychanalyse pour décomposer en nuances les soins dans l'attention psychosociale destinés aux patients qui souffrent de troubles mentaux et qui sont orientés vers différents dispositifs d'assistance, selon leurs singularités.

* Professor do Curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá, Petrópolis/RJ. ;
<https://orcid.org/0000-0002-7956-7899>.
E-mail: brunooliveira@outlook.com

** Professora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.
ORCID - <https://orcid.org/0000-0002-2709-9069>
E-mail: issa@infolink.com.br

Mots-clés: réforme psychiatrique brésilienne; attention psychosociale; psychanalyse; soins impliqués

O paradigma da atenção psicossocial

Sabemos que a loucura e seus estigmas estiveram sempre presentes na sociedade, ora como divindade, ora como bruxaria, até serem enquadrados na nosologia psiquiátrica como psicopatologia, no século XIX (Foucault, 1997; Amarante, 2007). Nesse contexto, a caracterização do louco, enquanto representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar psiquiátrico. Na análise de Paulo Amarante (2007), esta síntese, matizada pelo discurso científico, projeta no doente alguns traços de comportamentos que serão decisivos na construção de um imaginário social sobre a loucura e resultará na associação íntima entre manicômio, exclusão e cronificação. Com efeito, o pareamento estabelecido entre a psiquiatria e a manutenção da ordem social na modernidade se fortaleceu e a loucura se consolidou nos sistemas classificatórios como patologia, digerida em sinais e sintomas que, já num primeiro momento, justificavam seu isolamento como imperativo fundamental para um tratamento adequado (Foucault, 1997).



Na sequência, o panorama que se estendeu previamente à reforma psiquiátrica desenhou um modelo hospitalocêntrico/asilar no enfrentamento da loucura, um modelo cujo ônus, em última instância, implicava em impossibilitar ao chamado “doente mental” o gozo de sua liberdade, uma vez que esses locais de tratamento se desdobravam em espaços de dessubjetivação e de violenta exclusão (Lobosque, 2001; Amarante, 2007). Segundo Amarante (2007) o médico Philippe Pinel começa a se destacar no berço de Paris da época de 1793, quando passa a dirigir o Hospital de *Bicêtre*, um dos braços do Hospital Geral, cenário do grande enclausuramento do século XVII. Conhecido como o fundador da psiquiatria, Pinel propõe desacorrentar os loucos, pensando a loucura por uma perspectiva de alienação mental cujo tratamento pressupunha a hospitalização como condição que, em si, “permitiria isolar a ‘alienação em seu estado puro’” para conhecê-la livre de quaisquer interferências” (Amarante, 2007, p.31). Na mesma tacada, o hospital tornava-se também um lugar com propósito de cura, e não mais apenas de morte como outrora, ao funcionar na modalidade hospital-albergue. Transformado em uma instituição médica, o hospital passa a servir ao estudo das alienações mentais, e, enquanto instituição disciplinar em conformidade com sua época serve às regras que aspiram à função terapêutica pretendida no tratamento moral proposto por Pinel. Dentre suas estratégias, o trabalho terapêutico visava promover a “reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis. (...) (Amarante, 2007, p.33). Os loucos permanecem, contudo, enclausurados, desacorrentados, é verdade, mas “não mais por caridade ou repressão”, como nos lembra Amarante (2007, p.35), são doravante institucionalizados, “mas por um imperativo terapêutico”.

Do legado de Pinel, multiplicam-se hospitais de alienados em diferentes países, onde o tratamento em saúde mental segue “basicamente hospitalocêntrico, médico-centrado e voltado para a remissão de sintomas, num contexto de premissas disciplinares sustentadas, sobretudo, por medidas de vigilância e controle” (Damous e Erlich, 2017, p.914). Apenas na segunda metade do século XX, com o fim da Segunda Guerra Mundial, seguida da comoção e da mobilização da sociedade em favor dos direitos humanos, são instaurados diferentes movimentos de reforma psiquiátrica. Intencionando retomar o caráter terapêuticos das

instituições, promover alternativas mais territoriais ou implementar substituições radicais ao modelo hospitalocêntrico, esses movimentos problematizam um modelo de assistência que no cotidiano produzia e mantinha práticas de caráter tutelar visando expurgar a loucura do homem, bem como implementar práticas normativas que podavam o que restava de singular no sujeito. Percebemos aqui, modos de silenciar a loucura como aquilo que irrompe da desrazão, operada por um vetor reducionista e fantasioso de resolver a questão, desservindo enfim a uma estratégia de cuidado efetivo e eficaz e produzindo, ao contrário, violência, segregação, institucionalização.

Hoje, pautada em um novo paradigma, o da atenção psicossocial, a saúde mental contextualiza um cenário epistemologicamente heterogêneo e difuso e, por isso mesmo, complexo no que concerne aos aspectos teórico-conceituais, mas, igualmente, aos aspectos jurídico-políticos, técnico-assistenciais e socioculturais. Os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica inauguraram a possibilidade do diálogo entre diferentes saberes e temos a sua consolidação no Brasil através do que reconhecemos como campo da atenção psicossocial. Dentre esses saberes, recolhemos da psicanálise uma contribuição possível para teorizar sobre o cuidado praticado nesse campo.

Com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista do movimento de reforma sanitária, tornou-se possível modificar a lógica do sistema de saúde no país, que passa a adotar um viés ampliado, com acesso universal, equânime e descentralizado, sustentado por importantes políticas públicas de saúde e de saúde mental (Brasil, 1990a; 1990b). Este é o caso da Lei 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, que em 2001, após tramitar alguns anos no Congresso, foi sancionada assegurando proteção humanitária aos sujeitos que possuem algum transtorno mental, cujo tratamento deve ocorrer prioritariamente em serviços territoriais, em liberdade (Brasil, 2001).

Um resultado tardio na conjuntura do campo da saúde mental no Brasil, mas nem por isso menos importante, é a Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011) que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país, acrescida mais adiante da Portaria 3.588 (Brasil, 2017). Estas portarias trazem um rearranjo dos diferentes dispositivos territoriais de cuidado já implantados, o que, de fato, é imprescindível para a efetivação concreta da intenção de formar redes de atenção no âmbito da saúde pública para pessoas com transtornos mentais e/ou que necessitam de tratamento quanto ao uso de álcool e outras drogas. Trata-se de que os casos clínicos se configuram, em geral, com tal complexidade que demandam, em contrapartida, uma complexificação das ofertas, não sendo, portanto, compatíveis com respostas simples como as encontradas outrora, centradas em emergência/enfermaria/ambulatório.

Além disso, com a perspectiva da saúde pautada na integralidade, os serviços se articulam e se responsabilizam horizontalmente pelo cuidado aos usuários, em diversos dispositivos, de acordo com a singularidade e necessidade de cada caso em seu corpo social. No cenário contemporâneo brasileiro, o psicanalista que trabalha no SUS o faz no contexto da abordagem multiprofissional, em meio a embates político-institucionais, intra e/ou intersetorialmente, num campo que pode perpassar Urgência e Emergência; Atenção Básica; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); leitos hospitalares, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), ambulatórios especializados... e em diferentes âmbitos de intervenção: íntimo, grupal, público/institucional e/ou social/comunitário (cf. Fagundes, 2001).

Sabemos das conquistas históricas da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no território brasileiro. Os desafios permanecem, contudo, no que se refere a sedimentar de fato um cuidado em rede, potente, fazendo rizoma da cultura territorial que o sujeito habita, enlaçando-o com a comunidade. Como nos alerta Alves & Schechtman (2014):

A tarefa primordial é fazer com que os serviços comunitários se configurem como tal: sejam acessíveis, estejam próximos às pessoas, estejam disponíveis o maior tempo possível, formem uma rede de proteção

social e apresentem um conjunto de ofertas de programas e atividades adequadas à população que os frequenta e não aos profissionais e seu conhecimento ali instalado (Alves & Schechtman, 2014, p. 55).

Pensamos, portanto, que a marca do ofício na atenção psicossocial deve, de saída, ser pautada em tecnologias leves, tal como um acolhimento humanizado e empático, de modo a facilitar o advir, em instituições inventadas, de toda a dimensão complexa que atravessa a existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social, como diria Rotelli (1990).

E o que dizer do ofício do psicanalista na atenção psicossocial?

Consideramos ser aqui um espaço proveitoso para demarcar a psicanálise como podemos depreender a partir de Sigmund Freud (1926/1969b): um método de tratamento, de investigação do funcionamento inconsciente, que redireciona o sujeito ao seu desejo, possibilitando-o protagonizar o seu sofrimento, via pela qual o sintoma é alçado à condição de singularidade do sujeito. Num primeiro momento do movimento psicanalítico, o trabalho clínico desenvolve-se em geral nos consultórios privados, com pacientes neuróticos nos quais o sofrimento redundava da formação conciliatória que se manifesta a partir do fracasso do recalque advindo, nuclearmente, pela passagem do Complexo de Édipo. Nesse contexto, está geralmente em voga uma análise de conteúdo, cabendo ao psicanalista, em sua atenção flutuante, interpretar o que insiste à repetição, mediante o desenrolar da transferência.

No decurso do movimento psicanalítico que se segue aos dias atuais, ampliou-se o leque de abrangência clínica para casos de não neurose. Sándor Ferenczi, inicialmente e mais a seguir Melanie Klein, Wilfred Bion e Donald Winnicott, fomentam a sensibilização da escuta do inconsciente para além, ou aquém, do conteúdo recalado sob uma conjuntura transfero-contratransferencial como base para as intervenções, compreendendo que para alguns pacientes está muito mais em questão um sofrimento psíquico relacionado a um ambiente severamente falho e hostil. Ocorre que, para além dos desafios clínicos e das exigências teóricas, a psicanálise contemporânea, inter ou trans escolar, vem se estendendo para além dos consultórios enquanto enquadres outrora mais tradicionais para o psicanalista, como nos lembra Luís Claudio Figueiredo (2012).

Se, em 1926, Freud nos leva a saber, no artigo *Psicanálise*, escrito para a *Encyclopedia Britannica*, que apenas tinha início em Berlim e Viena o movimento de instituições voluntárias tornarem o tratamento psicanalítico mais acessível à população, hoje, no Brasil, a psicanálise adentra cada vez mais frequentemente no viés da clínica ampliada, âmbito no qual pode ser considerada, sem estranhamento, uma atividade de cuidado em colaboração multiprofissional em se tratando da rede pública de saúde mental.

Mas, afinal, o que dizer do ofício do psicanalista em meio a um trabalho em rede e voltado ao território, ou seja, no viés da clínica ampliada, um trabalho necessariamente atravessado pela perspectiva extramuros? De saída, pensando com L. C. Figueiredo (2012), percebemos como são possíveis alguns desdobramentos a essa discussão quanto à psicanálise, incluindo questões quanto ao método, enquadre ou função analítica, muito embora nos interesse aqui afirmar uma perspectiva de cuidado, sob a ótica da psicanálise, que diga respeito à RAPS, fazendo-se mais do que necessário retomar as conexões da psicanálise com outras atividades de cuidado, uma vez que, citando o autor:

(...) boa parte do que um analista pode hoje oferecer traduz-se na sua capacidade de lançar mão da psicanálise para a interpretação de fenômenos e processos psíquicos intra e intersubjetivos de interesse de todos e, em especial, de interesse para outros agentes de cuidado nos campos da saúde, da educação e da ação social (L. C. Figueiredo, 2012, p. 21).

Seguimos então como objetivo deste artigo discutir diferentes faces do cuidar na RAPS, compreendendo o cuidar também como uma atividade do psicanalista na área da saúde, especificamente na atenção psicossocial. Apostamos isto sim, em um embasamento metapsicológico para este trabalho e procuramos defender sua posição na clínica extramuros pela via de um cuidado implicado.

Diferentes faces do cuidar na rede de atenção psicossocial (RAPS)



Evidenciamos com frequência, na RAPS, casos de difícil manejo clínico como depressões graves, psicoses, anorexias, compulsões de diversas ordens, tentativas de autoextermínio, entre outros casos clínicos e inúmeras situações-limite que, em conformidade com o pensamento winnicottiano, podemos dizer que estão associados a falhas graves dos primeiros cuidados ambientais. Para Winnicott (1945/2000), estas falhas podem ser associadas a um ambiente não suficientemente bom nas provisões/adaptações destinadas ao sujeito no curso de seu desenvolvimento emocional, podendo leva-lo à interrupção do sentimento de continuidade da existência e do próprio estabelecimento do *self*. Em decorrência, podem despertar a insegurança em relação ao meio, bem como agonias muitíssimo primitivas. Frente a esse cenário clínico, cabe nos questionarmos com relação às práticas nos dispositivos da RAPS: de que forma nossas práticas em saúde mental são promotoras de protagonismo, de processos de autonomia, criatividade e cuidado aos usuários assistidos? Essa reflexão nos ajuda a problematizar a autonomia em termos de dependência/independência em relação ao ambiente, tal como colocado por Winnicott (1963/1983, p.80): “A independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes”.

E, a seguir à colocação winnicottiana acerca da interdependência indivíduo/ambiente, somos levados à contribuição do autor sobre *holding*: “(...) o termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*. Em outras palavras, se refere à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado” (Winnicott, 1960/1983, p.44, grifos do autor). É com Winnicott (1960/1983, p.48) que entendemos o *holding* ser aquilo que protege da agressão do ambiente que “leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade)”. Portanto, em se tratando do *holding*, percebemos que é nesse percurso inicial do desenvolvimento do bebê que a formação psíquica emerge, garantindo o sentimento de confiança em si mesmo, propiciando o berço do verdadeiro *self* (Coutinho, 1997). Trata-se nesse sentido, de compreender o *holding* conforme uma dimensão de cuidado em que um outro, ou, se preferir, o ambiente social e físico, ou ainda, um objeto, acolhe, hospeda, agasalha, sustenta (Figueiredo, L. C., 2012).

Rosana Onocko (2014), comentando Winnicott, nos auxilia a pensar sobre a importância do *holding* nos dispositivos de saúde que compõem a RAPS. Os profissionais da saúde mental devem-se atentar ao ambiente que circunda o cuidado ao usuário na rede, se está sendo provedor, continente ou ao contrário, catalisador para as crises. Muitas vezes, a equipe de profissionais pode estar sufocada pelas burocracias do trabalho, estressada com a alta demanda a ser atendida etc. Padronizar o sofrimento pode ser, de forma inconsciente, a saída que a equipe encontrou para lidar com todos os difíceis casos acompanhados. Ocorre que, em um trabalho

matizado pela burocracia e abafando a criatividade, tudo deve passar pelo papel e caneta. O *holding*, função primordial para proporcionar ou garantir a experiência de continuidade, e, portanto dimensão fundamental do cuidado, pode não ter lugar privilegiado nos pontos da RAPS, onde o tempo parece sempre curto, pede urgência para resolução e atendimento de uma nova demanda.

Certamente, as inúmeras situações vividas na RAPS podem fazer do cotidiano de trabalho do profissional uma vivência penosa e estressante, mas a burocratização do cuidado através de um simples encaminhamento ou pronta prescrição medicamentosa corre o risco de cristalizar um modo de fazer uma dita “clínica ampliada”, congelando não só o fazer cotidiano da equipe como também a forma de atender os usuários e tudo que compete ao campo da saúde mental, ficando à mercê de rotinas sem criação, sem trocas, o que, em última instância, remonta a uma lógica manicomial. Portanto, diz a autora: “Deveríamos criar uma rede de sustentação, de suporte, na qual os pacientes possam experimentar, de novo, suas transferências maciças, com resultados diferentes. Mas destacamos que, para isso, a própria equipe deve ter suporte, *holding* (Winnicott, 1999)” (Onocko, 2014, p.114).

Assim, é importante destacar igualmente a dimensão de cuidado pautado pelo *holding* também direcionado à equipe que cuida. Pode ser um diferencial a equipe ter um espaço de fala e propiciador para reorganizações psíquicas, como por exemplo o espaço oferecido por uma supervisão clínico-institucional, uma vez que não é possível discutir ou conduzir um caso clínico sem pôr em análise o funcionamento da equipe, para o que é imprescindível muitas vezes uma ajuda externa:

O papel de suporte (*holding*) necessário precisa, muitas vezes e durante algum tempo, de alguém que o desempenhe. Uma vez desencadeado o processo, o próprio grupo pode constituir-se nesse suporte. No entanto, inicialmente e com frequência, uma ajuda externa ao grupo será fundamental para a criação desse espaço protegido. Cada organização poderá resolver segundo suas possibilidades quem desempenhe esse papel. Um supervisor institucional, um assessor, ou até mesmo um gerente ou coordenador de outro grupo, segundo o caso. O importante será a postura dessa figura (Onocko, 2014, p.63-4).

Trata-se aqui de pensar também em cuidar de quem cuida. Isto se faz necessário, pois, ao lidar com as demandas da RAPS, o cuidador-profissional irá se deparar com as suas próprias questões, e, também, ele precisará criar formas de ressignificação no trabalho. Uma maneira pela qual essa ressignificação pode ocorrer é a busca de estratégias que já vem se mostrando profícuas como a construção coletiva do caso clínico e o cuidado colaborativo, ambas estratégias operam dispositivos que alinhavam práticas intra ou intersetoriais, promovem integralidade e demarcam a potência do trabalho em equipe interdisciplinar. Além disso, há sempre a possibilidade do acompanhamento de profissionais mais experientes ou mesmo o reconhecimento dos próprios limites de atuação e a aposta no desejo de saber mais.

Rotelli (2007/2015) aponta que um serviço saudável tanto para os profissionais das diversas áreas como para os usuários deveria estar em xeque algumas perguntas essenciais:

O serviço procura o meu corpo em um corpo inerte ou tenta recolocar o meu corpo dentro do corpo social? O serviço interroga as políticas públicas e solicita às políticas públicas construir o corpo social ou não as interroga? O serviço trabalha para que as políticas públicas respondam às necessidades de casa, de sociabilidade, de afetividade, de trabalho dos nossos pacientes ou não interroga as políticas quanto a tais questões? (...) Acredito que um serviço que organiza ou participa da organização de um *show* em praça pública é um serviço que faz o seu trabalho, um serviço que entendeu o seu papel (Rotelli, 2007/2015, pp. 42-43).

Sublinhamos o *holding*, portanto, como uma dimensão metapsicológica do cuidado destinado às duas frentes, usuários e equipe: “principalmente quando o que está em jogo é a continuidade na posição simbólica do sujeito no mundo”, como assinala L. C. Figueiredo (2012, p.136).

Ainda assim, o *holding* é tarefa complexa, para a mãe dedicada comum (cf. Winnicott, 1966), e quiçá na atenção psicossocial, como é possível entrever com Hayanna Silva (2017) em sua tese de doutorado intitulada “O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottiana”:

Na clínica, o sustentar é possível pela identificação do terapeuta com o paciente, ainda que não tão profunda quanto a da mãe com seu recém-nascido, mas o bastante para manter o terapeuta aberto ao outro, com seus juízos em suspenso (em reserva), à espera para acolher e sustentar aquilo que se origina de um gesto espontâneo do paciente. O setting terapêutico é organizado para manter a abertura fundamental ao outro, mais além das diferenças entre as subjetividades. Para tanto, ele precisa ser bastante livre de preconceções que imponham uma identidade ou um saber a priori sobre o outro, como ideias rígidas acerca de um determinado psicodiagnóstico, prognóstico ou mecanismos de tratamento mais ‘em voga’ (Silva, 2017, pp. 83-84).

Estas questões acima explicitadas se imbricam na dimensão do cuidado pautado em *holding* na atenção psicossocial, tal como recolhemos no pensamento winnicottiano, sendo fundamental ao usuário e ao profissional. De outro modo, "o acolhimento, a promoção da autonomia, da cidadania e da reinserção social tendem a permanecer no plano do discurso e, na prática, seguimos realizando inocuidades, ou o que é pior: iatrogenias." (Bellenzani; Coutinho & Chaveito, 2014, p. 7).

Além da tarefa de cuidado na atenção psicossocial dimensionada no *holding*, conforme as contribuições de Winnicott, garantindo a continuidade da existência, a seu lado está a continência, conforme a contribuição de Bion proporcionando transformação. No que diz respeito aos processos psíquicos primordiais, estes são aspectos fundamentais para a *rêverie* materna, na função-alfa que desempenha em relação aos elementos primitivos brutos da criança, fomentando assim um aparelho próprio para pensar, metabolizar e simbolizar as suas experiências, como afirma Elisa Cintra (2003) ao discutir sobre as funções antitraumáticas do objeto primário:

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

O cuidado pelo viés de continência proporciona a metabolização de experiências subjetivas que até então eram inomináveis para o sujeito. Como assinala Bion (1962), é pela *rêverie* que os sentimentos caóticos que são difíceis de serem sentidos, pensados e ligados numa cadeia de pensamento em neuróticos ou psicóticos graves poderão, então, fornecer a base de continência, o colorir de uma vida autêntica:

O termo *rêverie* pode ser aplicado a quase qualquer conteúdo. Desejo reservá-lo unicamente para os conteúdos associados com amor e ódio. Usando-o neste sentido restrito, *rêverie* é aquele estado psíquico aberto à recepção de quaisquer “objetos” do objeto amado e é, portanto, capaz de receber da criança identificações projetivas sentidas pela criança como sendo boas ou más. Em resumo, *rêverie* é um fator da função-alfa materna (Bion, 1962, p. 36).

Na atenção psicossocial, a continência e a *rêverie* podem ser significativamente atuantes nas inúmeras situações de rupturas efetivas ou potenciais, sendo necessário oferecer condições e vias para a transformação, como o podem ser, dentre várias estratégias, um grupo de bom dia iniciando as manhãs em um CAPS, ou suas oficinas, terapêuticas ou de geração de

renda, ou ainda, a construção, junto com o usuário do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) onde tanto o sujeito que necessita de cuidados, como o técnico de referência do caso poderão opinar sobre a direção do cuidado, suas possibilidades.

Quando o agente cuidador segue uma lógica salvacionista, pela qual dita a forma a que o usuário deverá se adaptar aos moldes da instituição, facilmente o PTS se torna mais uma burocracia que descarta e coisifica a singularidade do sujeito. Desse modo, pacientes acabam inseridos em oficinas terapêuticas sem que o profissional se atente a essencial questão: “Para quê?”. Comentando sobre um agente cuidador que não promova a criatividade terapêutica no cenário da atenção psicossocial, Figueiredo (2012, p.145) nos adverte que “encontraremos a pura e simples inaptidão para cuidar ou um exercício mecânico, estereotipado, repetitivo e compulsivo”, questão esta infelizmente ainda em curso em muitos dispositivos do campo da atenção psicossocial.

Nesse sentido, um contexto de falhas importantes da equipe cuidadora quanto a oferta de *holding* e de continência pode também estar associado às respostas às crises que irrompem no serviço. Nessas situações, o sujeito, objetificado, é realocado para um novo local temporário, como serviços de emergência com leitos de observação/internação, que assegure o fim de sua perturbação mental, e de onde seu incômodo não possa ser visto ou escutado pela equipe que o atendia cotidianamente. Com efeito, o profissional de saúde mental acaba muitas vezes não resistindo-sobrevivendo ao caráter bruto irruptivo dos elementos primitivos dos pacientes e como resposta para a sua angústia desiste de ser o técnico de referência do caso, evidenciando nas suas práticas de cuidado a falência da função-alfa ou a impossibilidade da *rêverie*. De todo modo, um quadro grave disruptivo num dispositivo de saúde mental precisa estar contextualizado com o território que abarca o sujeito, compreendendo-se que há aí um ambiente em jogo que pode favorecer sua emergência. Pode acontecer, inclusive, de ser o próprio dispositivo de saúde mental um catalisador à irrupção de uma crise.

Na sequência ao *holding* e continência, faz-se importante apontar também neste trabalho coletivo de muitas mãos e saberes no campo da saúde mental o cuidado balizado pela função de reconhecimento (Figueiredo, 2012), isto é, o agente cuidador como um autêntico testemunho do percurso terapêutico do usuário no serviço, espelhando o cotidiano do sujeito, seus fazeres e espontaneidade. Por ser sutil, pode ser entendido como um cuidado silencioso. Sabemos com Winnicott (1967/1975), em seu trabalho O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil, que a questão do reconhecimento do bebê como um eu diferenciado do ambiente que o circunda se realiza pela facilitação dos cuidados exercidos pela mãe ou cuidador(a) responsável pelo lactente, isto é, para que aconteça uma separação psíquica, há de primeiramente existir uma simbiose, uma vez que o bebê, num primeiro momento, acredita que todos os objetos ao seu redor são criados por sua imaginação criativa. Winnicott aponta que, num primeiro momento, quando o bebê está olhando para o rosto da mãe o que ele vê é a sua própria imagem. A imagem da mãe começa a aparecer quando os cuidados ambientais, isto é, o *holding*, são satisfatórios ao lactente e, assim, ele começa a perceber os objetos de forma objetiva e não mais subjetiva, alucinatória.

Pensamos então que o agente cuidador pode ser essa metáfora materna que auxiliou de forma suficientemente boa, os cuidados ambientais ao pequeno ser. Em se tratando de casos como esquizofrenia, longe de se ter um *furor sanandi* como apontava sabiamente Freud (1912/1969a), a clínica extramuros possibilita que “mesmo quando nossos pacientes não se curam, ficam-nos agradecidos porque pudemos vê-los tal como são e isso nos concede uma profunda satisfação” (Winnicott, 1967/1975, p. 161).

Importante salientar que como um cuidado discreto, essa modalidade ganha contornos mais precisos quando exatamente sua falta é percebida no dia a dia do trabalho, certamente, sentida pelo usuário, podendo revelar-se “extremamente nociva para a instalação

da autoimagem e da autoestima (dimensões do *self*), o que, por sua vez, acarreta uma série de problemas psicológicos e comportamentais (Figueiredo, 2012, p.138).

Conjuntamente à função de reconhecer, temos a de interpelar, uma modalidade do cuidado que convoca o sujeito a vida pulsional, a se deparar com a alteridade, a criar meios possíveis de laço com a cultura. Pode aparecer quando chamamos às falas um usuário do serviço mais silencioso ou faltante, ou quando o convocamos a comentar sobre o seu dia na roda de conversa de um CAPS ou também, em uma oficina de passeio, fora da instituição, possibilitar ao sujeito nomear a experiência de ir pela primeira vez em um cinema ou num shopping, por exemplo. Essas funções de chamar às falas e à ordem “são tão necessários aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto as funções do acolhimento e do reconhecimento” (Figueiredo, 2012, p. 139). São movimentos sensíveis de escuta que exigem do agente de cuidado uma postura empática com o outro, um reconhecimento e legitimação da diferença.

Cuidado implicado: ambiente facilitador na RAPS

As diversas faces do cuidar na clínica extramuros dimensionadas em seus aspectos metapsicológicos nos possibilitam ampliar a nossa própria prática como psicanalistas no campo da saúde mental pela via do cuidado implicado. Se anteriormente ao paradigma da atenção psicossocial presenciava-se a tutela, exclusão social e imposição de regras de poder ao louco, hoje, pode-se garantir um cuidado mais potente do sujeito, o que, pela ótica psicanalítica, se sustenta pela dimensão da singularidade sobretudo numa perspectiva de *holding* e continência, de reconhecimento e de interpelação. trata-se nesse sentido de uma expectativa de resgate ou de (re)estabelecimento da cidadania do sujeito, o respeito à sua singularidade e subjetividade, enquanto protagonista de sua própria vida.

Há de fato uma delicadeza do trabalho psicanalítico na dimensão de uma clínica ampliada, pois a incidência da psicanálise implica, de saída, na introdução de um saber particular que se diferencia da lógica do universal da instituição. Há de se atentar para a universalidade do discurso da saúde mental que ao visar garantir a cidadania pode aí excluir o sujeito, colocando-o numa posição de assujeitamento ao jogo institucional de um suposto bem estar de uma vida cotidiana em uma casa, bairro e cidade. E desatar ou simplesmente cutucar esse nó significa compartilhar ou mesmo (re)lançar os desafios que esse impõe ao ambiente, aos profissionais e aos dispositivos de saúde como um todo.

Nesse sentido, a clínica psicanalítica na saúde mental deve também ser engendrada pelo acolhimento genuíno e continência das excitações somáticas que garante um espaço transicional, ou seja, intermediário, favorecendo o encontro pleno – não sem dissabores transferenciais e contratransferenciais – interpessoais e/ou intra e interinstitucionais. Como afirma Cintra (2003, p.47) “analista e mãe precisam ter capacidade de separar-se da própria memória e do desejo para entrar no estado de espírito propício ao que vê do outro e, a partir desse impacto, criar imagens oníricas ou primeiros elementos na constituição do pensamento”.

Pensando na atuação do psicanalista, também como agente de cuidados na atenção psicossocial, de modo que esteja em consonância com o que é preconizado pelas políticas públicas de saúde e de saúde mental, entendemos com Figueiredo (2012), ser fundamental que o analista possa, espontaneamente, moderar seus fazeres. Isto significa ser capaz de desempenhar uma presença implicada no campo de suas intervenções de cuidado, e, da mesma maneira, ter uma presença em reserva, o que, nem de longe, deve ser entendida como neutralidade, indiferença, silêncio. Trata-se de não se deixar guiar pelos extravios e excessos nas suas funções de cuidado e facilitar assim ao seu objeto de cuidados simplesmente *ser*.

Desse modo, o cuidado implicado, como aponta Silva (2017, p.148) baseia-se não em “prevenir os riscos ou evitar crises ou recidivas, mas em oferecer o ambiente que facilita a liberdade a partir do que é próprio nas tendências do paciente, sejam elas regressivas, na crise,

ou progressivas, em um retorno à linha da continuidade do ser”. E será esse aspecto acerca do ambiente facilitador uma importante baliza para o cuidado implicado do psicanalista no campo da atenção psicossocial. Como bem salienta Figueiredo (2012, p.141), seja na análise ou na vida, enfim, em uma experiência de cuidado “são inegáveis os malefícios da implicação pura – os extravios e excessos das funções cuidadoras – mesmo quando, e principalmente quando, são justificados pelas melhores razões humanitárias: salvar, socorrer, curar a todo custo!”.

Trata-se efetivamente no cuidado implicado de exercitá-lo sob o viés de um ambiente suficientemente bom, isto é, o ambiente que, para cada um e a cada vez, é presente em uma justa medida entre provisão e privação, entre propiciar satisfação e frustração, sendo capaz de manter sempre viva a reflexão quanto a propiciar presença física, segura e confiável, ajudando a sedimentar a possibilidade da existência.

Deve-se lembrar ainda que tais intervenções se dão em um campo atravessado igualmente por outros saberes, sendo necessário notar, como nos leva a fazer Figueiredo (2012, p.142) que “o agente de cuidados nem sabe tudo, nem tudo pode”, e, afinal, segue o autor:

Reconhecer a finitude e o limite deixará o cuidador muito mais sensível aos objetos de seu cuidado e muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados, uma hipótese que não pode ser ignorada” (...) Este agente de cuidado não fará do cuidar um exercício de domínio e, assim, os exageros da presença implicada serão mais facilmente evitados (Figueiredo, 2012, p. 142).

Assim, sem exageros de presença ou ausência, o cuidado implicado delineia um necessário acolhimento singularizado ao outro, um ambiente facilitador, que, no campo da atenção psicossocial, pode se fazer como uma “contínua atividade de ‘fazer sentido’ (corte e costura, modelagem) como forma de tessitura de um *solo humano* para a existência, de um *lugar humano para existir* – um *ethos*” (p.135, grifos do autor), e um *ethos* no qual, não percamos de vista essa aposta, o próprio sujeito possa protagonizar o desenvolvimento de sua capacidade cuidadora de si e/ou de outros.

Lembramo-nos aqui de um adulto jovem egresso de uma internação psiquiátrica de longa permanência, sem família ou qualquer outra referência de cuidado que não o aparato institucional, inserido em um serviço residencial terapêutico de baixa complexidade, e que, por sua iniciativa e movimento espontâneo, contou para sua técnica de referência que se matriculara em uma escola municipal do bairro para retomar seus estudos. Ou evocamos ainda um outro grupo de moradores que se organizou entre si para colocar televisão a cabo em sua residência. Acreditamos que em ambos os serviços residenciais terapêuticos, o cuidado implicado promoveu um ambiente facilitador para a autonomia em relação ao território, na radicalidade a que a clínica antimanicomial nos convoca e a que o pensamento winnicottiano nos embasa: na justa medida, singular, entre dependência e independência.

É dessa forma que acreditamos que uma clínica extramuros, tal como pautada na RAPS, seja possível: sustentada por diferentes faces do cuidar com a qual é imprescindível, do ponto de vista do psicanalista, a sua sensibilidade que, entre implicação e reserva, engendra um ambiente de cuidados facilitador. Kupermann, em seu livro *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica* (2008, p.122) nos alerta: “Diante de um analista insensível, só restará ao analisando o descrédito em relação à sua dor, configurando, por meio de uma espécie de anestesia mortífera, o derradeiro abandono de si”.

Referências

- Alves, D. S. & Schechtman, A. (2014) A organização da política de saúde mental. Em *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional* (pp. 41-58.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bellenzani, R; Coutinho, M. K. A. R. G; Chaveiro. M. M. R. S. (2014). As práticas grupais em um CAPS: sua relevância e o risco de iatrogenias. 322. ABRAPSO.
- Bion, W. (1962). O aprender com a experiência. New York: Jason Aronson.
- Brasil (1990a). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- Brasil (1990b). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- Brasil (2001). Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.
- Brasil (2011). Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.
- Brasil (2017). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.
- Cintra, E. M. U. (2003). As funções anti-traumáticas do objeto primário: *holding*, continência e Rêverie. *Tempo psicanalítico*, 35, 37-55.
- Coutinho, F. (1997). O ambiente facilitador e a mãe suficientemente boa. Em *Winnicott: 100 anos de um analista criativo* (pp. 97-104.). Rio de Janeiro: NAU, PUC-Rio.
- Damous, I. & Erlich, H. (2017). O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. Rio de Janeiro: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27 (4), 911-932.
- Fagundes, S. (2001). Saúde mental nas políticas públicas municipais. Em Venancio, AT & Cavalcanti, MT (Orgs.). *Saúde mental: campo, saberes e discurso* (pp. 265-276.). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Figueiredo, L. C. (2012). As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (2008). A História da Loucura na Idade Clássica. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1972).
- FREUD, S. (1969a). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em J. Strachey (Ed), Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud (Vol. 10, pp.123-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1969b). Psicanálise. Em J. Strachey (Ed e trad.), Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud (Vol. 20, pp.249-259). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Kupermann, D. (2008). Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor! Em *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica* (pp. 111-124). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lobosque, A.M. (2001) Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Onocko, R. (2014). *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. Em Nicacio, F. (Org.) *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (2015). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. Em *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps. (Trabalho original publicado em 2007).
- Silva, H.C.S.R. (2017). O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottiana. (Tese de Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura/ UNB, Brasília.
- Winnicott, D.W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. Em *Da pediatria à psicanálise* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D.W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D.W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Em *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).

Winnicott, D.W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. Em *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

Citação/Citation: Oliveira, B. Q.; Damous, I. (2022) O psicanalista na clínica extramuros. *Trivium: Estudos Interdisciplinares* (Ano XIV, no. 1.), pp. 17-28.