



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-  
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas  
Brasil

Miranda, Lilian; Campos, Rosana Onocko  
Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura  
winicottiana  
Estudos de Psicologia, vol. 29, núm. 4, outubro-diciembre, 2012, pp. 519-529  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395335547007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>o</sup>dalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winicottiana<sup>1</sup>

## *Clinical functions of the reference work with psychotic patients: a Winnicottian reading*

Lilian MIRANDA<sup>2</sup>  
Rosana Onocko CAMPOS<sup>3</sup>

### Resumo

O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa acerca das funções terapêuticas do arranjo clínico-organizacional denominado “equipes ou profissionais de referência”, segundo a perspectiva de pacientes psicóticos, em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial. A metodologia adotada foi qualitativa e participante, sendo a coleta de dados feita em dois ciclos de grupos focais com dez pacientes inseridos naqueles Centros e entrevistas em profundidade com outros oito pacientes. Para discussão dos dados foram utilizados referenciais da saúde coletiva e da psicanálise winicottiana. Os pacientes explicam que os profissionais de referência os conhecem profundamente e realizam a função de mediação de suas relações sociais, familiares e laborais. Essas explicações são consonantes com as propostas que a teoria winicottiana faz para o tratamento da psicose, no qual é imprescindível a oferta de suporte afetivo para que o sujeito se aproprie de suas vivências e possa administrá-las de um modo pessoal.

**Unitermos:** Interação terapeuta-paciente. Psicanálise. Psicose. Serviços de saúde. Terapia centrada no cliente.

### Abstract

*This article discusses the findings of a survey on the therapeutic functions of a clinical-organizational arrangement called “patient care teams or professionals” from the perspective of psychotic patients treated in community mental health services. A qualitative and participative methodology was used; data were collected in two focus group cycles including 10 Community Mental Health service patients and in-depth interviews of another eight patients. Data discussion is based on references from public health and Winnicottian psychoanalysis. The patients state that the patient care professionals know them deeply and perform as mediators in their social, family and work relationships. Those statements meet the proposals of Winnicott’s theory for the treatment of psychosis, in which it is essential to offer individuals emotional support so that they may take ownership of their experiences and manage these in a personal manner.*

**Uniterms:** Patient therapist interaction. Psychoanalysis. Psychosis. Mental health services. Client centered therapy.

As atuais políticas de saúde mental do Brasil preconizam que a organização da assistência aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes se

oriente pelos princípios do movimento social da Reforma Psiquiátrica. Entende-se que o tratamento deve abranger a complexidade que envolve a existência e os sofri-

▼▼▼▼▼

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da tese da L. MIRANDA, intitulada “Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto à pacientes psicóticos”. Universidade Estadual de Campinas, 2009. Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

<sup>2</sup> Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Educação, Departamento de Psicologia. BR 465, Km 7, 23890-000, Seropédica, RJ, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L. MIRANDA. E-mail: <limiranda78@hotmail.com>.

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Campinas, SP, Brasil.

mentos do sujeito, de modo que suas dimensões psíquica, afetiva, familiar, social e laboral sejam consideradas e adentrem para o espaço de trabalho e reflexão dos terapeutas. Com isso, espera-se que os pacientes possam lidar com seu sofrimento num espaço de respeito e valorização das relações sociais e dos direitos civis próprios à condição humana (Amarante, 2007).

Esse tipo de trabalho envolve um rompimento ético e epistemológico com concepções de sujeito e de psicopatologia, próprias do século XIX, que entendiam a loucura como um erro da razão e lhe destinavam um tratamento moral, desprovendo o indivíduo da liberdade de escolha e, conseqüentemente, da possibilidade de exercício da cidadania. Envolve também um rompimento com concepções, emergentes no século XX, que apostam na medicalização da loucura e centralizam o tratamento nas tentativas de remissão ou redução dos sintomas, desconsiderando a experiência do paciente e suas estratégias peculiares de lidar com o adoecimento (Amarante, 2007).

Amparados pela Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, e por várias portarias, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) têm investido na estruturação de programas e serviços que viabilizem esses rompimentos. Dentre estes, encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territorializados cuja função é acompanhar os pacientes com quadros de psicose e neurose graves, através de um projeto terapêutico singularizado que abrange as diferentes dimensões da vida dos pacientes e é articulado com os diversos recursos do território onde estes vivem. Os CAPS se estruturam com uma equipe interdisciplinar, organizada de forma a oferecer diversificados enquadres terapêuticos e modos de compreender e tratar os pacientes, adaptando-se à polifonia própria aos homens e à experiência da psicose (Leal & Delgado, 2007).

Para organizar esse complexo modo de cuidado, a maioria dos CAPS têm se utilizado do arranjo clínico-organizacional denominado "equipes de referência", "profissionais de referência", ou ainda "técnicos (ou terapeutas) de referência" (Brasil, 2007). O funcionamento desse arranjo se baseia na formação de vínculo entre usuários e profissionais e no compartilhamento da construção do tratamento (Campos & Domitti, 2007). Com isso, um profissional, ou um grupo deles, toma

para si os encargos do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas, através de constante negociação e discussão com ele, sua família e demais atores envolvidos em sua vida (Furtado, 2007). Portanto, espera-se que os profissionais e as equipes de referência operem o cuidado baseando-se na participação do paciente, de modo que este possa construir ou protagonizar os discursos acerca de si e de seu adoecimento.

Em geral, as equipes de referência se constituem por diferentes profissionais de nível universitário ou médio, sendo um deles o médico. Alguns CAPS organizam-se de modo que cada região de sua abrangência seja atendida por uma das equipes de referência. Dentro dessas equipes, cada usuário costuma ser mais próximo de um ou dois profissionais, conhecidos como seus profissionais ou técnicos de referência e responsáveis diretos pela elaboração, acompanhamento e avaliação de seus projetos terapêuticos (Miranda & Onocko Campos, 2008). Embora haja essa subdivisão em vários CAPS, as funções do acompanhamento costumam ser compartilhadas entre os profissionais, conforme as necessidades e características de cada paciente.

A despeito da ampla utilização desse arranjo e da complexidade de ações, habilidades terapêuticas, discursos e instituições envolvidas, ainda são escassos os estudos que o discutem, sobretudo do ponto de vista da clínica da psicose (Furtado & Miranda, 2006; Miranda & Onocko Campos, 2008; Silva, 2007).

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi investigar o trabalho desenvolvido pelos técnicos e equipes de referência nos CAPS e discuti-lo à luz de tradições teóricas da saúde coletiva, saúde mental e psicanálise, especialmente sob a leitura winnicottiana. Com base nas construções discursivas de pacientes de CAPS, este artigo pretende apresentar o modo como eles explicam o funcionamento de tal arranjo e apresentam seu potencial terapêutico. Essas explicações serão discutidas à luz de concepções teóricas acerca da etiologia da psicose e seu tratamento, no contexto dos serviços públicos de saúde.

Objetiva-se, assim, analisar alguns aspectos do tratamento que são apontados pelos pacientes como importantes e valiosos em suas vidas, ou problemáticos, a partir do modo como são experimentados em seu dia a dia. Com isso, espera-se introduzir o ponto de vista

dos próprios usuários na discussão da clínica, o que pode orientar a organização dos serviços de saúde mental. Trata-se de um ponto de vista que, historicamente, vem sendo pouco explorado nas pesquisas acadêmicas acerca do tema, uma vez que estas costumam privilegiar as avaliações e conceituações elaboradas por profissionais e gestores, em detrimento da valorização da perspectiva daqueles que recebem grande parte dos cuidados oferecidos no serviço (Geekie & Read, 2009).

## Método

O método utilizado foi qualitativo e participante, baseado na hermenêutica de Gadamer (1997) e no paradigma construtivista (Denzin & Lincoln, 1994). Apresentam-se discussões obtidas a partir da organização de duas sessões de grupos focais com dois usuários de cada um dos seis CAPS III da cidade de Campinas (SP), bem como de oito entrevistas em profundidade com usuários dos mesmos serviços.

Tanto os grupos como as entrevistas se desenvolveram com base num roteiro de questões semi-dirigidas que abrangiam os seguintes temas: experiência com os técnicos e equipes de referência e avaliação dos mesmos, experiências significativas de vida desde a infância, experiência de adoecimento, experiências de crise, avaliação do tratamento, experiência em associações de usuários, e uso de benefícios públicos de apoio financeiro.

Para a composição dos Grupos Focais, que aconteceram entre os meses de maio e outubro de 2006, foi utilizada amostra intencional, sendo critério de inclusão que todos os participantes estivessem inscritos há mais de seis meses no serviço e que tivessem interesse em participar da pesquisa e experiência de utilização de atendimento noturno nos CAPS. Na primeira sessão de grupos compareceram 8 usuários, sendo que dois CAPS não foram representados. Dentre os usuários, dois (do mesmo CAPS) foram a um lugar diferente daquele combinado para o grupo e por isso perderam a discussão, enquanto outros dois não justificaram a ausência. Na segunda sessão havia 10 usuários, estando todos os CAPS representados. O número de participantes dos sexos masculino e feminino era equivalente. Todos os sujeitos conseguiram participar da discussão e explicitar suas avaliações e experiências.

Em relação às entrevistas, realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2006, além dos critérios de inclusão utilizados para os grupos, os sujeitos deveriam ter psicodiagnóstico de psicose, segundo avaliação da equipe interdisciplinar que os acompanha. Através de contato prévio e apresentação da pesquisa, solicitou-se que um profissional de cada serviço indicasse pelo menos um paciente a ser entrevistado, a fim de evitar que as entrevistas prejudicassem pessoas que estivessem em momento de vida ou tratamento impróprio para esse tipo de contato interpessoal. Foram indicados 7 pacientes do sexo feminino e um do masculino, com idade entre 20 e 45 anos e baixo nível de escolaridade, com exceção de uma mulher que era técnica de enfermagem.

Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Protocolo nº 396/2004) e pela Prefeitura Municipal de Campinas. Para guardar sigilo da identidade dos sujeitos entrevistados, eles estão denominados por nomes fictícios.

## Resultados

### Proximidade afetiva e mediação da vida cotidiana

O material de pesquisa indica que os técnicos de referência, de modo geral, estabelecem relações com os usuários marcadas por formas intensas de proximidade afetiva. Estas se delineiam, sobretudo, por um trabalho em que o profissional media várias das relações que os pacientes estabelecem com a instituição, a família, os locais de trabalho, dentre outros âmbitos de sua vida. Através de contatos periódicos, os profissionais de referência os ajudam a organizar a frequência ao serviço, bem como questões práticas da vida, como aquelas relacionadas à moradia e às finanças.

Na primeira sessão de grupo focal, os usuários explicam a equipe de referência:

*"são algumas pessoas, médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeiros. Em alguns CAPS, são as primeiras pessoas que acolheram quando você chegou. São os profissionais*

*que cuidam mais de você, que se preocupam porque você não veio, que ligam para saber de você. Alguém por quem você procura mais. É uma equipe responsável por aquele grupo de pacientes...”*

No mesmo sentido, uma das pacientes entrevistadas relata:

*“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...”*

Helena, outra paciente entrevistada, oferece indícios da importância da proximidade dos profissionais. Embora saliente que gosta de ficar em casa, onde pode realizar as atividades cotidianas do seu modo e no seu tempo (sem ter que se submeter aos horários pré-estabelecidos no CAPS), ela enumera uma série de circunstâncias nas quais valoriza a proximidade das técnicas de referência, como quando estas almoçam em sua casa ou lhe fazem ligações telefônicas. Aponta como ponto crucial para o desenvolvimento da confiança algumas possibilidades de contar com os técnicos de referência para a resolução de questões concretas de sua vida. Um exemplo fora o apoio recebido de uma profissional de referência para escrever cartas ao namorado, quando se encontrava internada e sem mobilidade na mão. Explica que, em alguns momentos de profunda crise, ela precisava de um tipo de acompanhamento que mediasse relações do cotidiano, que a ajudasse a reestruturar a vida, como o suporte para a busca de um lugar onde morar ou de um médico para problemas ginecológicos.

As entrevistas mostram que a proximidade dos profissionais com os usuários se constrói através do acompanhamento do cotidiano e do suporte que eles oferecem para que os pacientes lidem com suas necessidades do dia a dia. Nesse sentido, Sílvia conta que sua técnica de referência providenciou seu benefício do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), essencial para que possa comprar roupas, comida e pagar aluguel, sem o que “estaria na rua”. Nota-se na sua narrativa que, ao receber um suporte para a reorganização de questões como moradia, ela pôde também reestruturar outros aspectos da vida, como a relação com o pai. Sílvia aponta que, quando algo se faz necessário, “é só chamar que ela [sua técnica de referência] resolve na hora o problema”.

Portanto, trata-se de uma relação pautada na possibilidade que a paciente tem de contar com o apoio profissional para os conflitos do cotidiano. Outra atividade importante da técnica de referência, segundo Sílvia, são as visitas que ela faz às casas dos seus pacientes, bem como as conversas que tem com as famílias.

É atribuída ao profissional de referência ainda a responsabilidade pela avaliação das necessidades do paciente nos momentos de crise, seja para solicitação de intensificação do acompanhamento médico, seja para a indicação de permanência na instituição, ou para a mediação de conflitos interpessoais e o oferecimento de diferentes formas de suporte emocional.

## Confiabilidade

Outro elemento que os pacientes associam ao trabalho de referência é a confiabilidade. Na segunda sessão de grupo focal, explicitam: “Quando um enfermeiro que é da sua referência te aplica uma injeção, dá pra ter certeza que deu remédio mesmo....”. No mesmo sentido, em sua entrevista, Ademir explica: “Faz diferença eles serem da minha [equipe de] referência porque nós somos mais perto um do outro. Temos aquele vínculo.... Não confio em outra equipe para falar coisa minha”. Laura pontua que confia em sua técnica de referência porque, diferentemente de outros profissionais, ela acredita “nas suas verdades”, não dando a “sentença” de loucura ou de delírio.

Os usuários também atribuem aos profissionais de referência a capacidade de identificar seus sentimentos, percebendo quando não estão bem, sem que eles precisem falar. Helena aponta:

*“... 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”.*

Na mesma direção, Joana defende: [profissional de referência] é igual ao médico: “só de olhar para o paciente, já sabe se ele está bem ou não”.

Alguns pacientes destacam ainda que, além de perceberem a atenção recebida dos profissionais de referência, também se sentem queridos. Ademir assinala: *"as minhas referências me passam uma energia boa. Sinto que eles gostam de mim... Isso é bom para mim, sinto uma força. Na minha vida passada eu nunca havia sentido que as pessoas gostavam de mim"*.

Nos grupos e nas entrevistas, os pacientes explicam que confiam nessa capacidade dos profissionais porque convivem cotidianamente com eles, recebendo-os em suas casas e vendo-os conversar com suas famílias, seus vizinhos e patrões. Nessa convivência, valorizam o fato de os profissionais acreditarem nas suas vivências e os auxiliarem a lidar com elas, sem subjugar-las ou negá-las. Laura narra um episódio em que estava num pronto-socorro queixando-se de dores providas de gases (tecidos utilizados para fazer curativos) infiltrados em seu corpo através de um atentado terrorista. Sentir-se aliviada quando a técnica de referência conversara com o médico, que achava que as dores eram *coisa da cabeça dela*, e convenceu-o a atendê-la e examinar sua barriga. Já Helena ressalta:

*"Então ela [a técnica de referência] se preocupa comigo. Isso é muito bom. Ter com quem contar para qualquer problema... Quando não estou bem, ligo aqui. O melhor de tudo o que acontece aqui não é o remédio, nem nada. É a conversa delas, a preocupação delas com a gente. O mais importante para mim é isso"*.

### Formas de relação interpessoal

Alguns pacientes centralizam suas relações em um ou dois profissionais de referência, enquanto outros as diluem entre três ou quatro técnicos da equipe. Entretanto, é comum a todos a necessidade de contar com uma frequência grande e regular desses terapeutas ao serviço. Ou seja, a potencialidade do arranjo requer uma organização do trabalho tal que os profissionais estejam presentes em vários dias e horários da semana e que mantenham uma comunicação efetiva entre si. Nesse sentido, Viviane pontua: *"No momento que quero desabafar, não consigo falar. No meu caso tem que haver uma pessoa constante. Se a pessoa muda, já não consigo falar. Quando estou em crise, não tenho paciência de falar as coisas"*.

Parece ser-lhes importante, ainda, que a equipe de referência se mostre flexível às suas diferentes

necessidades e modos de subjetivação, que podem requerer contatos mais próximos ou diluídos, mais frequentes ou espaçados. Sílvia relata: *minha profissional de referência é quem toma conta de mim, ela é minha responsável, ela é que controla tudo direitinho... ela que arrumou o benefício para mim...*. Já Ademir se refere a dois profissionais de referência, assinalando:

*"... é neles que confio mais. ... A referência é como essa entrevista, sigilosa, confiável. Eu chamo o C. ou a F. [os profissionais de referência], falo que não estou bem. Se puderem me dar remédio, tudo bem, se preferirem conversar, eu converso, mas preciso fazer alguma coisa que tire essa angústia. Se quiserem faço uma pipa, desenho, ouço música, mas preciso que me ajudem a tirar essa angústia. Neles eu confio mais"*.

### Discussão

Nesses relatos os pacientes valorizam um tipo de trabalho diferente daquele próprio a *settings* formalizados, como atendimentos psicoterápicos, grupos e oficinas. Descrevem relações de suporte para a organização do dia a dia, que se estendem por longos períodos e perpassam diferentes necessidades, ligadas tanto a crises emocionais e dificuldades de relação interpessoal, quanto a problemas de moradia e trabalho.

Tal cenário produz algumas interrogações: como sustentar tão diversificadas funções, sem recair em práticas assistencialistas e tutelares, que desconsideram o percurso subjetivo de cada paciente e seu modo próprio de relação com o mundo social? Como modular esse acompanhamento de forma a propiciar condições de tratamento, e não apenas de provimento de necessidades?

Entende-se aqui que o trabalho desenvolvido pelas equipes de referência possui importantes funções na clínica de pacientes psicóticos, porém estas ainda carecem de discussões teóricas que as sustentem e guiem. Tal carência se justifica pela diversidade de funções exercidas pelos profissionais de referência, a partir de relações de grande proximidade emocional com os pacientes e ainda desprovidas da reflexão teórica e técnica já acumuladas pelos trabalhos elaborados em *settings* tradicionais da área de saúde. Nesse sentido, alguns autores apontam a pertinência de que certos aportes clínicos, como o psicanalítico, opera-



cionalizem ajustes nos planos técnico e conceitual, de modo a atender às necessidades do contexto específico de atenção em Saúde Pública, adotando modelos diferentes daquele oferecido pelo *setting* individual do consultório particular (Guirado, 2006). Esses modelos devem permitir que os serviços se estruturam a partir de ações que dialoguem com a experiência vivida dos pacientes e seus modos de produção de dificuldades na relação com o mundo (Leal & Delgado, 2007).

Sem a pretensão de realizar enunciações de uma clínica generalizante, capaz de responder a todas as questões que envolvem a psicose, este estudo pretende apontar alguns subsídios teóricos que, em diálogo com os relatos dos sujeitos de pesquisa, podem contribuir para a reflexão do trabalho de referenciar pacientes psicóticos, no contexto dos CAPS.

### **Provisão de suporte e desenvolvimento da confiabilidade**

Dentre esses subsídios, destaca-se a importância que Winnicott (1994) atribui à função do suporte afetivo que o terapeuta deve oferecer ao paciente. O autor defende que, diferentemente das psiconeuroses, cujas defesas se estruturam em torno da ansiedade de castração, os fenômenos psicóticos envolvem um processo relativo a um primitivo “colapso no estabelecimento do self unitário” (Winnicott, 1994, p.71). Esse colapso não pôde ser incorporado pelo ego, porque fora experimentado em momentos muito precoces da vida, quando o bebê ainda não possuía uma integração psicossomática. Consequentemente, o colapso não foi reunido pelo ego na sua experiência temporal e de controle, o que lhe impede de adquirir uma localização no passado e o coloca num estado de “não tempo” que ronda o indivíduo constantemente.

Trata-se de um paradoxo, pois aqueles que viveram esse processo passam a procurar o acontecimento do colapso (já que este aconteceu e os ronda), mas não foi experimentado (porque não existiu na área de onipotência do ego). Nesse sentido, o colapso precisa ser revivido para que o sujeito dele se aproprie e possa administrá-lo. Caso contrário, o sujeito permanece em um quadro de constante temor daquilo que procura compulsivamente no futuro. Portanto, não se trata de lembrar para construir novas significações, mas de

(re)viver. Assim, a necessidade do paciente não é de interpretação, mas de suporte para a apropriação da vivência da loucura.

Winnicott (1960/2005) aponta que a psicanálise é, antes de tudo, o fornecimento de um contexto profissional para o desenvolvimento da confiança. Para isso, “... relevante é a relação interpessoal, em todos os seus riscos e complicados matizes humanos...” (Winnicott, 1960/2005, p.108). Winnicott estende essa reflexão para o trabalho na área de saúde em geral, afirmando que os médicos, assistentes sociais e enfermeiros muito têm a aprender com a psicanálise, pois, centralmente, o que seus pacientes fazem é chamá-los “... a ser confiáveis de modo humano (e não mecânico), a ter confiabilidade construída sobre [sua] atitude geral” (Winnicott, 1960/2005, p.106). Ao construir uma relação confiável com seu paciente, o terapeuta poderá lhe oferecer suporte para a conquista de uma solução pessoal para os complexos problemas emocionais que enfrenta.

Em sua leitura da teoria winnicottiana, Dias (2008) pondera que o analista constrói uma relação de confiança com o analisando por meio de cuidados concretos, tais como pontualidade e capacidade para estar desperto e atento, bem como para deixar-se conduzir pelas necessidades emocionais do paciente. A autora argumenta que, quando o trabalho é feito com pacientes psicóticos, ocorrem importantes processos em nível pré-verbal, cujo objetivo principal é a construção da crença num ambiente confiável, em que é possível existir e experimentar as agonias inerentes a essa existência. Para esses casos, o analista “... não é mais um decifrador dos conteúdos inconscientes, mas aquele cuja presença possibilita uma experiência de contato e de comunicação com outro ser humano” (Dias, 2008, p.596).

Embora o trabalho de referência não ocorra nos *settings* psicanalíticos formais, entende-se aqui que é possível aplicar essas ideias às relações estabelecidas entre técnicos de referência e usuários. Conforme se viu, estes valorizam o fato de serem próximos de seus terapeutas e conseguem confiar naquilo que lhes é oferecido por eles, como uma injeção que, quando aplicada pelo profissional de referência, dá para ter certeza que se trata de remédio mesmo.

Os relatos acerca da importância que os usuários dos CAPS atribuem a certo trabalho prático dos pro-

fissionais de referência (marcar o médico, ajudar a providenciar o benefício o INSS etc.) indicam que o arranjo tem condições privilegiadas de operar na direção clínica apontada pela teoria winnicottiana. A mediação das questões cotidianas oferece oportunidade para o estabelecimento de relações de suporte emocional e, conseqüentemente, de confiabilidade. Trata-se de um tipo de trabalho especialmente propício, já que em várias situações o paciente pode estar em estado emocional tão frágil que não consegue falar de suas vivências, como indica o relato de Helena acerca do momento em que a técnica de referência a ajudara a escrever as cartas. Portanto, a grande diversidade de tarefas e âmbitos da vida do paciente, que o trabalho de referência abrange, facilita a conformação de situações de confiabilidade, em que não se espera elucidar a loucura, mas sim oferecer suporte para que ela seja (re)vivida.

Sílvia aponta que o trabalho de referência se pauta por um tipo de disponibilidade suficiente para que o paciente sinta que, diante dos problemas, *é só chamar* pela técnica de referência. Contudo, é necessário lembrar que, tal como discute Vaisberg e Machado (2005), o processo de sustentação de uma relação confiável não consiste, simplesmente, em “dar apoio” àquele que sofre. É imprescindível considerar a complexidade da natureza humana e suportar o paciente, a despeito das mais terríveis viagens que ele precise percorrer, por exemplo, quando vivencia suas crises ou, no caso do contexto analisado, quando tem necessidades de difícil manejo, como aquelas que dizem respeito a problemas de moradia e miserabilidade social.

### A necessidade de ser singularmente percebido

Conforme se viu, a possibilidade de contar com profissionais que identificam suas ausências e seus estados afetivos é outro aspecto valorizado pelos pacientes. Este aspecto parece apontar a importância da conformação de relações mediadas por profissionais capazes de perceber a singularidade do paciente e sustentar a possibilidade de sua existência. Esses espaços, conforme Vaisberg e Machado (2005), não podem admitir exclusão, nem concreta nem simbólica, de nenhuma característica da humanidade desses pacientes.

Obviamente não se defende aqui que qualquer relação seja, por si mesma, terapêutica; antes, está-se

referindo a um trabalho que, nas palavras de Campos (1998), seria da área do artesanato. Um neoartesanato porque conta com o aprofundamento das reflexões da modernidade, mas guarda uma tecnologia variável de acordo com a peculiaridade daquilo com que se está lidando e um conhecimento integral e pessoal de cada lida. Nesse sentido, Oury (2009) entende que o trabalhador de saúde mental precisa desenvolver uma sensibilidade próxima daquela do artesão, de modo que desenvolva uma atenção treinada para perceber a qualidade do contexto e a polifonia que o envolve. Trata-se de uma atenção que capacita o profissional para reconhecer as verdades de seus pacientes, como reivindica Laura, e, concomitantemente, contribuir para que eles seja compreendidos por outros atores sociais, como o médico do Pronto Socorro.

Esse tipo de sensibilidade pode ser associado ao processo de identificação próprio do constructo teórico que Winnicott (1994) chamou de *mãe suficientemente boa* e que Dias (2003) propõe ser um paradigma para o trabalho do terapeuta de pacientes psicóticos. Não se trata da defesa de um trabalho de provisão das necessidades dos pacientes, mas sim de uma vivência relacional em que, através da identificação (cujo modelo é a preocupação materna primária), pode ocorrer uma comunicação primitiva (Winnicott, 1994) em que o sujeito é percebido naquilo que não tem coerência suficiente para ser traduzido apenas em palavras. Trata-se de seus sons e ritmos psicossomáticos, das agonias que o rondam, da oscilação da existência, do flerte com a vivência de ruptura e o terror da mesma. São sensações cuja representação psíquica é inexistente ou rudimentar, mas que testemunham a vida do indivíduo. Portanto, a necessidade fundamental diz respeito à percepção dessas sensações e, conseqüentemente, do sujeito que delas sofre. Os pacientes indicam valorizar essa percepção quando enfatizam que os profissionais de referência percebem quando eles não estão bem, não vão ao serviço ou estão entrando em processos de crise.

### A função narrativizante do trabalho de referência

Como se viu, vários sujeitos da pesquisa disseram que uma das funções primordiais do trabalho de referência é identificar seus sentimentos e pensamentos, sem que, muitas vezes, eles próprios precisem descrevê-



-los. Trata-se de algo que parece próximo à magia ou adivinhação, mas cuja origem localizam, claramente, na convivência e conversas constantes.

Sem desconsiderar outros fatores que condicionam tais expectativas, supõe-se aqui que elas podem dizer respeito ao pedido do paciente para que alguém lhe sirva de *espelho*. A função de espelho é discutida por Winnicott (1975) através da ideia de que, ao olhar para a *mãe suficientemente boa*, o bebê recebe de volta a sua própria imagem. Ou seja, a mãe lhe devolve a sua visão do bebê, pois está em processo de identificação com ele. Essa é a maneira pela qual o bebê consegue algo de si mesmo de volta e vai construindo uma existência própria, através da qual pode constituir sua alteridade.

Essa ideia implica a concepção de que inicialmente o sujeito constrói sua existência através do olhar do outro. No entanto, para Winnicott (1975), esse “outro”, constituído pela mãe, encontra-se num estado de profunda identificação com o bebê, de tal forma que ela suspende um pouco do seu ser para poder *ser com* o bebê, num processo a que Loparic (1997) denomina de “dois em um”.

Winnicott (1975, p.157) ilustra o processo de *ser visto* para poder *ver-se* com as seguintes proposições: “Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo”. O autor explica que, ao encontrar-se no olhar da mãe, o bebê pode viver sua *ilusão de onipotência* (que é diferente da onipotência como defesa) e desenvolver uma relação criativa com o mundo. Nesta, embora o sujeito possa perceber os objetos de modo objetivo, sempre os *apercebe*, desenvolvendo uma relação pessoal com a realidade.

Esse processo pode ser comparado à função *narrativizante* (Onocko Campos & Furtado, 2008). Esta, discutida no campo das metodologias de pesquisas qualitativas em saúde, diz respeito à capacidade do pesquisador para reconhecer, mediar e narrar os diferentes elementos que compõem a realidade estudada. A construção da narrativa acerca dessa realidade atribui aos acontecimentos uma identidade e uma localização temporal, tornando-os passíveis de compartilhamento e inscrição numa cena sócio-política. Para tanto, o pesquisador precisa desenvolver um olhar sensível à polifonia do contexto e comprometido com a intensidade

do vivido, o que requer atenção às contradições e ambivalências próprias dos fenômenos humanos.

Analogamente, supõe-se aqui que a *mãe suficientemente boa* também desenvolve uma espécie de função *narrativizante*, já que reconhece as primitivas vivências do filho e, no ritmo suportável para ele, associa-as e as traduz em pequenas palavras, cantigas, expressões populares, gestos, modos de manusear e carregar seu corpo. Note-se que tal forma de olhar/espelhar/narrar permite que o próprio bebê se veja, mas também auxilia as pessoas que o rodeiam a perceber traços de uma singularidade que, sozinho, ele ainda não traduz para o discurso oral. A capacidade da mãe em reconhecer o bebê e narrá-lo permite que as sensações deste deixem de pertencer a um fluxo contínuo, para se transformarem em experiências reconhecíveis e passíveis de algum compartilhamento.

Ao discutir a função de espelho, Winnicott (1975) impõe uma condição paradoxal às mães: elas precisam, ao mesmo tempo, estar genuinamente presentes (com a vivacidade do olhar que consegue apreender a imagem do bebê e refleti-la) e ausentes (para que suas questões, tais como suas próprias defesas, não ofusquem a imagem do bebê). Figueiredo (2008) denomina essa condição através do binômio presença-reservada. Ou seja, é necessário estar vivamente presente, mas, concomitantemente, é preciso se colocar em reserva, dando espaço para a emergência da subjetividade do outro.

Ao comentar sobre a necessidade que o bebê tem do olhar da mãe, Souza (2007, p.336) lembra que, para a teoria winnicottiana, a criatividade, no seu início, não se traduz em atos defensivos, pois Winnicott concebe a existência de uma criatividade primária que depende da adaptação materna, através da qual o bebê tem sua experiência de êxtase, responsável pela emergência do símbolo. Assim, “...a criatividade primária é uma criatividade que necessita do objeto. Na medida em que este amparo pode faltar, revela-se uma criatividade precária”.

Souza (2007, p.337) segue apontando:

O trauma que pode atingir a criatividade do self verdadeiro não é o trauma por causa do não atendimento das demandas libidinais que o sujeito endereça ao outro... É o trauma por causa do não atendimento das necessidades psicossomáticas que são pré-condições para o próprio endereçamento

das demandas libidinais. É a falta de algo que não deveria faltar. No ponto em que as necessidades psicossomáticas não são atendidas, nenhuma demanda libidinal propriamente dita pode ser endereçada.

Com isso, Souza (2007) propõe a construção de uma clínica pautada na “ética do cuidado”, que se sustenta no desenvolvimento de uma relação transferencial de confiança, marcada pela ideia winnicottiana de *holding*. Nessa clínica, não se pretende que o sujeito elucide o desejo contra o qual se defende, ou se responsabilize pelas suas defesas. O objetivo primeiro é a aproximação do sofrimento do sujeito, no que lhe foi faltante nos tempos da dependência absoluta, anterior à constituição das demandas libidinais, já que o outro ainda não estava constituído enquanto alteridade.

Souza (2007) ressalta passagens da teoria winnicottiana em que fica claro que não se trata de responder em ato às necessidades psicossomáticas do sujeito, mas em compreendê-las, de modo que elas possam ser percebidas e apropriadas. Entende-se que essa ideia de compreensão das necessidades diz respeito à tarefa materna de *narrar* ao bebê a sua existência, para que ele se aproprie da mesma. Vale lembrar que Winnicott (1960/2005) defende que o conceito da tão desejada “cura” seja remetido a sua raiz etimológica, que traz a noção de “cuidado”. Mediante essa acepção do termo, ele propõe que os profissionais da área de saúde resgatem, em suas práticas, fenômenos naturais de sustentação e confiabilidade, que todos os sujeitos vivenciam para se desenvolver no sentido humano.

Alguns dos depoimentos acima destacados, como aqueles construídos por Helena, levam a supor que um dos aspectos mais delicados que o profissional de referência precisa desenvolver é a habilidade para se mostrar disponível para acompanhar o paciente em seu cotidiano, mas, ao mesmo tempo, fazer desse acompanhamento apenas uma mediação para que o usuário desenvolva relações confiáveis consigo mesmo, com o terapeuta e com o mundo. Ou seja, o profissional precisa perceber quais ações são necessárias para que o paciente, a seu modo, consiga aproximar-se de certo entorno social. Porém, uma vez que essa aproximação se faz possível, é preciso conseguir se ausentar e se colocar disponível para a escuta do que a experiência pôde trazer ao paciente. Trata-se de um constante jogo de *presença e reserva* (Figueiredo, 2008), em que o pro-

fissional deve habitar uma zona de interstício entre o mundo do paciente e o seu, de tal modo que possa transitar por esses espaços sempre que necessário.

Ao utilizar essas concepções teóricas para pensar as construções feitas no campo empírico da presente pesquisa, identifica-se que a necessidade de receber a própria imagem de volta, para paradoxalmente construí-la, pode ser considerada um dos fundamentos cabíveis à expectativa quase mágica que os pacientes têm de que o profissional de referência adivinhe seus pensamentos, quando apenas os olha. Parece que tal expectativa diz respeito à necessidade que alguns usuários têm de *espelhos* (no sentido winnicottiano), ou de alguém que lhes exerça um *olhar narrativizante*. *Narrativizante* porque, ao refletir, também narra a existência daquele a quem reflete.

Esse reflexo poderia permitir que os pacientes, paulatinamente, reconhecessem suas agonias e, sustentados na relação com o terapeuta, pudessem (re)vivê-las. Desse modo, essa espécie de *olhar narrativizante* ou de *espelho* permitiria que a vivência do colapso saísse do fluxo contínuo (“não tempo”) e adquirisse um *quem* e um *quando* (Onocko Campos & Furtado, 2008), já que está circunscrita numa relação terapêutica.

### **Relações de confiança e capacidade do terapeuta em se colocar na posição de objeto subjetivo**

O desenvolvimento do *olhar narrativizante* depende da capacidade do profissional de sustentar uma relação com o paciente baseada na confiabilidade. Em alguns momentos dessa relação é necessário que o profissional suporte ser colocado na posição de objeto subjetivo (Winnicott, 1963/1983), o que implica ser tratado como parte do sujeito com quem se relaciona, não sendo percebido objetivamente em vários aspectos que marcam sua individualidade. Além disso, trata-se de devolver, ou refletir, apenas aquilo que o paciente mostra. Posturas invasivas, que atribuem ao sujeito expectativas do próprio terapeuta, tendem a repetir padrões de relações problemáticas vividas em outros tempos.

Os pacientes que participaram desta pesquisa mostraram diferentes modos de aproximação e graus de identificação com seus técnicos de referência.

Alguns, como Sílvia, parecem ter com eles uma relação de maior identificação, colocando-os mais no lugar de objeto subjetivo, enquanto outros, como Viviane, parecem desenvolver relações mais diferenciadas. Entretanto, vale evidenciar aqui que o olhar *narrativizante* exige que o profissional se posicione de modo que deixe as peculiaridades do paciente ocuparem o centro da cena relacional.

Essa teorização parece ir ao encontro das conclusões a que Corin (2002, p.73) chegou em sua investigação acerca do processo de restabelecimento dos pacientes psíquicos. A autora observa que tal processo diz respeito, "... antes de tudo ao encontro de uma posição pessoal num mundo onde se conta com outros que lhe chamam pelo nome, que, por exemplo, conhecem sua data de aniversário, que estão lá para lhe acompanhar quando você não vem". Estes, que estão disponíveis para o acompanhamento, devem fazê-lo respeitando o ritmo e as necessidades do paciente, acompanhando-o nos caminhos que ele pode percorrer, sem a imposição de um *bem viver* pré-concebido, pois o objetivo é o desenvolvimento de uma relação pessoal consigo e com o mundo.

Partindo de concepções teóricas distintas, Schimid (2007) alerta que esse tipo de trabalho terapêutico só se constrói à custa de um acompanhamento cotidiano, mediado pela figura do terapeuta, que facilita algumas "estruturas identificatórias" que permitem ao paciente perceber-se incluído num contexto relacional, considerando aspectos de sua realidade e precisando negá-los cada vez menos.

A discussão acerca da função *narrativizante* retoma a importância do acompanhamento que a equipe pode fazer no cotidiano dos usuários, o que costuma ser protagonizado pelos técnicos de referência. No entanto, é necessário ponderar sobre alguns problemas e riscos inerentes a esse tipo de trabalho, ainda que eles não apareçam predominantemente sob a óptica dos pacientes.

### O desafio da sustentação do paradoxo presença-ausência

Dentre tais questões, aquela que parece central é a possível dificuldade de o técnico de referência sustentar o paradoxo de estar presente e, ao mesmo tempo,

conseguir ausentar-se, permitindo-se muitas vezes ser colocado no lugar de *objeto subjetivo*. Tal dificuldade pode incorrer em riscos, como o desenvolvimento de atitudes onipotentes por parte dos técnicos de referência. Infere-se que esse quadro pode ser uma possível vicissitude da relação profissional/usuário, na qual o primeiro, muitas vezes, é colocado e se coloca num lugar quase *mágico*, localizado em sua capacidade de compreender o paciente sem que este precise falar, ou de acreditar nas suas verdades, mesmo quando elas parecem incoerentes para outras pessoas. Tal relação tende a tornar-se problemática quando, em virtude de complexa rede de questões institucionais, o profissional se aprisiona à onipotência e, ao invés de se colocar como *mãe suficientemente boa*, transforma-se numa espécie de matrona que sempre tudo pode e sabe. Desse tipo de posicionamento podem emergir sensações de que o técnico de referência é quem está no controle da vida do paciente, como Sílvia parece expressar em sua entrevista, ao elogiar a técnica de referência que "controla tudo direitinho".

Nessas situações, há o risco de que o técnico de referência deixe de suportar junto do paciente suas questões, para tentar resolvê-las sozinho, colocando-se no centro da cena relacional e atribuindo ao paciente um lugar de objeto de suas próprias necessidades. Disso resulta o risco de práticas invasivas e tutelares, que não contribuem para que o paciente se aproprie de suas experiências e possa administrá-las.

## Considerações Finais

Entende-se que os resultados terapêuticos e os problemas associados ao arranjo de equipes de referência consistem uma espécie de paradoxo a ser sustentado, mais do que a ser resolvido. O acompanhamento do cotidiano do paciente e a proximidade entre ele e o técnico de referência permitem o desenvolvimento da confiabilidade e do suporte necessário ao tratamento. No entanto, tais condições também podem se aproximar de processos de identificação patológica, em que o profissional se excede em sua presença.

A estrutura de equipes de referência pode se configurar como um importante recurso para auxiliar a sustentação desse paradoxo e permitir que o paciente, quando possível e necessário, circule entre os diferentes

profissionais, diversificando suas formas de relação e evitando as identificações excessivas. As equipes também permitem que os profissionais circulem e coloquem seus saberes, experiências e sensações em constante diálogo, encontrando suporte e questionamentos. Esse tipo de trabalho requer, ainda, cuidadosa e constante reflexão ética, cujos balizamentos podem ser encontrados nas regras técnicas freudianas que, ao propor o amor à verdade do paciente, a livre associação e a atenção uniformemente flutuante, interditam as pretensões onipotentes do profissional em relação ao que ele sabe e faz.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório da gestão 2003-2006*. Brasília: MS.
- Campos, G. W. S. (1998). O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 4 (14), 863-870.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), 399-407.
- Corin, H. (2002). Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Revue Santé Mentale au Québec*, 27 (1), 65-82.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. O. (2008). O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (4), 588-601.
- Figueiredo, L. C. M. (2008). Presença, implicação e reserva. In L. C. M. Figueiredo & N. E. Coelho Jr. *Ética e técnica em psicanálise* (2ª ed. ampliada, pp.13-54). São Paulo: Escuta.
- Furtado, J. P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*, 11 (22), 239-255.
- Furtado, J. P., & Miranda L. (2006). O "dispositivo técnico de referência" nos equipamentos substitutivos de saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9 (2), 508-525.
- Gadamer, H. G. (1997). *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes.
- Geekie, J., & Read, J. R. (2009). *Making sense of madness: contesting de meaning of schizophrenia*. New York: Routledge.
- Guirado, M. (2006). Prefácio. In R. Lerner, *A psicanálise no discurso de agentes de saúde mental* (pp.11-13). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leal, E. M., & Delgado, P. G. G. (2007). Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. G. Silva Jr. & R. A. Mattos (Orgs.), *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Lappis.
- Loparic, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não edipiana. *Percurso*, 9 (17), 41-47.
- Miranda, L., & Onocko Campos, R. (2008). Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5), 907-913.
- Onocko Campos, R., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42 (6), 1090-1096.
- Oury, J. (2009). *O coletivo*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Schimid, P. C. (2007). Viajando não, só sonhando. *Revista do Departamento de Psicologia*, 19 (1), 187-198.
- Silva, M. B. B. (2007). O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Revista Vivência*, 32 (1), 42-56.
- Souza, O. (2007). Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. In B. Bezerra Jr, & F. Ortega (Orgs.), *Winnicott e seus interlocutores* (pp.315-344). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Vaisberg, T. M. J. A, & Machado M. C. L. (2005). Transicionalité et enseignement de la psychopathologie: réflexion sur les cours pratiques à partir de Winnicott. *Le Coq-Heron*, 180 (1), 146-155.
- Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação* (pp.196-206). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade* (pp.153-163). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In D. W. Winnicott. *Explorações psicanalíticas* (pp.77-81). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (2005). A cura. In D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa* (4ª ed., pp.105-114). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1960).

Recebido em: 29/4/2010  
Versão final em: 26/1/2012  
Aprovado em: 16/2/2012