

À teoria do amadurecimento na saúde pública: uma proposta das práticas winnicottianas no CAPS

The maturational theory in public health: a proposal of winnicottian practices at the CAPS

Jéssica Serra Braga Rosini

Resumo

Este estudo tem por objetivo promover uma reflexão sobre a possibilidade de utilização do referencial teórico proposto por Donald Woods Winnicott para o acompanhamento da população que sofre com transtornos mentais graves e persistentes que chegam ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo esta a instituição pública designada para atender tal demanda. A pesquisa levantou os aspectos fundamentais do pensamento de Winnicott para o acompanhamento de casos de psicose. Primeiramente, apontou-se a interrupção do processo de amadurecimento como causa raiz desses transtornos. Em seguida, apresentou-se as práticas de Winnicott para o desempenho do cuidado com indivíduos que vivenciam a psicose, que se concentram na reconstrução de um ambiente de confiança para que ele seja capaz de retomar o processo de amadurecimento. Ao final do estudo, foram pontuados os principais temas desenvolvidos e os desafios enfrentados para a aplicação prática desses conhecimentos nas instituições públicas.

Palavras-chave

Winnicott, Teoria do Amadurecimento, CAPS.

Abstract

This study aims to provide a reflection regarding the possibility of adopting the theoretical framework proposed by Donald Woods Winnicott to assist the population suffering from severe and persistent mental disorders that reach the Psychosocial Care Center (CAPS), which is the public institution designated to meet such demand. The research explored the fundamental aspects of Winnicott's point of view for monitoring cases of psychosis. Firstly, it was pointed out that the interruption of the maturational processes was the root cause of those disorders. Then, Winnicott's practices were presented as ways to provide care for individuals who experience psychosis, focusing on the reconstruction of a confidence environment to restore the maturational process. Lastly, the main aspects of Winnicott's theory developed during the study and the challenges facing its practical applications were considered and reviewed.

Keywords

Winnicott, Theory of the Maturational Processes, CAPS.

Jéssica Serra Braga Rosini

UNI/FIO Faculdades Integradas de Ourinhos

jessicasbr@hotmail.com

Introdução

De acordo com o Governo Federal (BRASIL, 2010), 12% da população do país necessita de algum atendimento em saúde mental e 3% sofre com transtornos mentais graves e persistentes. Segundo o Departamento de Saúde do Governo Australiano (AUSTRÁLIA, 2011), estima-se que 64 mil pessoas de 18 a 64 anos de idade possuem algum tipo de doença psicótica e estão em contato com serviços públicos de saúde mental do país, enquanto o Estados Unidos (2015) prevê que cerca de 100 mil adolescentes e jovens vivenciam o primeiro episódio de psicose todos os anos.

O amadurecimento é um processo que pode ser observado no ciclo de vida de cada organismo presente na natureza e em todo o universo. Sob a perspectiva do homem, a maturidade adquire uma riqueza de interpretações, tendo sido notada ao longo da história por cientistas, escritores e pensadores. Sendo a maturidade uma característica geneticamente herdada (WINNICOTT, 2005), ela pode ser vista como um dos mecanismos evolucionários do ser humano para a manutenção e o desenvolvimento da espécie.

Para Winnicott (1983), a maturidade é um forte indicador do estado de saúde mental do ser humano, pode-se então analisar a imaturidade como uma forma de doença. A vida de um indivíduo saudável tem a autonomia como principal característica, que é expressada por sua capacidade em assumir as responsabilidades e consequências de suas ações. Em outras palavras, um indivíduo maduro consegue lidar com a aprovação e a reprovação de forma saudável e produtiva, sendo apto a gerenciar os sucessos e conflitos de sua vida como medos, dúvidas e frustrações (WINNICOTT, 2005).

Diante dos dados apresentados, o presente artigo visa promover uma reflexão sobre a utilização do referencial teórico proposto pelo médico e psicanalista Donald Woods Winnicott para o acompanhamento da população que sofre com transtornos mentais graves e persistentes, como é o caso da psicose, com a finalidade de propor a aplicação dos métodos e ideias nos processos de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O papel do ambiente no desenvolvimento segundo Winnicott

Donald Woods Winnicott, médico pediatra com especialização em psicanálise, nos auxilia na compreensão da saúde pela sua teoria do amadurecimento, como também dos distúrbios psíquicos. Para o autor, as etapas do amadurecimento estão intimamente relacionadas ao estado de saúde mental de um indivíduo, o que abriu portas para uma nova abordagem de trabalho e pesquisa acerca do tema.

Todo indivíduo é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, entretanto, tal tendência não se desenvolve sozinha. Para que a maturação seja alcançada é necessário que haja uma provisão ambiental no início da vida, onde o indivíduo depende da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons (WINNICOTT, 1983, 2005, 2006).

Não sendo possível pensar no desenvolvimento do bebê nos estágios iniciais sem levar em consideração o funcionamento do ambiente no qual ele está sendo cuidado. O bebê depende absolutamente do ambiente, mesmo que ainda não possua consciência disto e é por este motivo que os cuidados ofertados pelo ambiente se tornam parte de seu sentido pessoal de existência (CESARINO, 2008). Por ambiente, Winnicott refere-se às condições psicológicas e físicas necessárias ao amadurecimento emocional do ser humano (ARAÚJO, 2005).

Um dos elementos fundamentais do ambiente é a figura materna, que desempenha um papel fundamental nas primeiras experiências de um bebê (ROSA, 2009). Araújo (2005) pontua as principais características que possui a figura materna, sendo que a primeira delas consiste em apenas existir, demonstrar amor de modo que o infante possa compreender, oferecer proteção, proporcionar estabilidade, apresentá-lo ao mundo externo comedidamente, dentre outros cuidados. Por esta razão, a mãe é vista por Winnicott como a mais indicada para realizar esses cuidados, devendo possuir como principal preocupação cuidar e desenvolver sua identificação com o infante (WINNICOTT, 1983, 2006).

Winnicott emprega o termo “mãe dedicada comum” (WINNICOTT, 2006, p. 7) para especificar o cuidado ofertado por um facilitador dos estágios iniciais de desenvolvimento psicológicos e da personalidade humana de modo geral. A partir dessa disposição da figura da mãe em relação ao infante, ela estará, ainda que involuntariamente, lançando as bases da saúde mental do indivíduo e possibilitando que o processo evolutivo e as interações do bebê com o meio se desenvolvam de acordo com o padrão hereditário dele (WINNICOTT, 2006).

Para que essa provisão esteja em conformidade com as necessidades do bebê, é primordial que a mãe se adapte totalmente a realidade de seu papel materno (ROSA, 2009), que ocorre pelo desenvolvimento de sua identificação com o infante, se tornando capaz de reconhecer e responder de maneira satisfatória às necessidades do bebê (WINNICOTT, 1983, 2005, 2006).

Rosa (2009) explica que não se trata de priorizar a mãe em detrimento do pai, mas de compreender que o cuidado que o bebê necessita ao início de sua vida, faz parte mais genuinamente da natureza do ser da mulher. Sendo que, não se trata da figura de perfeição da mãe, mas da disponibilidade dela em demonstrar ao bebê que, apesar dos erros, ela o ama e busca corrigir suas falhas durante a sua vida cotidiana (Gomes, 2009).

Após a adaptação, a mãe deverá de modo gradativo caminhar em sentido contrário a uma desadaptação, com o objetivo de que o infante alcance a independência e uma vida autônoma à medida que ele cresce (WINNICOTT, 1983, 2005). Para Winnicott (2005) essa adaptação tende a ir diminuindo de acordo com a crescente necessidade que o bebê apresenta em experimentar reações de frustração.

Winnicott (2005) relaciona a independência com a maturidade individual, mas esclarece que não podemos considerar esta independência como total, pois seria nocivo para um indivíduo ficar isolado a ponto de se sentir independente e invulnerável, pois sempre existe um certo nível de dependência presente em sua vida. Assim a independência se inicia em uma condição de dependência quase que absoluta, passa por um período de dependência relativa, caminhando rumo à independência (WINNICOTT, 2005). Cesarino (2008) introduz um novo estágio após essas conquistas, denominado de independência absoluta.

O estágio de dependência absoluta consiste em um mundo subjetivamente concebido pelo bebê. Sem capacidade alguma de reconhecimento da diferença entre si mesmo e o mundo, o bebê se encontra fechado em si mesmo (CESARINO, 2008). Araújo (2005) afirma que do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, portanto a mãe é inicialmente parte dele.

A figura paterna entra como suporte da relação mãe-bebê assumindo dois principais papéis, como mãe substituta e como marido. O papel de mãe substituta consiste em permanecer tal como a mãe, objeto subjetivo. Sendo necessário que ele exerça essa função a partir do seu lado materno (ROSA, 2009). E pela experiência presente em si de também ter sido cuidado por uma mãe quando bebê, entre outros fatores (ROSA, 2009). E como marido,

ele oferece sustento para a mãe de modo que ela possa entregar-se ao cuidado do bebê (ROSA, 2009).

O que importa no que se refere a figura da mãe e do pai, é a participação efetiva na vida da criança, a qualidade da presença e de suas ações (ROSA, 2009). Essa provisão ambiental consiste em proporcionar ao infante dependência e confiabilidade humana, não mecânica (WINNICOTT, 2005). Winnicott (1983) apresenta a necessidade da oferta do *holding*. O *holding* consiste no cuidado da mãe com o infante (WINNICOTT, 1983), em que ela está disposta a reconhecer e atender suas necessidades básicas por meio de sua identificação com ele (WINNICOTT, 1983, 2005, 2006).

Sendo ofertado pela figura materna desde a vida intrauterina e gradualmente amplia o seu alcance, adquirindo o significado da globalidade do cuidado adaptativo ofertados assim a criança (WINNICOTT, 2005, p. 10). O *holding* pode ser exercido de muitas formas distintas como o toque físico, o olhar, o som da voz do cuidador, dentre outros. Tais atos são capazes de proporcionar ao indivíduo a confiança na provisão ambiental (WINNICOTT, 2005).

O estágio de dependência relativa se caracteriza por ser uma forma intermediária da realidade, onde se experimenta um primeiro sentido de externalidade que ainda se encontra sob a ilusão do controle total do bebê (WINNICOTT 1983, p. 83-84). No início da vida, os objetos são percebidos pelo infante como criação subjetiva, proporcionando a este a ilusão de onipotência (WINNICOTT, 2005).

A capacidade de reconhecimento do externo se desenvolve através de uma desadaptação gradual do ambiente, onde a mãe passa a reconhecer o desenvolvimento do infante em sua capacidade de esperar, prever acontecimentos e de manter viva a realidade de si mesmo durante uma quantidade de tempo maior (CESARINO, 2008). Este desenvolvimento somente ocorre de modo satisfatório quando o comportamento da figura materna é suficientemente bom em sua capacidade de se adaptar e se desadaptar (WINNICOTT, 2005).

Aqui, a presença do pai se mostra de grande importância, pois ele terá como função auxiliar a mãe nessa desadaptação assim ao bebê, chamando-a para si como esposa (ROSA, 2009). O processo de desadaptação assim ao infante, propicia uma realidade intermediária, entre a realidade subjetiva e a percepção objetiva (CESARINO, 2008). A medida que a separação da mãe e do bebê vai acontecendo, o bebê vai criando a imagem do pai, ao início o pai é percebido pela criança como um aspecto da mãe que é firme, inflexível, e aos poucos a criança terá condição de atribuir essas características a figura do pai (WINNICOTT, 1982).

Para que os objetos passem a ser percebidos pelo infante como criação objetiva, não mais subjetiva, será necessário que antes o objeto se apresente como “coisa”. Para isso, é necessário que o bebê realize a destruição do objeto subjetivamente concebido (não o objeto em si) e que este se apresente novamente independente do bebê, para que assim o objeto permaneça fora de sua onipotência (CESARINO, 2008).

Essa destruição se demonstra através das mordidas, arranhões, puxões de cabelo, entre outros comportamentos do bebê assim a mãe, a função dela diante desses ataques é sobreviver, não se transformando no momento crítico, em uma pessoa vingativa, nem que partiu para a retaliação. Se este processo ocorrer como esperado, a mãe passa a ser um objeto, não sendo mais parte do bebê, levando-a ser útil para o desenvolvimento dos próximos estágios do amadurecimento. A partir dessa transição, é aberta a possibilidade do desenvolvimento dessa transformação também com o pai, animais e brinquedos, por exemplo (WINNICOTT, 2006).

Desse modo o pai se apresenta como um vislumbre da primeira configuração de pessoa total que o infante encontra, como um modelo de integração, antecipando o *status* unitário que o indivíduo irá chegar, se tudo correr bem (ROSA, 2009). É importante esclarecer que no decorrer desse estágio o pai permanece exercendo as funções que exercia no estágio de dependência absoluta (ROSA, 2009). Após as conquistas mencionadas, o não pode começar a aparecer para o bebê, sendo reconhecido como uma expressão de firmeza, limite e força nos cuidados ofertados (ROSA, 2009).

Winnicott (1983) menciona que quando os estágios de dependência são adequadamente percebidos, a criança alcança relacionamentos interpessoais, se apresentando como sadia ou madura o suficiente para sofrer ao lidar com os conflitos que são pessoais e que fazem parte da realidade psíquica. Ao passar pelos estágios de dependência absoluta e relativa, o infante poderá aos poucos integrar-se em um eu e assim, manter relação com um mundo externo (WINNICOTT, 2005, 2006). No princípio desta separação, a união entre a mãe e o bebê ainda pode ser observada pouco a pouco progredindo em níveis cada vez menores de dependência.

É importante destacar que, a qualidade da presença do pai, ou a sua ausência no decorrer dos estágios modulam os sentimentos da mãe, levando-a a se sentir protegida ou desprotegida, pois o pai é a figura que fornece esse sentimento. Mesmo que o lugar ocupado pela mãe e pelo pai dentro do ambiente seja diferente, ambos são os responsáveis em proporcionar o espaço que o bebê precisa para amadurecer (ROSA, 2009). O pai se mostra como o indivíduo mais indicado, para que junto com sua esposa, possam criar um ambiente estável e indestrutível onde seus filhos vão crescer (ROSA, 2009).

Por meio das conquistas mencionadas, o bebê passa a ter um interior, ocorrendo um intercâmbio complexo entre o externo e o interno que se desenvolve pela vida do indivíduo e se constitui em sua relação com o mundo (WINNICOTT, 2005). Este momento é denominado pelo autor como estágio da independência. Durante este estágio o eu se encontra como entidade integrada e separada do não-eu, se tornando uma unidade independente (WINNICOTT, 2005, 2006) por meio da perda da segura fusão mãe-bebê (WINNICOTT, 2005).

Segundo Winnicott (2005) o estado de unidade se constitui na conquista básica para a saúde emocional de todo ser humano, sendo esta a plataforma para a identificação com unidades mais amplas, chegando a uma vida social cada vez maior. Com o passar do tempo, o lactante se torna capaz de se relacionar com objetos, se colocar em seu próprio corpo e em seu funcionamento, experimentando o sentimento de eu sou e se mostrando preparado para os desafios da vida (WINNICOTT, 1983). Sendo que o sentimento de eu sou somente irá se instalar no *self* do bebê pelo comportamento suficientemente bom da mãe, no que diz respeito ao processo de adaptação e desadaptação (WINNICOTT, 2005).

O lactante também irá se mostrar capaz de cavalgar suas tempestades instintuais, de conter as pressões e o estresses ocasionado pela realidade psíquica interna e também de sentir-se deprimido. Para Winnicott (2005) estes são sinais da aquisição de crescimento individual. A partir dessas conquistas, o indivíduo apresenta condições de gradativamente reunir amor e ódio em um mesmo objeto e, portanto, tornar-se ambivalente e capaz de preocupar-se, para Cesarino (2008) esta capacidade envolve o estágio do discernimento. Devido a maturidade crescente que o infante vivencia, ele será capaz de perceber um terceiro, o pai, o qual se encontra separado dele e da mãe (ROSA, 2009).

Durante este período, o pai tem como função por limites, possibilitando que a criança espontaneamente possa expressar seus impulsos sem precisar inibi-los, tendo, assim, a oportunidade de conhecê-los e aprender a controlá-

los. Assim, o pai irá intervir somente diante dos impulsos exagerados que a criança apresenta assim a mãe, proporcionando proteção. A ausência do pai durante este período irá ocasionar dificuldades na criança em expressar sua excitação instintual, fazendo com que constantemente ela se defenda da própria excitação e de sua agressividade por não se sentir segura e livre para viver as diversas experiências (ROSA, 2009).

Já o estágio de independência absoluta, que compreende o estágio do Édipo, inclui a latência, adolescência, início da idade adulta, adultez, velhice e morte (CESARINO, 2008). Deve-se esperar que o processo de crescer e amadurecer, tenha continuidade durante todos os estágios da vida, sendo esta uma tarefa perpétua (CESARINO, 2008). Para fins deste trabalho, não será detalhado esses estágios mais avançados do amadurecimento, pois as psicoses encontram sua etiologia nos estágios anteriores a conquista da identidade unitária.

Em alguns casos, por falhas no ambiente durante os estágios iniciais, distorções no amadurecimento podem ocorrer e tais conquistas nunca cheguem a se concretizar devido ao enfraquecimento ou interrupção do processo maturacional (WINNICOTT, 2005). Diante da incapacidade do ambiente em se adaptar ao bebê nesses estágios, ele poderá vivenciar um trauma cujo mecanismo utilizado será a quebra da continuidade da existência, impedindo que ele perceba sua existência (seu corpo e suas sensações) podendo chegar ao desencadeamento da impossibilidade de confiar no mundo (FURTADO; MIRANDA, 2006).

Isso ocorre porque o infante ainda não possui capacidade para lidar e para se defender desta experiência, pois até esse momento não houve o desenvolvimento de um ego autônomo. Por este motivo, as falhas ambientais ocasionam uma situação de agonia incapaz de ser classificada, compreendida ou percebida (WINNICOTT, 2006). Estas impedem o próprio sentido da realidade do ser como experiência pessoal (FURTADO; MIRANDA, 2006). Rompe-se a linha da vida e as tendências herdadas que impulsionam para o amadurecimento não alcançam sua meta, pois são impossibilitadas de levar a criança à plenitude pessoal (WINNICOTT, 2005).

O que está em jogo é a própria continuidade do ser, sendo o medo ao aniquilamento uma das principais particularidades. Estas agonias, em última instância, impossibilitam no infante o acesso ao sentimento de realidade de si mesmo e do mundo (WINNICOTT, 2006). Diante dessas vivências, o indivíduo não poderá gozar do legado cultural e da beleza do mundo, para ele este terá um colorido torturante, impossível de desfrutar (WINNICOTT, 2006).

Para Winnicott (1983, 2005), essas perturbações ambientais nos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional promovem distorções da personalidade que redundam em quadros clínicos de distúrbios mentais. Por este motivo, os distúrbios mentais não são considerados como doença, mas resultado da conciliação entre êxito e fracasso, da imaturidade do indivíduo e das reações ambientais que se apresentam durante os estágios iniciais de desenvolvimento emocional, onde os quadros clínicos variam de acordo com a atitude ambiental (WINNICOTT, 1983).

Os distúrbios são reconhecidos pelo autor como a detenção do processo de maturação, que continua a buscar o amadurecimento, apesar de sua paralisação. Esta busca é responsável por prover o impulso para se alcançar a cura ou a auto cura, se o indivíduo não encontra auxílio disponível no ambiente (WINNICOTT, 1983).

A partir das contribuições de Winnicott a respeito dos estágios iniciais do amadurecimento, se apresenta necessário incluir o ambiente na descrição e no tratamento dos casos trabalhados, em especial para as

problemáticas que são derivadas de estágios anteriores à conquista do eu integrado como unidade, como no caso da psicose (CESARINO, 2008).

A prática da teoria winnicottiana no atendimento do CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é um local de referência para o acompanhamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo (BRASIL, 2010).

O CAPS se apresenta como um dos serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos que ocorrem no país, regulamentado pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004). Seu objetivo é oferecer atendimento à população que se encontra em sua área de abrangência, realizando conjuntamente o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários por meio de oficinas e de atividades recreativas para o exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004, p. 13). O atendimento é realizado por intermédio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que propõe serviços conforme as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2004).

Em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele, sendo reconhecido como seu Terapeuta de Referência (TR), não obrigatoriamente, pois é fundamental analisar o vínculo que foi estabelecido entre ambos no decorrer do seu processo de tratamento (BRASIL, 2004).

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar, junto com o usuário, seu projeto terapêutico, definindo ou redefinindo as atividades e a frequência de participação no serviço, por exemplo. Este também possui como função manter contato com a família, com as instituições de saúde, setores culturais, etc (FURTADO; MIRANDA, 2006).

O profissional de saúde mental encarregado deve demonstrar dedicação, empatia, confiança, responsabilidade e compreensão do usuário, agindo com tolerância diante das diversas possíveis emergências e reconhecendo os sintomas do paciente como sinais de sofrimento, como um pedido de socorro. O profissional deve estar envolvido com o usuário, de forma cautelosa, reconhecendo os limites de sua atuação, ciente do controle realizado diante de uma situação de crise para trazer uma perspectiva de resolução (WINNICOTT, 1983).

Furtado e Miranda (2006) esclarecem que os profissionais que fornecem atendimento para pessoas que vivenciam transtorno mental devem proporcionar uma situação adaptativa, ou seja, um cuidado que se assemelhe aos ofertados ao lactante em um ambiente facilitador, promovendo assim a continuação do processo de maturação, que havia sido interrompido pela experiência traumática.

A psicose se apresenta como uma nova oportunidade de vivenciar o estágio da dependência com a expectativa de que esta seja satisfatória. Quando o usuário encontra o reconhecimento legítimo de sua necessidade e seu suprimento, surge a possibilidade de uma experiência real e a conquista das etapas que não foram alcançadas, pela retomada do amadurecimento (CESARINO, 2008).

Assim a proposta de cuidado ofertada pelo TR não consiste em uma atitude patológica de identificação capaz de satisfazer todas as necessidades apresentadas pelo usuário. Ao invés disso, o cuidado exercido proporciona

sensibilidade em perceber as profundas e primitivas necessidades do usuário, buscando satisfazê-las numa medida adequada (FURTADO; MIRANDA, 2006).

Ao acolher um usuário, o trabalho principal deve ser o de cuidar-curar ao invés da cura-tratamento, por meio de diagnósticos e pela prevenção de transtornos mentais (WINNICOTT, 2005). Cuidar-curar possibilita corrigir falhas da provisão ambiental, tendo a busca por integração como parte vital, pois surgirão forças desintegradoras no indivíduo, na família e em grupos sociais localizados (WINNICOTT, 1983). O princípio que guia a prática do cuidar-curar é o *holding*, que deve ser proporcionado pelo profissional de saúde mental, que faz o acompanhamento durante os estágios de imaturidade do indivíduo (WINNICOTT, 2005).

A partir da realização do seu trabalho de forma confiável, o profissional inevitavelmente se tornará uma figura parental, da qual o indivíduo passará a depender (WINNICOTT, 2005). Esta é uma tarefa emocionalmente exaustiva, que requer suporte por parte da instituição para fornecer uma relação profissional-usuário análoga àquela que o pai do bebê, ou outra figura de confiança, oferece a mãe. Em outras palavras, um *holding* (FURTADO; MIRANDA, 2006). A instituição também deve permanecer tal como aquele que exerce função de cuidado, como mãe-objeto (ROSA, 2009).

Durante este trabalho, pode ocorrer que algumas funções paternas cheguem a ser exercidas de modo exaustivo, mantendo este nível de intensidade por um período determinado, até que o usuário que está sendo acompanhando esteja pronto para ser dispensado deste cuidado especial (WINNICOTT, 1983). Assim a instituição, bem como o pai, deve auxiliar a pessoa encarregada dessa função de cuidado, que no caso seria o TR, a iniciar o processo de desadaptação assim ao usuário (ROSA, 2009). Como mencionado anteriormente, esse processo propicia ao indivíduo uma realidade intermediária, entre a realidade subjetiva e a percepção objetiva (CESARINO, 2008).

Se a situação de dependência for ofertada de modo adequado, o paciente conseguirá experimentar a confiança na relação entre ele e o profissional e depois no mundo que o cerca, proporcionando assim a oportunidade de integração, onde o paciente é capaz de reconhecer em si um si mesmo, ainda que incipiente, e se diferenciar do mundo que o cerca, mesmo que de modo relativo. Conseqüentemente, pode ter início também o percurso de diferenciação de seu profissional de referência, impedindo este a exercer a função de mãe-objeto (FURTADO; MIRANDA, 2006).

A instituição também deve apresentar um suporte ao profissional, no sentido de proporcionar uma contenção dos impulsos agressivos do usuário, fazendo com que esses impulsos recebam o suporte necessário para não se transformar em destrutividade, levando o usuário a perceber que existe algo fora do seu controle onipotente e que resiste aos seus ataques (FURTADO; MIRANDA, 2006).

A medida que o usuário do serviço, aos poucos vai obtendo condições de perceber alguma alteridade na instituição e na realidade que o cerca, e ao mesmo tempo pode recorrer novamente à identificação com o profissional quando essa alteridade se mostra por demais ameaçadora, fará com que ele adquira a sensação de confiança num mundo que, embora externo, sempre carregará algo pessoal (FURTADO; MIRANDA, 2006).

Quando a violência se mostra como um instrumento de contato do usuário do serviço com um não eu que foi recentemente percebido, é de grande importância que a instituição, assim como o pai, auxilie no controle da impulsividade, mostrando tanto ao usuário, como ao profissional que a completa identificação entre eles já não é necessária. Ao mesmo tempo em que a instituição impede a continuidade da fusão entre usuário e

profissional, ela apresenta aspectos interessantes do mundo externo (FURTADO; MIRANDA, 2006).

Dentro do ambiente institucional podem ocorrer diversas vivências análogas, na medida em que as regras institucionais e as figuras de autoridade podem se incluir no circuito de relações do paciente, sendo assim, a instituição se mostra como mais um entre os interlocutores que o paciente pode usar para vivenciar as situações triangulares, protegido pelo raciocínio clínico da equipe que o acompanha (FURTADO; MIRANDA, 2006).

Como mencionado anteriormente, a qualidade da presença do pai, ou a sua ausência no decorrer dos estágios modulam os sentimentos da mãe, fazendo paralelo com a relação da instituição e o TR, caso esta não forneça ao profissional o sentimento de proteção necessário, ele não será capaz de exercer sua função corretamente. Pois tanto a instituição como o profissional devem oferecer ao paciente o espaço adequado para a continuação do processo de amadurecimento (ROSA, 2009).

É possível que o usuário encontre a solução para os problemas complexos de sua vida emocional e de suas relações interpessoais por meio deste cuidado. Por este motivo, denomina-se a este acompanhamento de cuidar-curar e não de cura-tratamento, pois não ocorre por meio da aplicação de um tratamento, mas por um acompanhamento que facilita o crescimento (WINNICOTT, 2005).

O manejo da psicose não se embasa em processos complexos, mas em um tipo mais básico e sutil de comunicação que deve possuir a confiança como principal característica (CESARINO, 2008). Miranda e Campos (2007), tendo como foco o trabalho ofertado pelo TR, afirmam que o cuidado deve se assentar fundamentalmente na confiabilidade, demonstrada por sua constante disponibilidade em reconhecer a singularidade, as necessidades e a possibilidade do usuário de tomar decisões pessoais.

A clínica proposta por Miranda e Campos (2007) se baseia na intimidade da relação interpessoal realizada por meio da presença pessoal constante e concreta do profissional. A partir das propostas apresentadas, não se mostra necessário manter o foco no cuidado especializado, mas em fenômenos curativos do viver comum, como a expressão artística e os relacionamentos humanos significativos, distanciando-se da concepção tradicional de cuidado, pois este surge por meio de práticas cotidianas (CESARINO, 2008).

Ao receber o *holding* ofertado pelo profissional, é possível que ocorra ao usuário assumir o risco da relação e iniciar uma série de testes para verificar a capacidade do profissional e sua equipe em se mostrarem sensíveis e dignos de confiança ou se as experiências traumáticas anteriores se repetirão. Assim, é possível que o usuário induza a si mesmo a um colapso nervoso, tornando-se desintegrado e descontrolado ou a regredindo a uma dependência infantil (WINNICOTT, 1983).

Este colapso nervoso é muitas vezes um sinal sadio que implica a capacidade do indivíduo de usar o ambiente, o qual se tornou disponível para restabelecer sua existência em uma base que é percebida como real (WINNICOTT, 1983). Este processo contém em si uma ação de auto cura, que requer auxílio profissional (WINNICOTT, 1983).

Em alguns casos, o colapso é mal compreendido, não alcançando o resultado esperado (WINNICOTT, 1983). Por não encontrar condições boas para manter a integração e o crescimento emocional, ele se torna um fracasso (WINNICOTT, 1983). Se o usuário receber um *holding* ineficiente, poderá novamente vivenciar a interrupção do processo de maturação por não encontrar uma adaptação adequada às suas necessidades básicas no meio em que se encontra inserido (WINNICOTT, 2006).

É importante destacar que não existe um só método ou técnica que determina o tratamento dentro da perspectiva winnicottiana. O que determina o procedimento a ser realizado é a própria necessidade do paciente, que se modifica de acordo com a natureza do distúrbio apresentado (CESARINO, 2008).

Considerações finais

O primeiro item do artigo apresentou fundamentos teóricos que expusessem a relação existente entre o amadurecimento, a saúde e a doença. Buscou-se esclarecer que a psicose não pode ser compreendida apenas como uma doença mental, mas como o resultado de falhas no processo de amadurecimento. É importante que a psicose seja vista como resultado da incapacidade do ambiente em se adaptar ao infante nos estágios iniciais do desenvolvimento, ocasionando um trauma cujo mecanismo de defesa utilizado será a quebra da continuidade do ser, o que impede o sentimento de existência e realidade.

A partir dessas pontuações, apresentou-se a proposta de trabalho oferecida pelo CAPS, instrumento do Sistema Único de Saúde (SUS) para acolhimento de pessoas que vivenciam a psicose e outros transtornos mentais. A aplicação da teoria winnicottiana pode trazer grandes benefícios à eficácia dos atendimentos prestados, pois ela explora métodos e processos que buscarão resgatar o desenvolvimento da maturidade do indivíduo, dando importância ao papel do ambiente em seu tratamento.

Dentro dessa clínica, o profissional deve proporcionar um cuidado que se assemelhe aos ofertados a um lactante em um ambiente facilitador, por um agente que assume a função materna, promovendo assim a continuidade do processo de maturação, que havia sido interrompido por experiências traumáticas. Este acompanhamento não ocorre por meio da aplicação de um tratamento, mas pela facilitação do desenvolvimento da maturidade do indivíduo.

O papel do profissional de saúde mental responsável deve estar baseado na intimidade da relação interpessoal, demonstrada por sua disponibilidade e constante presença na vida do indivíduo, reconhecendo suas necessidades e suas características únicas como indivíduo, fornecendo os mecanismos necessários para proporcionar a ele confiança na provisão ambiental para que reconheça a sua própria existência e desenvolva a sua autonomia de forma incremental. Mas este acompanhamento somente será bem-sucedido se houver suporte por parte da instituição ao profissional e ao usuário, trazendo a continuidade do processo de amadurecimento desse último.

Dessa forma, as teorias de Winnicott podem ser vistas como alternativas que fornecem uma ampla variedade de abordagens e possibilitam um acompanhamento flexível e personalizado. O pensamento proposto por Winnicott se apresenta como fértil para o trabalho no campo da saúde mental, pois produz novas perspectivas, que são aplicáveis para repensar o acolhimento que é realizado dentro dos espaços de saúde.

Sobre o artigo

Recebido: 14/12/2019

Aceito: 23/02/2020

Referências bibliográficas

ARAÚJO, C. A. S. O ambiente em Winnicott. **Revista Winnicott E-Prints**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 35-49. 2005. Disponível em: <http://dwwe.com.br/IMG/pdf/o_ambiente_em_winnicott.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2018.

AUSTRÁLIA. Estimating the number of people with psychotic illness treated by public specialised mental health services. **Department of Health**, 2011. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-p-psych10-toc~mental-pubs-p-psych10-exe~mental-pubs-p-psych10-exe-est>>. Acesso em: 3 dez. 2018.

BRASIL. Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil. **Governo Federal**, 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2010/06/transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

CESARINO, M. M. **Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da atenção pública em saúde mental: manejo e uso aplicado do setting na clínica das psicoses em instituições**. 2008, 149 f. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ESTADOS UNIDOS. Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. **National Institute of Mental Health**, 2015. Bethesda. Disponível em:

<<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/fact-sheet-first-episode-psychosis.shtml>>. Acesso em: 3 dez. 2018.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnico de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 508-524, set. 2006.

GOMES, A. A. A função materna e a gênese da subjetividade em Winnicott e Lacan. **O portal do psicólogo**, 2009. Bauru. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0472.pdf>>. Acesso em: 08 de nov. 2018.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. O. Novos arranjos clínicos em Saúde Mental: qual a clínica que os usuários necessitam e nomeiam? In: **Anais do Encontro nacional da ABRAPSO**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_58.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

ROSA, C. D. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. **Natureza Humana**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 55-96, jul.-dez. 2009.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.