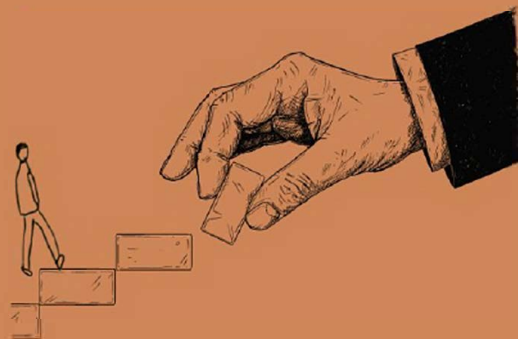


ROSA MARIA TOSTA
(ORG.)



CONSULTAS TERAPÊUTICAS:

MODALIDADE DE CLÍNICA
PSICANALÍTICA EM VÁRIOS CONTEXTOS

VERSÃO IMPRESSA DISPONÍVEL
NO SITE DA EDITORA.



educ

Plano de Incentivo à Pesquisa
PIPEq
FECAP

Consultas terapêuticas:
modalidade de clínica psicanalítica em vários contextos



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Reitora: Maria Amalia Pie Abib Andery

educ

EDITORA DA PUC-SP

Direção

Thiago Pacheco Ferreira

Conselho Editorial

Maria Amalia Pie Abib Andery (*Presidente*)

Carla Teresa Martins Romar

Ivo Assad Ibri

José Agnaldo Gomes

José Rodolpho Perazzolo

Lucia Maria Machado Bógus

Maria Elizabeth Bianconcini Trindade Morato Pinto de Almeida

Rosa Maria Marques

Saddo Ag Almouloud

Thiago Pacheco Ferreira (*Diretor da Educ*)

ROSA MARIA TOSTA
organizadora

Consultas terapêuticas: modalidade de clínica psicanalítica em vários contextos

educ

Plano de Incentivo à Pesquisa
PIPEq
PUC-SP

São Paulo
2023

Copyright © 2023. Rosa Maria Tosta. Foi feito o depósito legal.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitora Nadir Gouvêa Kfourri/PUC-SP

Consultas terapêuticas : modalidade de clínica psicanalítica em vários contextos / org. Rosa Maria Tosta. - São Paulo : Educ: PIPEq, 2023.

234 p. ; 23 cm

Bibliografia.

ISBN. 978-85-283-0697-2

1. Psicanálise. 2 Psicoterapia. 3. Instituição. I. Tosta, Rosa Maria.

CDD 616.89

616.8917

Bibliotecária: Carmen Prates Valls - CRB 8a. - 556

EDUC – Editora da PUC-SP

Direção

Thiago Pacheco Ferreira

Produção Editorial

Sonia Montone

Revisão

Valéria Diniz

Editoração Eletrônica

Waldir Alves

Gabriel Moraes

Capa

Beatriz Aguiar Mesquita

Imagem: Zdenek Sasek por iStock

Realização: Waldir Alves

Administração e Vendas

Ronaldo Decicino

educ

Rua Monte Alegre, 984 – Sala S16

CEP 05014-901 – São Paulo – SP

Tel./Fax: (11) 3670-8085 e 3670-8558

E-mail: educ@pucsp.br – Site: www.pucsp.br/educ

PREFÁCIO

Um sonho, sempre a sonhar

MARIA CECÍLIA PEREIRA DA SILVA

As consultas terapêuticas de jovens pais e crianças pequenas permitem assegurar um futuro melhor ao processo de subjetivação que se observa no bebê. Quando, na segunda metade do primeiro ano de vida, esse processo começa mal e os problemas de relação intersubjetiva aparecem e, além disso, a simbolização é mal feita pela linguagem, devemos temer uma patologia severa no futuro. Mesmo que essas dificuldades sejam programadas, ou não, mesmo que elas sejam a origem de uma deficiência grave, ou não, o risco é que sejam problemas do tipo psicótico. Todos, qualquer que seja a sua formação, deveriam se unir aos pais para uma prevenção tão eficaz quanto possível.

Serge Lebovici (1997, p. 461)

É uma grande honra fazer parte deste sonho de Rosa Maria Tosta, professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) nos cursos da graduação e pós-graduação em Psicologia Clínica e na Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic”. Seu desejo de compartilhar com um público mais amplo o estudo, o ensino e a prática clínica realizada por meio de consultas terapêuticas, inicialmente idealizadas por Winnicott, realiza-se com esta publicação contemplada com contribuições clínicas tão significativas. Prefaciá-la é um convite mais que especial!

Como cito na epígrafe, as consultas terapêuticas, introduzidas por Winnicott (1971) e ampliadas por Lebovici (1986), visam à observação da interação familiar. Elas permitem que os pais falem sobre o filho, sobre eles mesmos e sobre suas famílias, sobre seu passado e sobre a repetição de suas condutas. Assim, procura-se colher a história do filho desde o relacionamento de seus pais com seus próprios pais até a concepção, o nascimento, o desenvolvimento e o eventual sintoma, por meio das diferentes representações

do bebê imaginário¹, fantasmático², cultural³ e real⁴, cujos progenitores, em função de sua história, têm de seu pequeno filho (Lebovici, 1991, 1993). Nesse *setting*, é oferecido um relacionamento humano e natural em que a dupla pais-bebê/criança e o terapeuta possam se surpreender⁵ com os sentimentos e *insights* que surgirem durante os encontros. Dessa forma, esse *setting* se configura como um espaço potencial entre o bebê/criança e seus pais, quando a experiência emocional produzida no aqui e agora da sessão permite que a criança experimente alto grau de confiança de que a mãe não deixará de estar ali quando subitamente necessária (Winnicott, 1971/1975).

A partir do método da consulta terapêutica, Lebovici trabalhou com os problemas da parentalidade e da psicopatologia da criança. Ele observava os pais e a criança, fazia perguntas, às vezes de maneira inquisitiva, sobre a história da família e sobre o que os preocupava, entrava em contato com a criança e começava a brincar com ela. Sempre acompanhando os pais na sua interação com a criança, ele podia entender muitas coisas sobre o comportamento parental e sua história. Para isso, ele sempre contou com enorme

-
- 1 O bebê imaginário é essencialmente pré-consciente, elaborado durante a gravidez mediante um processo de *rêverie* diurno (sonhar acordado e devaneios). Tais devaneios podem ou não ser compartilhados entre os pais. Neste espaço psíquico, têm lugar a escolha do nome do bebê e outros processos semelhantes repletos de expectativas e idealização, influenciados pelo processamento (ou metabolismo) da idealização da criança por meio da vida conjugal dos pais.
 - 2 O bebê fantasmático é essencialmente inconsciente. Sua origem remete às raízes infantis do desejo da menina de ter um bebê. Na menina que logo será a mãe, aparece o desejo de concepção próximo à figura do avô materno do bebê. No menino existe o mesmo desejo, de ser pai junto à futura avó paterna do bebê. Os conflitos não elaborados regem fortemente as notas desta dimensão intrapsíquica que se pode considerar como uma determinante fundamental da relação. Em muitas situações, os conflitos não resolvidos desta etapa da vida podem retornar com muita força no período perinatal (por exemplo, o medo do incesto).
 - 3 O conceito de bebê cultural tem sua origem na antropologia. Ele é concreto, real, tem que ser construído com a mãe, o pai, a família e compartilhado com todos nos diversos níveis de relações e interações: comportamentais, interações afetivas e fantasmáticas.
 - 4 O bebê real é aquele que podemos observar e confrontar o que observamos com as representações imaginárias e fantasmáticas do bebê relatadas pelos pais (Lebovici, Solis-Ponton e Barriguete, 2004).
 - 5 Winnicott (1994) dizia que, quando esse momento de sincronicidade e sintonia emocional ocorre na consulta terapêutica, ele representa um momento sagrado da experiência do psicanalista.

conhecimento do psiquismo humano, da comunicação familiar e grande domínio da técnica, que não é assim tão simples quanto parece, mas é, sobretudo, terapêutica e preventiva. Esse modelo tem sido ampliado para vários contextos clínicos, presenciais e remotos, nos consultórios e instituições de saúde, aqui e acolá.

A arte da consulta terapêutica, segundo Winnicott (1971, 1984, 1994), está ancorada na análise pessoal do terapeuta e em sua familiaridade com a técnica psicanalítica a partir da experiência clínica de certo número de análises. Só assim o terapeuta se torna capaz de aprender com os pacientes, aprender a modular o *timing* e a intensidade de suas intervenções, retraindo interpretações sem importância imediata ou urgente. Assim, nesse trabalho tão delicado, nossas intervenções são brandas, exploratórias, descritivas, delicadas.

As ações interpretativas, como aponta Prat (2022), também estão presentes nas consultas terapêuticas quando amplificamos nossa prosódia, quando nos oferecemos como modelo para os pais ao brincar e quando declamamos as comunicações do bebê pelo bebê. Por meio do *enactment*, como dizia Lebovici, Solis-Ponton e Barriguete (2004), encenamos o drama não falado, o sintoma do bebê e tudo aquilo que precisa ganhar sentido.

Em outras palavras, seguindo as trilhas de Winnicott e Lebovici, oferecemos redes de sentido (Mendes de Almeida, Silva e Marconato, 2004) com intervenções de caráter simbólico e metafórico, de forma empática, a partir da empatia metaforizante (Lebovici, Solis-Ponton e Barriguete, 2004).

Essa trama de sentidos e sonhos metafóricos é igualmente trançada ao longo deste livro, *Consultas terapêuticas: modalidade de atendimento em clínica psicanalítica* que foi organizado a partir dos trabalhos de convidados da área psi com prática e experiências significativas em consultas terapêuticas, incluindo trabalhos oriundos de teses de doutorado apresentados no curso de pós-graduação ministrado no 2º semestre de 2021 na PUC-SP.

Consultas terapêuticas está dividido em duas partes. Na primeira, “Fundamentos teórico-clínicos das consultas terapêuticas”, o leitor vai encontrar a apresentação completa do livro escrita pela organizadora, seguida de dois capítulos que se aprofundam na utilização desse modelo de intervenção, articulando o brincar e o sonhar como reveladores da vida psíquica. Na segunda

parte, “Atualidade do uso das consultas terapêuticas em vários contextos”, a aplicação do modelo de consulta terapêutica é ilustrada nos vários capítulos, mostrando sua utilidade na ampliação da capacidade de sonhar e brincar, na construção da parentalidade e do *self* da criança.

Podemos encontrar, em todos os capítulos, o princípio básico das consultas terapêuticas proposto por Winnicott (1971, 1984, 1994): um *setting* humano, com o terapeuta sendo ele próprio, sem distorcer o curso dos acontecimentos por causa da própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar sucesso. O piquenique é do paciente; até mesmo o tempo quem faz é o paciente, assim como o final da entrevista segue o ritmo do paciente, exceto quando há falta de estrutura na personalidade do paciente ou no relacionamento do paciente com objetos.

Em toda delicadeza presente nas situações clínicas, podemos encontrar momentos de sacralidade, como Winnicott (1971, 1984, 1994) ressaltava: “Se desperdiçados, a crença da criança em ser entendida é estilhaçada. Por outro lado, se usados, a crença da criança em ser ajudada é reforçada”.

Gostaria de destacar o trabalho que finaliza o livro: “Consultas terapêuticas ampliadas na era da pandemia”, de Afrânio de Matos Ferreira, Ana Cristina Gomes, Angela May e Mônica Lazzarini Ferreira Valente. Ele evidencia o alcance das consultas terapêuticas on-line, promovendo a saúde mental a longas distâncias em tempos de pandemia. Os autores mostram a potência desse projeto proposto pelo Espaço Potencial Winnicott, do Instituto Sedes Sapientiae, diante da pandemia da Covid-19, que ofereceu ao longo de dois anos um trabalho. Nas palavras dos autores no capítulo: “[...] com qualidade de sustentação e *holding* para a dor na direção de uma esperança, com a qualidade de intervenção e um direcionamento à situação de pandemia” (página deste livro).

Finalizo destacando que o fio condutor de *Consultas terapêuticas: modalidade de atendimento em clínica psicanalítica* ilumina em seus capítulos como as consultas terapêuticas ganharam espaço no atendimento terapêutico em diversos contextos: atendimentos de grupos com pais e filhos, intervenção nas relações iniciais pais e filhos, atendimento hospitalar, famílias de refugiados em que a maternidade no exílio pode ser muito traumática, famílias enlutadas e/ou com bebês de substituição ou em risco de desenvolvimento.

Levar a psicanálise, por meio de consultas terapêuticas, para centros de saúde, serviços de pediatria e de psiquiatria infantil, além de ser altamente preventivo é uma forma de ampliar sua contribuição social trazendo alívio para o sofrimento psíquico com apenas algumas consultas. Winnicott (1994) dizia que existe vasta demanda clínica por psicoterapia não relacionada à oferta de psicanalistas, como afirma Rosa Tosta na apresentação deste livro: Trata-se de um atendimento psicoterapêutico de qualidade em tempo reduzido, no geral, de uma a três ou quatro sessões.

Lebovici dizia que nossa função nas consultas terapêuticas era a de ser o maestro da orquestra. Parafraseando-o, diria que Rosa Tosta realizou uma linda regência ao compilar os textos de *Consultas terapêuticas*, livro que ficou tão bem orquestrado! A sinfonia ora apresentada convida o leitor para se deixar sonhar e embalar por sua musicalidade.

REFERÊNCIAS

- LEBOVICI, S. (1986). À propos des consultations thérapeutiques. *Journal Psychanalyse de l'Enfant*, v. 3.
- LEBOVICI, S. (1991). Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. *Rev. Franç. Psychanal*, v. 56.
- LEBOVICI, S. (1993). On intergenerational transmission: from filiation to affiliation. *Infant Mental Health Journal*, v. 14, n. 4.
- LEBOVICI, S. (1997). Défense et illustration du narcissisme primaire. *Psychiatrie de l'enfant*, v. 40, n. 2.
- LEBOVICI, S.; SOLIS-PONTON, L. e BARRIGUETE, J. A. (2004). “A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o *enactment*”. In: SOLIS-PONTON, L. (org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. uma homenagem a Serge Lebovici*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- MENDES DE ALMEIDA, M.; SILVA, M. C. P. e MARCONATO, M. M. C. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 38, n. 3.
- MORO, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, v. 26, n. 2.

- PRAT, R. (2022). “Ações interpretativas”. In: SILVA, M. C. P. (org.). *Fronteiras da parentalidade e recursos auxiliares: pensando a clínica da primeira infância*, v. 1, pp. 229-270. São Paulo, Blucher.
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London/ New York, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis/Basic Books, Inc., Publishers.
- WINNICOTT, D. W. (1984). “Introdução”. In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Tradução de Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro, Imago.
- WINNICOTT, D. W. (1994). “O valor da consulta”. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. e DAVIS, M. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Maria Cecília Pereira da Silva

Psicanalista, membro efetivo, analista didata, analista de criança e adolescente e docente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Pós-doutora e doutora em Psicologia Clínica, mestre em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em Psicopatologia do Bebê pela Universidade de Paris XIII. Membro do Grupo Prisma de Psicanálise e Autismo (GPPA), da Coordenação Internacional entre Psicoterapeutas Psicanalistas (Cippa) e da Rede Internacional de Estudos sobre a Psicopatologia e a Psicanálise do Infans (RiePPi).

APRESENTAÇÃO

ROSA MARIA TOSTA

Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise, então faço alguma outra coisa. Em análise se pergunta: quanto se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: quanto pouco é necessário ser feito?

(Winnicott, 1983, p. 152)

Este livro faz parte de um projeto há tempos sonhado: a possibilidade de compartilhar com um público mais amplo o estudo, o ensino e a prática clínica realizados com a modalidade terapêutica das consultas terapêuticas idealizada pelo pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott. Resulta da minha longa trajetória no trabalho nesta abordagem, especialmente no âmbito da universidade, nos cursos da graduação em Psicologia, focalizando a clínica psicanalítica de crianças e o atendimento a pais; na formação de psicólogos no 5º ano da graduação; na pós-graduação em Psicologia Clínica e nos cursos de extensão oferecidos na Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic” da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). A integração destas experiências possibilitou a apresentação de trabalhos sobre o uso de consultas terapêuticas em diversos congressos científicos, resultando em publicações, algumas referidas no primeiro Capítulo deste livro. No programa de pós-graduação em Psicologia Clínica, no núcleo de estudos “O método psicanalítico e as formações da cultura”, propus e realizei o curso sobre consultas terapêuticas a mestrandos e doutorandos em 2018 e 2021. Especialmente neste último ano, tivemos convidados para apresentar a sua prática no trabalho com as consultas que concordaram em compor este livro na medida em que constatamos o interesse dos profissionais em conhecer esta prática terapêutica e percebemos que o dispositivo das consultas é importante ferramenta no trabalho clínico, o que justifica a divulgação do conjunto de resultados neste livro.

Destacamos que este dispositivo clínico foi desenvolvido por Winnicott a fim de favorecer o atendimento terapêutico para maior número de

crianças e familiares, de forma pontual e contingente à demanda apresentada. Encontramos no livro *Explorações psicanalíticas* uma casuística de 54 casos discutindo esta prática que o autor expõe no texto “Clínica particular” (1994a/1955).

O aspecto mais importante a ser destacado é o espírito democrático que inspirava Winnicott no desenvolvimento de sua experiência clínica, além de buscar ser entendido por todos. Este espírito winnicottiano que privilegia a liberdade e a criatividade tanto dos profissionais como dos indivíduos atendidos é a espinha dorsal deste dispositivo clínico, justificando que este livro possa promover a divulgação de formas modificadas com as quais as consultas estão sendo trabalhadas atualmente. Apontamos a possibilidade de uso das consultas no âmbito da clínica social, atendendo inúmeros indivíduos em sofrimento psíquico e em condição de vulnerabilidade social, em instituições e ONGs que, de outra forma, não poderiam ter ajuda profissional. A publicação deste livro pode levar aos profissionais da área psi subsídios preciosos para atuação em clínica ampliada, tanto na intervenção clínica como na prevenção em saúde mental. Também pode interessar profissionais da área da saúde que trabalham nas equipes de atenção à saúde mental em diversas instituições, tais como hospitalares e de acolhimento. Este instrumental permite que o profissional possa ir além dos espaços privados de um consultório, embora também neles amplie seu repertório técnico. Outro fator que destacamos aponta ao psicólogo um uso modificado das consultas na modalidade on-line, viabilizando os atendimentos clínicos na época da pandemia e, depois desta, como forma alternativa de atendimento clínico quando o atendimento presencial não é possível.

Há várias situações na clínica privada e na ampliada em que é necessário o uso de formas breves ou pontuais de atendimento psicanalítico. Nestas circunstâncias, tem sido consagrada a proposta de consultas terapêuticas. Winnicott procurou fazer frente às inúmeras circunstâncias em que era necessário um atendimento imediato de demandas de sofrimento psíquico, especialmente no período da Segunda Guerra Mundial e no Pós-Guerra. A preocupação foi criar um modo de aproveitar ao máximo as entrevistas iniciais, não só com uma perspectiva diagnóstica, percebendo a questão central trazida pelas crianças e seus pais, mas já fornecendo uma situação em

que tal questão pudesse ser apresentada, vivida num espaço lúdico e elaborada em conjunto com o terapeuta. Trata-se de um atendimento psicoterapêutico de qualidade em tempo reduzido, no geral, de uma a três ou quatro sessões.

Este livro tem como principal proposta apresentar a experiência prática de atendimento nos moldes da consulta terapêutica que vem sendo desenvolvida por profissionais da área psi nos mais variados contextos. O livro está organizado em duas partes. Na parte I – Fundamentos Teórico-clínicos das Consultas Terapêuticas – são apresentados os fundamentos teórico-clínicos que sustentam esta modalidade terapêutica. Na parte II – Atualidade do uso das consultas terapêuticas em vários contextos – são descritas as mais diversas experiências de práticas clínica e institucional a partir de ilustrações de atendimentos psicanalíticos inspiradas nas consultas terapêuticas individuais, grupais e/ou com pais e crianças, incluindo a sua utilização no modo remoto. Os autores se fundamentam na teoria de Winnicott (1965, 1968, 1971) complementando-a com contribuições de outros autores da psicanálise, como Serge Lebovici (1987, 1998, 2004), René Roussillon (1995) e Marie Rose Moro (1995, 2008, 2011, 2015).

Parte I – Fundamentos teórico-clínicos das consultas terapêuticas

O Capítulo 1 intitula-se “Consultas terapêuticas: espaço potencial, criatividade e brincar a serviço da vida” (Rosa Maria Tosta). Expõem-se os pontos teóricos centrais que fundamentam a prática da consulta terapêutica, conforme proposta por Donald Woods Winnicott (1994b/1965, 1984/1971), um modo criativo de cuidado terapêutico. O capítulo organiza-se em duas partes: na primeira, são abordados os princípios da consulta terapêutica ao visibilizar outra possibilidade de atendimento, para além do uso do enquadre clássico da clínica psicanalítica, sem deixar de realçar a importância de se estabelecer um *setting* profissional onde a sustentação do terapeuta possibilite a confiança do paciente de que está diante de uma oportunidade de ser entendido. São descritos o jogo da espátula e o jogo de rabiscos (*Squiggle Game*) (Winnicott, 1994b/1965 2021/1941), 1994c/1968), seus usos e particularidades. Na segunda parte, são tratados aspectos fundamentais envolvidos nas consultas: criatividade, brincar, sonhos, saúde e espaço potencial.

A concepção de saúde psíquica é realçada como possibilidade de vida criativa e enfatiza-se o sonho como integrante do campo transicional, trabalhado em quase todas as consultas relatadas pelo psicanalista inglês. Ressalto que o objetivo central da consulta é estabelecer a comunicação com o paciente (criança, adolescente ou adulto), de forma que o sofrimento psíquico possa ser vivido e transformado num espaço conjunto com o terapeuta. Mais que tudo, há que se destacar a experiência intersubjetiva no espaço que se cria entre terapeuta-paciente e que possibilita a superação das dissociações ou a elaboração dos conflitos que perturbam a vivência do *self* pessoal.

No Capítulo 2, “Os jogos que se jogam em consultas terapêuticas”, Elisa Maria de Ulhôa Cintra e Vanessa Chreim relembram a importância do brincar na teoria winnicottiana como um momento de compartilhamento de ilusões que permite a emergência de sonhos e pesadelos, revelando algo verdadeiro na experiência emocional do paciente. As autoras enfatizam os jogos da primeira infância, essenciais para a construção do aparelho psíquico, para a descoberta do outro, além de permitirem uma representação da vida psíquica de crianças e adultos, dando forma a acontecimentos traumáticos. Cintra e Chreim trabalham o jogo do carretel, descrito por Freud no texto “Além do princípio de prazer” (1920), destacando-o como elaboração da presença e da ausência do objeto primário. Contribuem trazendo ideias de Roussillon (1995) que propõem outros jogos relacionados ao avanço do pensamento simbólico, numa sequência temporal com complexidade crescente, como se segue: os primeiros jogos de esconde-esconde, passando pelo jogo da espátula, o jogo da construção, o jogo do carretel e o jogo do espelho. São brincadeiras que reproduzem e iniciam a tarefa de separar-se da mãe e possuem um valor terapêutico passível de ser trabalhado desde o início dos encontros. Como ilustração, trazem um caso atendido em consultas com pais e crianças com intermediação de elaboração de histórias conjuntas, descrito por Gilberto Safra (2005). Ao final, enfatizam o trabalho com consultas como um encontro que abre possibilidades para o paciente se arriscar a buscar outras pessoas para brincar ao longo da vida.

No Capítulo 3, “Uso analítico do sonho nas consultas terapêuticas”, Maria Regina Cocco realça o sonho como desvelador da dinâmica psíquica, dos conflitos e defesas inerentes às fases do desenvolvimento emocional e da

própria organização do mundo interno, o que permite uma comunicação e uma compreensão mais profunda do paciente. A autora relembra a aproximação entre o sonho, o brincar e as experiências culturais como experiências oníricas e resgata, na teoria winnicottiana, suas semelhanças e diferenças tanto no nível e no uso do material produzido quanto no lado em que estas experiências se dão no espaço potencial. Para ilustrar o tema, Cocco traz a descrição e análise de um caso clínico de um menino com tendência antisocial, em que pode ser retomado o processo de amadurecimento, através da experiência partilhada do jogo de rabiscos e sonhos, conforme relatado por Winnicott (2000/1953). Enfatiza-se a necessidade de compreensão de que sonhos das fases iniciais são ligados às necessidades do ego, e não à realização de desejos. Concluindo, a autora ressalta que, para fazer o uso dos sonhos e das experiências oníricas que cercam o brincar na clínica, o analista precisa conhecer as complexidades das tarefas da elaboração imaginativa das funções corporais e seus enlaces com a criatividade originária, a constituição da subjetividade e o brincar.

Parte II – Atualidade do uso das consultas terapêuticas em vários contextos

O Capítulo 4, “Parentalidade e migração: intervenções clínicas em prevenção”, descreve a experiência de consultas terapêuticas num contexto de atendimento de cunho comunitário, abordando questões complexas de mulheres em situação de dupla vulnerabilidade: social e migratória. No texto, Tereza Marques de Oliveira, Cigala Peirano, Michele Carmona Aching, Thames Borges-Cornette e Marie Rose Moro compartilham e refletem sobre a experiência da prática de consultas psicoterapêuticas realizadas com mulheres migrantes, gestantes ou em duplas mãe-bebê no Centro Habitare – Espaço Mãe Migrante Marie Rose Moro. Com referencial psicanalítico, o texto baseia-se em autores que desenvolveram a proposta das consultas terapêuticas, como Donald Woods Winnicott e Serge Lebovici, assim como a contribuição da psicanálise transcultural, especialmente com Rose Marie Moro. É realçada a importância de um dispositivo de atendimento que permita a coexistência de dados tanto culturais de origem, advindos da história singular

dos migrantes, quanto transculturais, da situação atual. O *setting* transcultural permite uma ponte para a inserção na nova cultura, ao mesmo tempo em que é dada sustentação às práticas culturais dos pacientes, acolhendo cuidados de acordo com a cultura parental. A consulta terapêutica transcultural, ao validar e legitimar práticas de cuidados parentais advindas de outra cultura, reforça o papel ativo dos pais e dos(as) filhos(as) na participação do processo de parentalização, influenciando positivamente seus sentimentos de ser pai ou mãe, possibilitando que se sintam competentes como cuidadores. Além disso, as autoras destacam a importância do dispositivo grupal em muitos aspectos: para relembrar as origens do grupo familiar, para a construção de novas redes de apoio no complexo processo de estar em meio a uma nova cultura e longe de suas raízes.

Em seguida, no Capítulo 5, “As consultas terapêuticas no contexto institucional de acolhimento”, Claudinei Affonso também aborda a condição de vulnerabilidade social em que vivem muitas jovens gestantes e mães de filhos pequenos em condição de acolhimento. A partir de tese de doutorado, o autor pôde elaborar uma aproximação entre as entrevistas realizadas com as adolescentes e o dispositivo de consultas terapêuticas, evidenciando no relato dos encontros com uma das jovens uma experiência impactante que ilustra muito bem um possível uso dessa modalidade terapêutica no contexto institucional. O autor percorre algumas orientações teórico-práticas, tais como a concepção de adolescência e a “tendência antissocial” do adolescente no contexto de privação (Winnicott, 2005b/1961) e o lugar das instituições de acolhimento na vida de jovens, retomando as descobertas e experiências de Winnicott (2005a/1948) em alojamentos para crianças durante a Segunda Guerra Mundial. O autor ressalta que os encontros possibilitaram a comunicação dos traumas vivenciados em relação à gravidez e um trabalho terapêutico em face da desconexão afetiva apresentada, tendo sido reconhecida sua necessidade de acolhimento e de regredir ao momento de dependência do ambiente. Enfim, a estratégia das consultas terapêuticas tem potencial de resgate da esperança que é buscado, nestes casos, de modo que as adolescentes possam atingir suficiente estabilidade emocional e ter o apoio ambiental necessário para exercer a maternagem e estabelecer uma relação de cuidado com seus bebês.

No Capítulo 6, “Intervenções grupais pais-crianças com base em consultas terapêuticas: de aperitivo a banquete psicanalítico”, Mariângela Mendes de Almeida, ao fazer uso de ilustrações clínicas de atendimento psicanalítico grupal inspirado na modalidade de consulta terapêutica com pais e crianças, realça o alcance desta abordagem para promover saúde psíquica. Como material ilustrativo e investigativo, são usadas vinhetas filmadas e posteriormente transcritas de um grupo de atendimento a pais e seus filhos de 0 a 3 anos e 11 meses, realizado em contexto ambulatorial no Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). O Grupo de Atendimento a Pais e Bebês/Crianças Pequenas é uma alternativa terapêutica que oferece acolhimento compartilhado para ansiedades e dificuldades que estão afetando ou que possam vir a afetar o percurso do desenvolvimento da criança e/ou a estruturação da função parental dos cuidadores. A autora evidencia a microscopia das intervenções e continência oferecidas pelas abordagens vinculares a pais-bebês/crianças e seus efeitos terapêuticos que favorecem o contato com aspectos inconscientes, não ditos, ou ainda fora da representação, de forma a fortalecer a comunicação entre pais e filhos. O grupo de pais e crianças revelou efeitos que se estendem para além dos encontros, reproduzindo a possibilidade de continência que pode ser experienciada em casa, destacando as capacidades parentais de conter os próprios estados emocionais e os das crianças. Almeida demonstra a abrangência e o potencial terapêutico destas intervenções grupais com pais e bebês, além de possibilitar o acesso de outros profissionais da área da saúde à experiência vivida de psicanalistas que também se colocam num contexto relacional potente nesta modalidade clínica.

Também no âmbito de instituição hospitalar, porém focando num atendimento único, Fernanda do Amaral Costa Ribeiro descreve sua experiência no Capítulo 7, “Um nome, uma ausência, uma história: a construção do *self* em uma gêmea siamesa”. O caso relatado é de uma dupla mãe-bebê realizado pela autora em conjunto com outras terapeutas, nas modalidades de intervenção nas relações iniciais, psicoterapia pais-bebês e acompanhamento do desenvolvimento emocional. Ocorreu no Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês, parte do Setor de Saúde Mental que integra a Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Unifesp, que recebe

pacientes de 0 a 3 anos e 11 meses. Os atendimentos são pensados para acontecerem em períodos curtos, conforme a proposta original de consultas terapêuticas, mas podem seguir por períodos mais longos, de acordo com a demanda. A autora expõe um processo clínico com uma mãe e uma bebê no período de 6 meses a 3 anos. O relato do atendimento evidencia questões que tangem a comunicação do sofrimento infantil, a detecção dos sinais de sofrimento precoce e o desenvolvimento do *self* da criança.

Em seguida, é apresentado o Capítulo 8, “Consultas terapêuticas, o pai e a criança surda”, no qual Ana Cristina Marzolla trabalha a interface entre as consultas terapêuticas e a importância do pai na teoria winnicottiana a partir de atendimentos com pais de crianças com surdez, realizados na Clínica da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic/PUC-SP). A autora traz a ideia de que um filho com deficiência pode fazer desmoronar o que os pais conhecem sobre si mesmos. A parentalidade é construída na experiência de ser mãe e pai, mas, quando o filho ou filha apresenta uma deficiência – seja qual for –, as bases da própria existência desses pais ficam abaladas, sendo comum que eles se fechem na própria dor. A autora busca compreender a experiência de se ter um filho(a) surdo(a) e reflete sobre o estigma relativo aos pais que se revela na atitude de profissionais de saúde, mesmo os psicólogos. Os pais, muitas vezes, têm fragilidades e culpa desconsideradas. Marzolla compreende que a identificação da surdez em uma criança pode acarretar sérias consequências sobre o funcionamento psíquico de toda a família na medida em que tal diferença marca, de modo imprevisto e definitivo, a perda da ilusão do filho perfeito. Destaca-se um caso em que foi trabalhada a relação de um pai com sua filha com surdez congênita. Por meio das consultas terapêuticas, Marzolla pôde legitimar o lugar paterno para estes pais perante a filha com deficiência.

Para terminar o livro com um trabalho no contexto de vulnerabilidade social e emocional e em circunstâncias bastante atuais de urgência e angústia compartilhadas na coletividade, temos o Capítulo 9, “Consultas terapêuticas ampliadas na era da pandemia”, texto de autoria de Afrânio de Matos Ferreira, Ana Cristina Gomes, Angela May e Mônica Lazzarini Ferreira Valente. Relata a resposta de um grupo de 14 psicanalistas vinculados ao Espaço Potencial Winnicott: Estudo e Pesquisa em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae

(EPW-SP) ao surgimento da pandemia de Covid-19. Esse grupo de analistas criou o projeto denominado de Consultas Terapêuticas Ampliadas, na modalidade on-line, que foram experimentadas, adaptadas e modificadas em função da situação de pandemia, sem deixar de lado o momento histórico-social e cultural. Inicialmente, foi proposta a oferta de suporte psicológico on-line e gratuito aos profissionais de saúde; em seguida, ampliou-se para o atendimento da população em geral. A respeito do enquadre, optou-se por oferecer de um a cinco encontros, pois o número restrito de sessões fornece um espaço definido para analista e paciente, direcionando a um processo terapêutico com início, meio e fim. Testemunhamos uma rica vivência clínica que desafiou as dificuldades do enquadre on-line, ilustrada com diversos fragmentos de atendimentos, permitindo que o leitor acompanhe as inúmeras questões que emergiram nesta prática, exigindo maior flexibilidade criativa e cuidado para que pacientes e analistas conseguissem ter a privacidade necessária, assim como a reflexão a respeito dos limites deste tipo de atendimento. Por fim, os autores constatarem que, ao longo de dois anos de atividade, as consultas terapêuticas se mostraram potentes e eficazes para que os pacientes pudessem elaborar sua principal demanda e resgatar a esperança na vida.

Termino este passeio pelo livro muito satisfeita com o que oferecemos ao leitor. Do ponto de vista teórico, pudemos percorrer com detalhes a proposta idealizada por Winnicott e refinada por muitos autores que são referências para a construção dessa modalidade clínica. Em termos práticos, apresentamos ampla riqueza de trabalhos clínicos que o uso das consultas terapêuticas proporcionou a grande número de indivíduos, das mais variadas faixas etárias e em contextos muito diversos, especialmente àqueles em situação de vulnerabilidades de vários tipos. Pudemos acompanhar como este tipo de dispositivo clínico – que aposta na criatividade humana e na crença sobre a potência humana na busca de integração e amadurecimento dos pacientes e na capacidade de estabelecer relações sensíveis e empáticas por parte dos terapeutas – pode frutificar em benefício das pessoas que se encontravam em sofrimento psíquico, resgatando a capacidade de mobilizar os recursos necessários para uma vida minimamente saudável, mesmo em situações tão adversas.

Convido-os ao desfrute da leitura!

REFERÊNCIAS

- FREUD, S. (2010) “Além do princípio de prazer”. In: *Obras completas*. São Paulo, Companhia das Letras.
- LEBOVICI, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- LEBOVICI, S. e GOLSE, B. (1998). *L'arbre de vie: éléments de la psychopathologie du bébé*. Paris, À l'aube de la vie.
- LEBOVICI, S.; DIATKINE, R. e SOULÉ, M. (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF.
- MORO, M. R. (2008). *Maternités en exil: mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. Paris, Bibliothèque de l'autre.
- MORO, M. R. (2011). Approche transculturelle de la parentalité. *Confrontations Psychiatriques*, v. 50.
- MORO, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, v. 26, n. 2.
- MORO, M. R. e NATAN, T. (1995) “Ethnopsychiatrie de l'enfant”. In: LEBOVICI, S.; DIATKINE R. e SOULÉ, M. (eds.). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, pp. 423-446.
- ROUSSILLON, R. (1995). “Les jeux du cadre”. In: ROUSSILLON, R. *Logiques et archéologiques du cadre Psychanalytique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- SAFRA, G. (2005). *Curando com histórias – a inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças*. São Paulo, Sobornost.
- WINNICOTT, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1971.
- WINNICOTT, D. W. (1994a). “Clínica particular”. In: WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray e DAVIS, Madeleine (orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, pp. 225-229. Original publicado em 1955.
- WINNICOTT, D. W. (1994b). “O valor da consulta terapêutica”. In: WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray e DAVIS, Madeleine (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, pp. 244-248. Original publicado em 1965.
- WINNICOTT, D. W. (1994c). “O jogo do rabisco [squiggle game]”. In: WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray e DAVIS, Madeleine (orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, pp. 230-243. Original publicado em 1968.

- WINNICOTT, D. W. (2000/1953). “Tolerância ao sintoma em pediatria”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 168-186. Original publicado em 1953.
- WINNICOTT, D. W. (2000). “A mãe dedicada comum”. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 1-11. Original publicado em 1949.
- WINNICOTT, D. W. (2000). “Preocupação materna primária”. In: WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 491-498. Original publicado em 1956.
- WINNICOTT, D. W. (2005a). Adolescência: transpondo a zona de calmarias. In: WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1961.
- WINNICOTT, D. W. (2005b). “Alojamentos para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1948.
- WINNICOTT, D. W. (2021). “A observação de bebês numa situação padronizada”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria a psicanálise*. São Paulo, UBU, pp. 145-171. Original publicado em 1941.



SUMÁRIO

PARTE I

FUNDAMENTOS TEÓRICO-CLÍNICOS DAS CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Consultas terapêuticas: espaço potencial, criatividade e brincar

a serviço da vida 27

Rosa Maria Tosta

Os jogos que se jogam em consultas terapêuticas 55

Elisa Maria de Ulhôa Cintra

Vanessa Chreim

O uso analítico do sonho nas consultas terapêuticas 77

Maria Regina Cocco

PARTE II

ATUALIDADE DO USO DAS CONSULTAS TERAPÊUTICAS EM VÁRIOS CONTEXTOS

Parentalidade e migração: intervenções clínicas em prevenção 109

Tereza Marques de Oliveira

Cigala Peirano

Michele Carmona Aching

Thames Borges-Cornette

Marie Rose Moro

As consultas terapêuticas no contexto institucional de acolhimento 135

Claudinei Affonso

Intervenções grupais pais-crianças com base em consultas terapêuticas:

de aperitivo a banquete psicanalítico 155

Mariângela Mendes de Almeida

Um nome, uma ausência, uma história:

a construção do *self* em uma gêmea siamesa 173

Fernanda do Amaral Costa Ribeiro

Consultas terapêuticas, o pai e a criança surda 193

Ana Cristina Marzolla

Consultas terapêuticas ampliadas na era da pandemia 209

Afrânio de Matos Ferreira

Ana Cristina Gomes

Angela May

Mônica L. Ferreira Valente

Sobre os autores 229

PARTE I

FUNDAMENTOS TEÓRICO-CLÍNICOS DAS CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Consultas terapêuticas: espaço potencial, criatividade e brincar a serviço da vida

ROSA MARIA TOSTA

*É por demais de grande a natureza de Deus.
Eu queria fazer para mim uma naturezinha
particular
Tão pequena que coubesse na ponta do meu
lápis.
Fosse ela, quem me dera, só do tamanho do
meu quintal.
No quintal ia nascer um pé de tamarino apenas
para uso dos passarinhos.
E que as manhãs elaborassem outras aves para
compor o azul do céu.
E se não fosse pedir demais eu queria que no
fundo corresse um rio.
Na verdade na verdade a coisa mais importante
que eu desejava era o rio.
No rio eu e nossa turma, a gente iria todo
dia jogar cangapé nas águas correntes.
Essa, eu penso, é que seria a minha naturezinha
particular:
Até onde o meu pequeno lápis poderia alcançar.
O lápis – Manoel de Barros, 2015*

Os poetas sabem expressar melhor do que nós sobre o que “versa a vida”, sobre a criatividade humana, sobre a terceira área da experiência – a da transicionalidade e do espaço potencial –, em que o viver criativo se manifesta de forma exuberante – pois sabem brincar com as palavras e manifestar o que é de mais profundo na existência humana. Afinal, podemos ser criativos mesmo quando construímos algo a partir do que já estava no mundo. Ser criativo é ver o mundo de um modo pessoal, que resulta num quase recriar o mundo que se apresenta para nós.

As consultas trazem um modo criativo de cuidado terapêutico, de fato, o modo winnicottiano de fazer clínico – e é disto que vou procurar tratar. Neste capítulo, busco apresentar alguns pontos teóricos centrais que fundamentam a prática de consulta terapêutica conforme proposta por Donald Woods Winnicott. Por se tratar de uma prática psicoterapêutica da fase madura da vida de Winnicott, para compreendê-la e, quiçá, utilizá-la, é preciso familiaridade com sua obra, tanto no que concerne à sua teoria do desenvolvimento emocional, na qual se baseia em sua prática das consultas, como em suas proposições para uma clínica psicanalítica. Além disto, o próprio autor afirma que o possível “consultor” ou terapeuta precisaria já ter tido uma prática em psicanálise clínica para se habilitar a empreender a modalidade terapêutica das consultas.

A fim de atingir a proposta deste capítulo, organizo o texto em duas partes principais: na primeira, abordo os princípios da consulta terapêutica e destaco o jogo da espátula e o jogo de rabiscos; na segunda, trato de aspectos fundamentais envolvidos nas consultas: a criatividade, o espaço potencial, o brincar, os sonhos e a saúde como vida.

Será dada maior ênfase no espaço potencial, na medida em que esta concepção abarca os pressupostos principais da proposta winnicottiana das consultas terapêuticas. Em suas obras, especialmente em *O brincar e a realidade*, o autor formula de modos diversos a centralidade da proposição de espaço potencial. Destaco, a seguir, só um pequeno trecho significativo:

O espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende de experiências que levem à confiança. Pode-se dizer que esse espaço é sagrado para o indivíduo, pois é aí que ele vive criativamente. (Winnicott, 2019, p. 166)

1. OS PRINCÍPIOS DA CONSULTA TERAPÊUTICA

Inicialmente, é importante enfatizar que nosso autor, em nenhum momento, quis estabelecer a consulta como uma técnica terapêutica. No âmago de sua ideia, estava a valorização da singularidade de cada participante da situação clínica. Winnicott não queria uma escola com seguidores. Um

autor que ama tanto a criatividade, manifestada pelo gesto espontâneo, que pode revelar o verdadeiro *self* em ação, não pode querer imitadores. Sabemos que, além da atuação intensiva na clínica psicanalítica propriamente dita, Winnicott atendeu inúmeras famílias como pediatra, trabalhou como consultor num programa governamental de evacuação e realojamento (*placement*) de crianças durante a Segunda Guerra, com a assistente social Clare Britton (depois psicanalista Clare Winnicott). A experiência de atendimento de crianças e jovens em outros contextos permitiu que ele pudesse descobrir possibilidades para além do uso do enquadre clássico nestas situações, criando outros modos de atendimento terapêutico. Como coloco em texto anterior: “Tais percalços levaram o autor a otimizar o atendimento psicanalítico, garantindo a eficácia clínica necessária no tempo e situações possíveis” (Tosta, 2012, p. 85).

O que seria otimizar a atuação clínica? Seria responder de forma breve ou pontual à demanda trazida pelo paciente que busca auxílio psicoterapêutico. Embora a psicanálise tradicional seja ideal para muitos casos, nem sempre é a modalidade terapêutica adequada, além de muitas vezes não ser possível ou desejável. Existem muitas situações em que não é possível atuar numa psicanálise clássica, por exemplo, para atender pessoas que querem focar o atendimento em alguns pontos específicos. Além disso, acredito que, em instituições, a consulta seria um instrumento valioso, como num hospital, num abrigo ou numa escola. Psicólogos não estão em instituições para fazer psicoterapia a longo prazo; geralmente, fazem parte de uma equipe interdisciplinar em que trabalha junto a profissionais de áreas diversas que atendem todos os usuários que demandam atendimento.

A psicanálise não precisa ficar fechada em clínica, em consultório, pode se expandir para uma psicanálise ampliada. Donald Winnicott já tinha essa visão em sua época, quando se acreditava que o atendimento diferenciado nem era psicanálise. Ele procurava atender o tipo de demanda que o paciente trazia e que, em muitas situações, não se baseava nos mesmos moldes da psicanálise clássica. Neste sentido, afirma:

Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise, então faço alguma outra coisa. Em análise se pergunta: quanto se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: *quão pouco é necessário ser feito?* (Winnicott, 1983, p. 152; grifos nossos)

Em sua proposta original, a consulta terapêutica surgiu da preocupação de Winnicott de aproveitar ao máximo a demanda que o paciente habitualmente traz para a primeira entrevista com o profissional. O paciente costuma criar uma imagem do terapeuta, colocando nesta ideia imaginativa sua esperança de encontrar alguém que o entenda. Segundo Winnicott (1984), o terapeuta pode ser considerado na posição de objeto subjetivo do paciente. Em sua experiência, descobria-se tendo que se ajustar à “noção preconcebida”, ao “preparo mental imaginativo” que os pacientes faziam dele e já traziam para a primeira entrevista. Assim, por exemplo, é comum o paciente sonhar com o analista antes da consulta.

Portanto, penso:

Se o material vem de modo mais subjetivo, então é pelo próprio setting das consultas, pelo manejo e cuidado terapêutico, que o trabalho clínico se processa. O conjunto desta situação favorece a criação de um espaço onde possa emergir o ser pessoal dos participantes. (Tosta, 2017, pp. 770-771)

É importante que o material que surge de modo relativamente não defendido possa ser aproveitado para benefício do paciente já na primeira entrevista. A ideia da proposta era um desdobramento da primeira entrevista, caso fosse necessário, mas sem se estender, de modo que não fosse preciso trabalhar com a transferência do paciente. A proposta de consultas terapêuticas poderia, então, ser vista como um conjunto de “primeiras” entrevistas terapêuticas.

Por ser um trabalho de um psicanalista experiente, nesta proposta de consultas terapêuticas, Winnicott pode aproveitar tanto as suas inúmeras experiências de atendimento como unificar pontos essenciais de sua teoria do desenvolvimento emocional e de suas proposições clínicas.

O autor deixa claro qual é seu objetivo com as consultas, ao dizer que é estabelecer uma comunicação com o paciente. Explicita: “Na consulta terapêutica, o material se torna específico e muito interessante, já que o cliente

logo começa a sentir que a compreensão pode talvez ser acessível e que a *comunicação a um nível profundo* pode se tornar possível” (Winnicott, 1984, p. 15; grifos nossos).

Para que este contato significativo com o paciente possa ocorrer é necessário que um *setting* profissional especializado seja estabelecido, onde a sustentação do terapeuta possibilite a confiança do paciente de que se encontra diante de uma oportunidade de ser entendido. O autor afirma: “[...] a base para este trabalho especializado é a teoria de que um paciente, criança ou adulto, terá para a primeira entrevista uma certa capacidade de *acreditar* na obtenção de auxílio e de confiar naquele que o oferece” (Winnicott, 1994a, p. 230).

A base para a consulta terapêutica não é diferente do que o autor propõe para qualquer psicoterapia: o brincar. Sabemos que Winnicott compreende a psicoterapia como uma sobreposição das áreas de brincar do analista e do paciente. Para tal, é preciso que a criatividade de cada um dos participantes do encontro terapêutico seja ativada num espaço de experiência compartilhada.

Winnicott recorre ao trabalho sobre terapia pelo brinquedo de Virginia Axline para enfatizar que um trabalho psicoterápico profundo pode ser feito sem o uso extensivo de interpretações. Neste sentido, pontua:

Atribuo valor especial à obra de Axline [1947] porque ela ajuda a confirmar meu argumento acerca do que chamo de “consultas terapêuticas”. Para mim, o momento significativo é aquele em que *a criança se surpreende consigo mesma*, e não o momento em que faço uma interpretação perspicaz. (Winnicott, 2019, p. 88)

A ideia é que a surpresa indica que uma dissociação foi superada e algo novo pode ser integrado ao eu.

Em outro texto, o autor considera que nas consultas “[...] reserva-se a interpretação para o momento mais importante e, depois, o analista fornece tanta compreensão quanto se acha em seu poder dar” (Winnicott, 1994, p. 248). Nos casos de consultas com os quais o psicanalista nos brinda, vemos que suas interpretações são colocadas depois que a própria criança chegou ao

que queria trazer como comunicação significativa. Então, ao interpretar, o psicanalista pode auxiliar na integração da questão trazida pela criança, que, também com isto, pode experimentar ser entendida e acompanhada.

Importante assinalar que o estágio da consulta em que se atinge a possibilidade de comunicação significativa, que se adentra ao campo transicional, na maioria das vezes é assinalado por pequenos detalhes no comportamento da criança, como testemunhamos em alguns exemplos das consultas relatadas pelo psicanalista: pegar uma folha de papel maior, dobrar o papel em quatro partes, colocar as mãos escondidas detrás da mesa e assim por diante. Assim a criança, muitas vezes, anuncia quando vai comunicar a questão principal que lhe preocupa.

Winnicott enfatiza que, por não se tratar de uma técnica, a consulta terapêutica pode se valer dos mais diferentes meios comunicativos para que uma experiência mútua significativa possa acontecer. Salienta que lhe foi difícil selecionar os casos relatados no livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, pois não queria que fossem modelos a seguir: “[...] o trabalho não pode ser copiado porque o terapeuta é envolvido como pessoa, razão por que não há sequer duas entrevistas que sejam semelhantes” (Winnicott, 1984, p. 17).

Nos casos selecionados nesse livro, em sua maioria há o uso do jogo de rabiscos (*Squiggle Game*). Mas o autor adverte:

O jogo de rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança [...] é feita uma ligação artificial entre o jogo dos rabiscos e a consulta psicoterapêutica, que se origina do fato de que dos desenhos da criança e da criança e de mim mesmo pode-se encontrar um meio de tornar o caso ativo. (Ibid., p. 11)

Por meio do jogo de rabiscos e, muito antes, quando apresentou o jogo da espátula, o autor apresentou modos com os quais pôde estabelecer uma comunicação lúdica com seu paciente – bebê ou criança. O chão comum dos jogos – espátula e rabiscos – é a possibilidade do brincar criativo e espontâneo no intercâmbio entre o terapeuta e o paciente. Neste sentido, coloquei em

trabalho anterior que a consulta terapêutica poderia ser pensada como a integração destes dois jogos, no que eles carregam de fundamentos da proposta clínica winnicottiana. Ambos apontam para a transicionalidade¹ (Tosta, 2012).

Um aspecto fundamental que atravessa a proposta winnicottiana é a questão da experiência. Se atentarmos nas proposições expostas pelo autor, perceberemos as inúmeras vezes em que menciona até mesmo o termo experiência. Na clínica, incluindo a prática das consultas, é a experiência intersubjetiva que fornece os alicerces da prática terapêutica.

Assim, ao se referir à consulta e ao jogo de rabiscos, o autor salienta o valor da experiência: “[...] o que acontece no jogo e em toda entrevista depende da utilização feita da *experiência* da criança, incluindo o material que apresenta” (Winnicott, 1984; p. 11; grifo nosso), advertindo que para explorar esta experiência mútua é necessário basear-se na teoria do desenvolvimento emocional, com destaque para a provisão ambiental.

Em sua clínica, o psicanalista acrescentou a valorização da experiência do presente vivido na relação ao não trabalhar apenas o conteúdo da fala dos pacientes e do brincar. Em sua teoria e sua prática, Winnicott validou a experiência de brincar e seu processo com o paciente. A experiência do “brincar” fala da capacidade de ser espontâneo, criativo, de se apresentar pronto para atender a necessidade do outro, de estar juntos de maneira lúdica e prazerosa.

Já em 1941, quando apresenta o jogo da espátula, o autor traz a questão da experiência. Assim diz: “[...] o que há de terapêutico nesse trabalho está, penso eu, no fato do desenvolvimento completo de uma *experiência* ser permitido” (Winnicott, 1993, p. 159; grifo nosso). Aqui refere-se à experiência completa, permitida tanto no jogo como na sessão ou consulta terapêutica. A seguir, tratamos do jogo da espátula.

1.1. Jogo da espátula

1 “Transicionalidade” é um termo dado pelos estudiosos deste autor. Donald Winnicott fala em “objetos e fenômenos transicionais”, “brincar”, “área intermediária da experiência”, “espaço potencial”, “espaço do mundo cultural”, afim com a área do campo simbólico.

Na obra de Winnicott, o jogo de espátula, já em 1941, apresenta pontos-chaves de sua teoria. O chamado jogo de espátula designa uma prática relatada no texto “A observação de bebês numa situação padronizada”. É fruto de 20 anos de observações de duplas de mães e seus bebês na clínica do Hospital Pediátrico Paddington Green. O autor descreve o que denomina como “situação padronizada” (ou situação estabelecida), um *setting* simplificado estabelecido no qual bebês de 5 a 13 meses, sentados no colo de suas mães, eram posicionados de tal forma a poderem ver uma espátula (depressor de língua) reluzente colocada no canto da mesa. Caso quisessem, os bebês poderiam pegar e manusear o objeto.

As mães eram orientadas a não interferirem ou estimularem os bebês, de forma similar à atitude que Winnicott adotava. O psicanalista menciona que observava também a relação da mãe com a criança, se a mãe aceitava suas sugestões (de não interferir, por exemplo), se ficava muito ansiosa, se fazia pelo bebê. Também na clínica infantil, onde as crianças eram um pouco maiores, notava-se que a família aceitava quando ele pedia para ficarem na sala de espera etc. As observações das ações da mãe na situação viabilizam uma ideia melhor do contexto e da dinâmica familiar e da inserção da criança na família.

Tratou-se de uma experiência rica, pois Winnicott tinha um olhar para o conjunto da pessoa, e não apenas para a queixa trazida a ele enquanto pediatra. Constituiu praticamente um protocolo de pesquisa, pois o autor, após grande número de casos, pôde chegar a um tipo de padrão usual do comportamento do bebê observado diante de um objeto brilhante que lhe era oferecido. O psicanalista salientou que aquela era uma experiência dentro de uma situação estabelecida, ou seja, já se configurava a noção de enquadre clínico ou tipo especial de *setting* necessário para que as coisas significativas pudessem acontecer.

Em seu relato da análise dos resultados dos registros de grande número de observações, Winnicott destaca três tempos: o primeiro chama de período de hesitação; o segundo constitui o desenvolvimento da atividade lúdica do bebê com o uso do objeto cintilante; o terceiro tempo é o da finalização,

quando o bebê pode desinvestir do objeto e jogá-lo fora. Este seria um padrão encontrado na normalidade, mas havia desvios deste padrão que o autor discute em seu trabalho.

Penso que este jogo de três tempos compõe a experiência de atendimento de cada sessão de consulta terapêutica; também essa ritmicidade temporal pode ser experimentada em cada sessão analítica e num processo terapêutico em seu desenrolar.

No primeiro momento do jogo e da consulta, observou-se grande ansiedade do bebê, revelada por sua corporeidade – mantinha o corpo imóvel – e por um bloqueio temporário de ação, praticamente examinando a situação que lhe era apresentada. A hesitação do bebê torna visível seu dilema entre a curiosidade e o impulso que o novo objeto desperta e o fato de estar diante de um homem estranho, que lhe oferece o objeto brilhante.

Ao analisar o conflito que se manifesta no comportamento do bebê no período de hesitação, Winnicott (1993) considera que, além de revelar medo, também indica a presença de fantasias inconscientes relativas ao impulso do bebê para estender o braço e agarrar e o controle de impulsos ou inibição do impulso.

Fazendo uma correlação com a situação de atendimento terapêutico, penso que é interessante o termo fenomenológico que Winnicott utiliza para descrever este dilema: hesitação. Não utiliza o termo resistência ou qualquer outro. É a ansiedade típica de um primeiro contato com uma nova pessoa ou numa primeira entrevista em análise. Sabemos que o primeiro contato fornece indícios preciosos. Quando encontramos alguém pela primeira vez numa entrevista, ficamos ansiosos, e a pessoa talvez ainda mais. Perguntas surgem para o psicoterapeuta: O que será que esse paciente quer? Será que eu vou poder ajudar? Será que vai ser um caso muito complicado? Será que eu vou dar conta? Penso que é magnífico Winnicott chamar de “hesitação”, um termo descritivo do que se passa, e não utilizar o termo “resistência”, que seria inadequado para contexto observacional. O conceito de resistência faz sentido no *setting* analítico, terapêutico, quando pode emergir uma resistência à transferência. Falar que uma pessoa, num primeiro contato, está com resistência é

usar um conceito precioso de forma equivocada. O autor geralmente usava termos mais descritivos do que avaliativos, além de ter uma preocupação de ser entendido por todos e não ficar fechado no meio psicanalítico.

Enfim, na situação clínica habitual, é no período de hesitação que o paciente pode ou não estabelecer a confiança necessária para iniciar um relacionamento com o analista.

Voltando à situação descrita por Winnicott, o segundo estágio é marcado por uma transformação corporal do bebê: ele pega a espátula, coloca na boca, explora e manipula o objeto de várias maneiras, brincando com ele. O bebê se mostra confiante, usando livremente seu corpo. Considero que o autor está evidenciando o momento em que surge o gesto do bebê em direção ao objeto que está lá para ser encontrado. Essa observação traz o que o autor vai nomear de “gesto espontâneo” possível ante a “apresentação do objeto”.

Fazendo uma correlação com as consultas, o segundo tempo é quando se estabelece a comunicação significativa entre o terapeuta e a criança. Estabelecer comunicação na clínica pode oferecer dificuldades para ambos os parceiros da relação terapêutica. Portanto, a hesitação e a dificuldade não são apenas do paciente. São duas pessoas se relacionando, com suas histórias pessoais, que constroem juntas uma história relacional. O impedimento pode ser do terapeuta, e não do paciente.

O terceiro período na situação padronizada se inicia com a brincadeira do bebê de jogar a espátula no chão e esperar que ela lhe seja restituída. O bebê demonstra prazer no jogo de lançar longe o objeto e pegá-lo de volta, manifestando prazer no uso da agressividade para jogar o objeto fora e ouvir o barulho que o objeto faz ao cair no chão. Para poder chegar a este terceiro tempo, conseguir desinvestir libidinalmente o objeto, o bebê precisa ter a certeza de que poderá tê-lo de volta. Winnicott, ao analisar este terceiro tempo, refere-se ao jogo do carretel, conforme descrito, em 1920, por Freud no texto “Além do princípio do prazer” (2010). O autor menciona que só com o passar dos anos pôde valorizar suficientemente este terceiro tempo. Relaciona o jogo do carretel com o jogo da espátula, em que carretel e espátula representariam a mãe do bebê, este jogando fora ou longe o objeto para indicar que se livra da mãe na medida em que a posse do carretel/espátula representa a posse dessa mãe. Conforme assinalo em texto anterior, “[...] seria,

então, como um perder saudável, o ‘desmame’ que se dá pelo gesto da criança e não pela imposição do ambiente” (Tosta, 2012, p. 87). Portanto, embora o autor na época ainda não tivesse elaborado sua teoria acerca dos objetos e fenômenos transicionais, a ideia do transicional possibilitando a elaboração da separação/descarte/posse do objeto já está delineada.

Retomando o texto de Winnicott:

A experiência de ousar querer e pegar a espátula, de ousar apossar-se dela, sem com isso alterar a estabilidade do meio ambiente imediato, funciona como uma espécie de *aula sobre o objeto* e tem valor terapêutico para o bebê [...]. A crença da criança nas coisas boas e nos bons relacionamentos dentro de si também é fortalecida”. (Winnicott, 2021a, pp. 166-167; grifos nossos)

Assim, a criança chega a uma aprendizagem que pode levar para a vida. Ela fez isso e o mundo continuou igual. O meio ambiente continuou sustentando a situação dela, ninguém se alterou. O que Winnicott nesse texto chama de “aula sobre o objeto” ou “lição de objeto” é ter uma experiência significativa que envolve um gesto espontâneo e que não modifica a estabilidade do ambiente, que continua inalterado e sustenta a situação. Isso pode ser observado no atendimento de crianças. A continuidade e a estabilidade ambiental fornecem à criança a noção de que ela está num mundo em que pode destruir e que, na verdade, a realidade não se destrói; que o objeto só é destruído na fantasia, no brincar, no mundo simbólico. Mais um aspecto do ponto teórico winnicottiano – o do uso de objetos – já é anunciado neste texto de 1941, quando descreve a situação estabelecida de observações.

Pensando o terceiro tempo na situação de atendimento clínico, seria o momento no qual o paciente está pronto para ir embora, finalizar a consulta ou sessão, deixar o terapeuta, pois ele não é mais necessário, pode ser descartado tal qual o carretel ou espátula, uma vez que pode haver internalização da experiência e, de alguma forma, o paciente pode acreditar que o terapeuta continua lá à sua espera, é capaz de confiar que pode sempre voltar.

O conjunto dos três tempos que pode ser evidenciado no jogo, que pode ser estabelecido por meio da mutualidade e comunicação significativa, possibilita a oportunidade de o paciente ter uma experiência completa. É isto que se busca também nas consultas e nas sessões psicoterapêuticas.

1.2. Jogo de rabiscos (Squiggle Game)

O segundo jogo que emerge na prática das consultas, explicitada em livro de Winnicott lançado em 1971, *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, é o jogo de rabiscos, uma das formas em que coloca em prática o brincar terapêutico. Depois de estar a sós com a criança, convida-a para jogar, tendo papel e dois lápis sobre a mesa. O autor assim descreve sua proposta:

Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente importante, e então começo a explicar. Digo: “Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim...” e provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: “Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com seu rabisco”. (Winnicott, 1994, p. 232)

É como se Winnicott dissesse ao paciente: aqui nós estamos improvisando, nós estamos criando juntos, não há nada pronto, nada acabado. Dá a ideia de algo construído conjuntamente, como saliento: “Trabalhar com esboços feitos a lápis era um jeito de demonstrar que o terapeuta não tinha uma ideia pronta sobre o paciente, mas que iriam chegar juntos a algo que não é sabido de antemão” (Tosta, 2012, p. 89). Vimos, no poema de Manoel de Barros, o mundo pessoal construído a partir da ponta de um lápis.

Como o jogo é um meio de estabelecer contato com a criança, se a criança já chega comunicando ou propondo algo, a proposta do jogo perde o sentido. Winnicott explicita que se coloca de modo flexível ao que a criança deseja e se adapta se a criança “quer desenhar ou conversar ou brincar com brinquedos ou fazer música ou traquinagens” (Winnicott, 1994, p. 232). Mas relata que a maioria das crianças aceita o jogo proposto por ele e que no final de uma hora tem 20 ou 30 desenhos conjuntos. O autor costumava colocar estes desenhos todos juntos e no final revê-los com a criança, o que possibilitava uma visão de seu valor e, também, que a criança pudesse sentir que tinha comunicado algo importante para ela.

Masud Khan contribui para pensar no uso que Winnicott faz do jogo de rabiscos nas consultas, por exemplo, quando afirma:

[...] parece para mim que as consultas com jogo de rabiscos nos deram um relato vívido de como uma criança usa o papel como espaço potencial para ficar intimamente a sós com Winnicott. E esse espaço potencial do papel é um espaço *compartilhado* onde tanto Winnicott como a criança *agem mutuamente* para alcançar aquele “momento significativo” no qual a experiência poderia lhe ser interpretada para a criança. (Khan, 1989, p. 99; tradução nossa²)

Khan também expõe, aqui, o paradoxo winnicottiano de estar só na presença do outro, apontando para a noção, tão cara a ambos os autores, da privacidade do *self*.

Voltando para a descrição de Winnicott, realça que o jogo de rabiscos ganha significado especial para a consulta terapêutica, pois o terapeuta pode valer-se do que surge a partir do jogo para compreender o que a criança quer comunicar e, também, que o modo como o material produzido pelo ato de jogar é aproveitado pelo terapeuta durante a consulta é o que mantém a criança interessada.

O autor assinala que, neste rabiscar mútuo, o terapeuta também se expõe, brinca junto e isto possibilita ao paciente não se sentir numa posição inferior, como poderia sentir num outro tipo de consulta com um médico ou mesmo quando é examinado num teste psicológico. Advertindo que, embora haja participação ativa do terapeuta, que pode ser um interlocutor privilegiado, o drama que se anuncia é do paciente, ou seja, o foco é que tipo de angústia a criança está comunicando. Nas palavras de Winnicott, “[...] é axiomático que se um setting profissional correto for oferecido, o paciente que se acha em sofrimento trará aflição para a entrevista sob uma forma ou outra” (Winnicott, 1994, p. 246). Acrescenta: “[...] seja o que for que aconteça, é o acontecer que é importante” (ibid.).

Através do jogo de rabiscos, emerge um modelo de fazer clínica em que o analista também se faz presente, possibilitando o ambiente de *holding*

2 No original: “[...] *it seems to me that his squiggle-game consultations give us a vivid account of how a child uses paper as potential space in order to be privately alone with Winnicott. And this potential space of the paper is a shared space where both Winnicott and the child mutually act towards that ‘significant moment’ when the experience of the child can be interpreted to the child*”.

para que o paciente possa colocar o que o aflige, o que para ele “não vai bem”. Cabe ao terapeuta atender as necessidades do paciente, necessidades estas existenciais, trazendo em seu bojo a busca de uma retomada de um vir-a-ser.

2. CONSULTAS: CRIATIVIDADE, ESPAÇO POTENCIAL, BRINCAR, SONHOS E SAÚDE

2.1 Criatividade

Um dos pressupostos básicos da teoria de Winnicott é a concepção de criatividade. Para o autor, todos os seres humanos trazem o que denominou de “criatividade originária”, que seria o potencial criativo que todos temos. Porém, ele pode não estar sendo vivido. Até para viver a loucura o indivíduo precisa ser criativo, já que, para o autor, a loucura é uma organização para se proteger do colapso extremo, que seria a aniquilação de si mesmo.

Winnicott postula que a criatividade só se faz na tradição. Não dá para ser original se não for dentro da história; esse é o grande paradoxo da vida. Você só pode criar, quando tem o outro ali, para ser descoberto. Dito de outra maneira, esse paradoxo aqui se revela, pois, para que cada indivíduo possa viver de modo criativo, precisa de um outro que receba o gesto criativo ou mesmo, no início da vida e de uma relação humana, inclusive a terapêutica, que este outro se deixe ser criado. O bebê começa criando o seio e a mãe. Essa é a nossa grande criatividade original. Criar o nosso próprio cuidador.

Neste sentido, o autor comenta sobre a diferença do ponto de vista do observador, que pode perceber os objetos transicionais como objetos adotados para simbolizar a união entre o bebê e a mãe, e o ponto de vista do próprio bebê:

Para o bebê (se a mãe for capaz de fornecer as condições corretas), todos os detalhes da vida dele são exemplos de vida criativa. Todo o objeto é um objeto *encontrado*. Se tiver a chance, o bebê começa a viver criativamente e a usar objetos concretos para mostrar-se criativo neles e com eles. (Winnicott, 2019, p. 164)

O bebê, quando age por impulso, isto é, de modo espontâneo, e não de modo reativo, pode criar fazendo um gesto qualquer – por exemplo, ao levantar a mãozinha ou olhar para a mãe – e precisa encontrar algo, senão cai no vazio. O bebê só pode ter a sensação de ser porque tem alguém lá no mundo para receber seu gesto, recebê-lo e para devolver a ele a pessoa que ele é. O bebê, ao nascer, precisa encontrar um ser humano devotado a ele para que ele consiga ser. É impossível ao ser humano construir o mundo sozinho. É consenso, na psicanálise, a noção de que a construção do eu e do mundo é intersubjetiva.

Quando estamos vivendo criativamente, estamos vivendo o nosso *self*, afinal, o viver criativo se correlaciona com o *self*. Na verdade, o *self* se manifesta no nosso gesto espontâneo, no nosso viver criativo; o *self* é processual, não é uma estrutura. Nenhum objeto ou produto humano é criativo em si mesmo, sempre depende do modo como o indivíduo usa determinado objeto. Uma peça de teatro, por exemplo, a quem ela se destina (tem um outro ali?). Podemos também pensar em esportes de alto rendimento, quando muitas vezes o indivíduo sacrifica o seu próprio ser para conseguir prosperar: a *performance* ganha mais destaque do que o processo de fazer algo de forma criativa e prazerosa. Winnicott afirma no texto “Vivendo de modo criativo”: “Experimentar o viver criativo é sempre mais importante do que se sair bem” (Winnicott, 1996b, p. 41). Podemos exemplificar essa experimentação do viver criativo com a ideia Winnicotiana da relação da criança com o objeto transicional. Aqui o transicional não é objeto em si, depende do uso que a criança faz do objeto, implicando um outro. Penso que o transicional condensa a presença de um outro significativo.

Outro aspecto digno de nota é que o viver criativo tem muito a ver com liberdade, ponto fundamental para Winnicott. Lembro, aqui, o pensamento de autores da fenomenologia que consideram o adoecimento uma questão de aprisionamento, de falta de liberdade.

Poder viver de forma criativa e livre não anula o campo social. Compreendo que o autor não pretende que o indivíduo negue o princípio da realidade, mas que mantenha pela vida afora a atitude de descoberta, curiosidade e a capacidade de ver o mundo de forma pessoal. O autor traz uma ideia central: “A saúde não está associada à *negação* de coisa alguma” (Winnicott,

2021c, p. 38). Assim, poder viver a vida criativamente não significa não ser capaz de se adaptar, quando exigido, ao campo social, desde que as mudanças ocorram dentro de limites que não atinjam pontos nodais da personalidade de cada um. Poder viver a vida criativamente é conseguir chegar a esses processos e a essas capacidades de modo único e individual, próprio de cada existência, sem implicar a negação. De acordo com os nossos repertórios de experiências vividos, amplificamos a capacidade de dar um sentido pessoal às novas experiências da vida.

2.2. Espaço potencial

Na epígrafe do capítulo “A localização da experiência cultural”, do livro *O brincar e a realidade*, Winnicott (1975, p. 133) cita um verso de Tagore³: “Na praia do mar de mundos sem fim, crianças brincam”. Também aqui surge o paradoxo: o espaço potencial seria um espaço sem fim, mas que não fica sem fim para a criança que ali brinca, porque ela completa o espaço com a brincadeira. O espaço ocupado não é tido como infinito; ele ganha sentido e se torna um lugar onde viver quando preenchido pelo brincar. No entanto, a potencialidade da criatividade é infinita.

O fundamental nas consultas é que uma experiência mútua terapeuta-paciente possa acontecer. Esta experiência de mutualidade tem um caráter lúdico essencial. Pode se apresentar como um rabiscar de gestos num papel utilizado em conjunto ou de palavras trocadas num espaço comum. Tal espaço onde o brincar criativo pode ocorrer é o que Winnicott denomina de espaço potencial.

O postulado é que o brincar criativo e a experiência cultural ocorrem numa condição especial que é:

3 Rabindranath Tagore (1861-1941) foi compositor, pintor e escritor de expressão bengali e inglesa, que viveu na Índia e que recebeu o prêmio Nobel de literatura em 1913. Suas obras publicadas em inglês foram traduzidas pelo próprio autor. O poema tagoreano citado por Winnicott faz parte de “On The Seashore”. Seu trabalho inspirou a poetisa Cecília Meirelles e outros escritores. Ver mais em Loundo (2011).

[...] a posição é o *espaço potencial* entre o bebê e a mãe. Refiro-me à área hipotética que existe (mas pode não existir) entre o bebê e o objeto (mãe, ou parte da mãe) durante a fase de repúdio do objeto como não eu, ou seja, ao final de fusão com o objeto. (Winnicott, 2019, p. 172)

Esta ideia se baseia no paradoxo já trazido pelo objeto e os fenômenos transicionais. Ao relatar o caso do menino dos cordões, o autor aponta que, com o uso do cordão, dois objetos poderiam estar unidos e separados ao mesmo tempo.

Winnicott grifa o seguinte trecho para apresentar o enigma deste paradoxo:

Pode-se dizer do objeto transicional que existe um acordo entre nós e o bebê, de que nunca faremos a pergunta: “Você criou isso ou apresentaram isso para você a partir do exterior?”. O ponto mais importante é que não há expectativa de uma resposta. A pergunta não deve ser formulada. (Winnicott, 2019, p. 31)

A questão destacada é que o ser humano não tem condições de lidar com a questão da relação entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo. Em outras palavras, um indivíduo não se vê em condições de responder ao dilema: Você criou esse objeto? Ou você o encontrou? A pergunta não deve ser feita. Na saúde, o indivíduo procura não solucionar o dilema e manter o paradoxo. Então, a questão não é colocada, não se tenta resolver em termos de ou-ou, e sim sustentar em termos de e-e.

Thomas Ogden (2017), em seu texto “Espaço potencial”, exhibe a complexidade que o conceito winnicottiano de espaço potencial guarda em seu bojo. Também explicita o quão difícil é falar deste conceito de forma diferente do que Winnicott traz, apontando a enorme complexidade envolvida em fazer paráfrases de muitas teorizações winnicottianas. Neste e em outros textos, como “Lendo Winnicott”, Ogden (2002) nos revela que grande parte da riqueza dos conceitos e da originalidade de Winnicott se manifesta em sua linguagem, aparentemente simples, mas, na verdade, altamente metafórica. Tudo isto Ogden explicita para apresentar o conceito de espaço potencial, citando o próprio autor para fazer jus à linguagem paradoxal. A partir disto, Ogden salienta que procura lidar com o tema utilizando outra linguagem. Assim,

contribui trazendo a noção de processo dialético para lidar com a concepção de espaço potencial e do que ele envolve. Postula que o processo dialético é fundamental para a constituição da subjetividade. Neste sentido, afirma:

De forma paradoxal, a “eu-dade” é possibilitada pelo outro. Winnicott (1967b) descreve esse fato como a descoberta do bebê de si mesmo no que ele vê refletido nos olhos de sua mãe. Isso constitui uma dialética interpessoal, na qual “eu-dade” e outridade criam um ao outro e são preservados um pelo outro. A mãe cria o bebê e o bebê cria a mãe. (Ogden, 2017, p. 213)

Ogden salienta que a capacidade de chegar ao relacionamento transicional com os objetos envolve a conquista da capacidade de realização de processos psicológicos dialéticos. Evidencia, em seu texto, o fato de Winnicott situar a possibilidade de uso de símbolo dentro do espaço potencial para introduzir a questão de uma impossibilidade de processo dialético como uma psicopatologia do espaço potencial.

Voltando a Winnicott, é fundamental a aceitação do paradoxo, e não a tentativa de resolução, quer para o lado subjetivo (mundo da fantasia), quer para o lado objetivo (mundo da realidade externa). Entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo, cria-se uma área intermediária entre a criatividade primária e a percepção objetiva. Num primeiro momento, se existir uma adaptação materna suficientemente boa, o bebê poderá ter a “[...] ilusão de que existe uma realidade externa que coincide com sua própria capacidade criativa” (Winnicott, 2019, p. 31). Em seguida, a área de ilusão ganha uma forma por meio dos objetos e fenômenos transicionais. Então passam a constituir “[...] uma área neutra de experiência que não será posta à prova” (ibid.).

No primeiro tempo – o da ilusão –, há uma continuidade entre a concepção de mundo e o objeto criado. Continuidade tem a ver com a relação entre objeto-subjetivo, isto é, com o modo subjetivo de relação com o mundo; também se relaciona com o fator tempo. Na saúde, o bebê pode ter uma “[...] continuidade pessoal de existência [...], uma continuidade com o início pessoal” (ibid., p. 158).

Contiguidade relaciona-se à possibilidade de se criar este espaço entre o mundo subjetivo e o objetivo. Agora, já surge uma contiguidade entre concepção-percepção. Tem a ver com espaço; no espaço potencial, ao mesmo tempo, há continuidade e contiguidade, união e separação. Nas palavras do

autor, “[...] esse espaço potencial existe no interjogo entre a não existência e a existência de fenômenos e objetos que estão fora do controle onipotente” (ibid., p. 162).

O paradoxo a ser tolerado – união e impossibilidade da separação – precisa ser sustentado pelo outro. Na experiência do bebê em relação com a mãe, “[...] desenvolve-se um grau de confiança na constância da mãe” (ibid., p. 173). Winnicott completa seu pensamento afirmando:

[...] onde há confiança e constância, existe um espaço potencial que se transforma em uma infinita área de separação, que o bebê, a criança, o adolescente ou o adulto podem preencher criativamente com o brincar, transformado ao longo do tempo na fruição do patrimônio cultural. (Ibid., p. 174)

Em decorrência do processo de desenvolvimento, a pessoa saudável pode ter três tipos de relação de objetos: a relação subjetiva com o objeto, a relação objetual objetiva ou compartilhada e a relação transicional com objetos. Pode, então, transitar por estes três tipos de relação com objetos ou áreas de experiência.

Em outras palavras, na teoria do autor, há três estados humanos de viver: o subjetivo, o compartilhado e o transicional. Winnicott explicita que, quando existe o *holding* ambiental – que, por sua fidedignidade, possibilita a confiabilidade –, o indivíduo pode experimentar a vida no espaço potencial, alternando os modos de experimentar a vida. Não precisa se fixar a um só modo de viver. De um lado, estaria a introversão, na qual o indivíduo estaria voltado para a vida interior, refugiando-se no mundo subjetivo e, em seu extremo, no isolamento. De outro lado, estaria a extroversão, na qual o indivíduo permanece voltado para a vida externa e, no extremo, passa a existir numa submissão excessiva ao meio ambiente, chegando a uma sobreadaptação à realidade.

Enfim, as três áreas de experiência podem se sobrepor entre si. Daí o indivíduo pode ter um modo criativo e espontâneo, enfim, um modo pessoal de viver a vida. Para o autor,

[...] este espaço potencial varia enormemente de um indivíduo para o outro e seu alicerce é a confiança na mãe, vivenciada pelo bebê durante um período suficientemente longo no difícil estágio em que o ‘eu’ e ‘não eu’ se separam, quando o self autônomo começa a se estabelecer. (Ibid.)

Penso que a extrema variabilidade do espaço potencial se deve ao fator criatividade pessoal.

2.3 Brincar

Tal variabilidade devido à possibilidade de “rabisco criativo” é o cerne do brincar, seja qual for a idade do indivíduo. O brincar refere-se ao processo de criação, é algo que surge na relação intersubjetiva viabilizada pelo espaço potencial.

No livro *O brincar e a realidade*, lançado em 1971, Winnicott (1975, 2019) coloca, de vários modos, a ideia de que o espaço potencial entre o bebê e a mãe seria o lugar do brincar, ou o brincar acontece no *playground*, na área intermediária que se abre entre o bebê e sua mãe, que une e separa ambos os parceiros. Portanto, o brincar tem a ver com uma experiência de criatividade que se dá num processo relacional dentro da área de transicionalidade.

Como sabemos, o título original do livro é *Playing and reality*. O termo, no gerúndio em inglês, *playing*, enfatiza a noção de processo em movimento. Envolve o transitar, movimento próprio da vida.

O postulado winnicottiano é que “[...] a característica especial desse lugar em que a brincadeira e a experiência cultural têm espaço é que *sua existência depende de experiências vividas*, não de tendências herdadas” (Winnicott, 2019, p. 174). Aqui fica explícito, de novo, o valor da experiência para o autor e que o “viver” uma experiência, experimentar, inclui, necessariamente, outro ser humano.

Destaco que o brincar está intimamente associado à ideia de processo psicoterapêutico. Neste sentido, o autor alerta que, muitas vezes, o brincar pode ser assustador. Por que uma atividade de brincadeira poderia alarmar uma criança? Seria justamente pela precariedade da posição da brincadeira: sempre pairando num espaço entre o mundo subjetivo e o mundo objetivamente percebido, entre a fantasia e a realidade. Pensando na magia envolvida,

tal precariedade seria semelhante a uma bolha de sabão: linda, mas extremamente frágil, que pode estourar com algum contato mais duro com a realidade exterior.

O autor refere outro aspecto que pode assombrar na brincadeira, ao dizer:

A brincadeira é extremamente excitante. Compreenda-se que é excitante *não primariamente porque os instintos se acham envolvidos*; isto está implícito [...]. É a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança. (Winnicott, 1975, p. 71)

Saliento o destaque que o autor concede à experiência transicional, e não ao aspecto pulsional. Há prazer envolvido, mas, se a excitação corporal for muito intensa, prejudica a brincadeira. Também a ansiedade ou angústia excessivas impedem o brincar.

O brincar possibilita a vivência da agressividade e do ódio de forma simbólica. Além disto, existe “[...] a contribuição social feita pela criança ao exprimir seus sentimentos agressivos através das brincadeiras, em lugar de o fazer em momentos de raiva” (Winnicott, 1982, p. 162).

Realço outra característica do brincar que ocupa espaço e tempo e é um fazer que parte do ser. O autor diz: “Para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma tempo. Brincar é fazer” (Winnicott, 1975, p. 63). Aqui ele fala que o brincar é fazer, mas reforço que o fazer criativo precisa partir do sentimento de ser. Assim, este fazer brincante tem a ver com o gesto espontâneo, o gesto de alguém que tem a sensação de ser real e que se dirige ao mundo para se expressar. O gesto espontâneo só é possível a partir de um estado de relaxamento ou amorfia.

Isto tem a ver com a concentração que crianças, adolescentes ou adultos mostram quando estão de fato envolvidos numa atividade lúdica. A concentração resulta de uma integração entre o estado excitado e o estado tranquilo. Poderíamos dizer que, no brincar, há uma integração do ser e do fazer. Ou seja, pela concentração envolvida no brincar da criança ou do adulto, percebemos uma reunião iluminada do ser e do fazer.

Outro aspecto diferenciador do brincar é que ele não se resume ao aspecto da elaboração do que aconteceu com a criança no passado, mas sim,

também ou principalmente, a uma oportunidade única de vivenciar novas experiências, inéditas para a criança, no presente. O brincar que traz o inédito é um acontecimento possível somente numa relação de confiança.

A criança desenha a si mesma no seu futuro, no seu vir-a-ser. Há projeção, no terapeuta, da esperança do porvir. Para Gilberto Safra:

O brincar promove uma transição entre o agora e o ainda-não [...]. Quando uma criança brinca, institui um mundo que se organiza em termos de espaço e de tempo e, ao mesmo tempo, tem a oportunidade de projetar um destino e um horizonte existencial. (Safra, 2006, p. 14)

O ficar nas fronteiras do presente, do passado e do futuro também ocorre na experiência onírica.

2.4 Sonhos

O trabalho com sonhos aparece em quase todas as consultas relatadas por Winnicott. O sonho estaria no campo transicional, teria a ver com a imaginação e seria relativo ao viver. O autor afirma: “o brincar criativo é afim ao sonhar e ao viver, mas essencialmente, *não* pertence ao fantasiar” (Winnicott, 1975, p. 52).

Antes de introduzir a questão dos sonhos, o autor procura fazer uma distinção entre o fantasiar, ou devaneio (*day-dream*), e a fantasia enquanto imaginação. O devaneio é um processo apenas mental, de natureza fixa, sem duração no tempo e que paralisa a ação. A fantasia é relativa à imaginação, seria resultante da elaboração imaginativa das experiências em conjunto com o outro e, assim, muito variável, tal qual o brincar e outros processos transicionais que se situam no espaço potencial.

Comparando o fantasiar e o sonho, o psicanalista comenta a uma paciente que tinha interesse por poesia que o fantasiar “[...] não tinha valor poético”, enquanto o sonho “[...] tinha poesia em si”, isto é, “[...] camada sobre camada de significado relacionado ao passado, ao presente e ao futuro, ao interior e ao exterior, e sempre, fundamentalmente a respeito dela própria” (ibid., p. 56).

É talvez nesta direção que, quando a consulta atinge o patamar de comunicação brincante, o psicanalista pergunta sobre os sonhos para chegar a uma camada psíquica mais profunda. Diz: “Se escolho o momento certo, já tendo a criança atingido a fantasia de uma qualidade altamente pessoal, geralmente encontro a criança ansiosa para comunicar uns poucos sonhos, talvez ‘um sonho da noite passada’, como se em preparação para a consulta” (Winnicott, 1984, p. 199).

O autor procura situar a busca de sonhos quando a criança se mostra próxima ao campo onírico, podendo também voltar-se para o próprio interior, quando está numa fase intermediária da consulta, tal qual o segundo tempo do jogo de espátula, o que indicaria o estabelecimento de um clima de confiança. Observamos que, em muitas consultas relatadas pelo autor, as crianças traziam espontaneamente os próprios sonhos. Também os desenhos realizados pelas crianças tinham a ver com sonhos marcantes, algumas vezes “engraçados”, outras vezes descritos como “horríveis” ou “estranhos”.

Ao referir-se ao jogo de rabiscos numa consulta, Winnicott explica:

Um dos objetivos principais deste jogo é atingir a despreocupação da criança e, assim, suas fantasias e depois seus sonhos. O sonho pode ser usado na terapia, já que o fato de *ele ter sido sonhado, lembrado e contado* indica que o material do sonho está dentro da capacidade da criança, junto com a excitação e ansiedades inerentes a ele. (Ibid., 1984, p. 126)

Note-se que, nos grifos, Winnicott nos lembra de que modo o sonho está tanto dentro como fora e o “contado” inclui o outro que escuta o relato do sonho, portanto, uma terceira área.

2.5 Saúde como vida criativa

Estamos falando, aqui, em saúde psicológica – que não necessariamente tem a ver com os critérios diagnósticos de saúde mental ou saúde física. O psicanalista José Outeiral (2013) chama atenção para a diferença entre os conceitos de “saúde” (*health*) e “sanidade” (*sanity*). Assim como ele, Winnicott, no texto “O conceito de indivíduo saudável”, já explicitava: “[...] a fuga em direção à sanidade não é sinônimo de saúde” (Winnicott, 2021c,

p. 35). De forma análoga, no texto “Desenvolvimento emocional primitivo”, Winnicott pontua: “Se formos, de fato, apenas sãos, então somos também decididamente pobres” (Winnicott, 2021b, p. 290). Aqui o autor estaria se referindo à saúde enquanto sanidade.

De fato, o autor está mais atento à questão da constituição do viver humano – de como as pessoas se sentem reais quando vivem o próprio *self* – do que à questão da saúde ou doença. Assim diz: “Sobre o que versa a vida? Podemos curar nosso paciente e nada saber sobre o que lhe permite continuar vivendo [...] ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida” (Winnicott, 1975, p. 139).

Neste sentido, a saúde psíquica (*health*) relaciona-se com o viver de modo criativo e pessoal. Como vimos, o divisor de águas é a vivência da criatividade na vida e nas relações, é poder ter espontaneidade na vida. Além de referir a criatividade como impulso básico, a vincula à saúde:

[...] no estado de saúde conseguimos formas e maneiras de recapturar o sentimento de significado proveniente da vida criativa [...] acredito que não exista nada que não possa ser feito de modo criativo, caso a pessoa seja criativa, ou tenha essa capacidade. (Winnicott, 1996, p. 40)

Para além da saúde, a criatividade é ligada à vida e à própria existência humana. É sentido como criativo o gesto que parte do ser em direção ao outro e o encontra. É esta criatividade que gera a sensação de estar vivo e de que as coisas fazem sentido – e é isto que caracteriza o estado de saúde e guarda estreita relação com a vida.

Assim, saúde é associada ao viver do ser humano: relaciona-se com o fato de a pessoa ter atingido a capacidade de viver no espaço potencial, no interjogo contínuo entre interno e externo e de ter conquistado a capacidade de brincar.

Faz parte da saúde incluir a loucura e a doença. Quando conseguimos fazer isso, podemos ser criativos a partir do mundo que já está aí, pronto. Podemos respeitar o princípio de realidade, mas, ao mesmo tempo, não perder a nossa identidade pessoal.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de experimentar a criatividade pessoal e a espontaneidade num espaço potencial, sustentado pelo terapeuta e, ao mesmo tempo, vivido conjuntamente, é o cerne da terapêutica envolvida nas consultas.

Podemos levar esta proposição também para a atividade terapêutica na clínica usual, onde o terapeuta pode fornecer um espaço brincante em que a confiança do paciente pode emergir baseada na capacidade de o terapeuta se identificar com o paciente.

Em consonância com a ideia winnicottiana, uma análise só é possível quando os dois, analisando e terapeuta, têm capacidade de brincar. O brincar com adultos se revela de formas diferentes em relação ao brincar com crianças. Pode se revelar pela capacidade de ser lúdico, brincar com as palavras, ter bom-humor. O humor é um exemplo de estado psicológico da área transicional, pois modifica o sentido das palavras, das imagens. Quando o paciente não tem a capacidade de brincar, oferece-se um clima de atendimento terapêutico em que a confiança e esperança possam ser resgatadas ou mesmo conquistadas. Quando é o terapeuta que não sabe brincar, é preciso que se trabalhe antes para se habilitar para esta tarefa – a clínica analítica –, que envolve a criatividade e ativação da área transicional. Em texto anterior, pontuo:

É mister que o terapeuta mobilize sua criatividade em benefício do paciente, estabelecendo um espaço potencial, o espaço intermediário da existência, onde a experiência intersubjetiva possa ser vivida e que o paciente possa experimentar livremente pensamentos, ações e sentimentos, perpassados por imagens ou símbolos, veiculados de diversas formas, inclusive pela palavra. (Tosta, 2012, p. 90)

Em todo o tempo deste processo de construção intersubjetiva de subjetividades individuais, o analista precisa dispor de sua capacidade criativa de se adaptar de um modo pessoal e verdadeiro e, também, de sua capacidade de brincar e ter prazer na vida.

Para que seja possível o brincar na psicoterapia, precisa haver um encontro humano significativo, em que o indivíduo possa depositar confiança

e a esperança de que, desta vez, possa se constituir plenamente. Pode-se dizer que estes são ingredientes importantes da saúde psíquica que podem ser ativados também nas consultas.

Como afirmo em texto anterior:

A esperança de êxito advém de momentos de êxito relacional, vividos cedo na vida, que constituem um armazenamento de saúde psíquica. As repetidas experiências positivas deste encontro primitivo proporcionam uma reserva de confiança no mundo, ou um quantum de saúde. (Tosta, 2017, p. 763)

Nesse artigo, postulo como “saúde potencial” a reserva de saúde resgatada na consulta terapêutica e que poderia ser considerada como a possibilidade de autocura, ou manifestação dos fenômenos curativos. Considero que nas consultas é resgatado o *quantum* de saúde potencial condensada na esperança de cuidado que o paciente traz para o atendimento.

Uma vez que, como vimos, a saúde está relacionada à vida, também é ao capacitar para viver e para sofrer que o processo psicoterapêutico se dedica. Penso que as consultas revelam, de modo precioso, o modelo winnicottiano do fazer clínico. Compreender e trabalhar com as consultas é voltar os olhos para a clínica winnicottiana.

As consultas terapêuticas constituem exemplos tocantes de como a psicoterapia com alguém atento e disposto, num processo de tamanha intimidade psíquica, proporciona experiências novas para o paciente, de maneira com que possa se arriscar a experimentar viver, desenhar no papel ou no ar aquele rabisco criativo tendo este suporte, alguém para receber este gesto. O papel, o brinquedo, um som, um cheiro, uma palavra, os mais diversos elementos de materialidade disponíveis servem de base de trânsito, de manifestação do que se passa na experiência onírica, no profundo *self*, na alma humana.

REFERÊNCIAS

- BARROS, M. (2015). “O lápis”. In: *Meu quintal é maior do que o mundo: antologia*. Rio de Janeiro, Objetiva.
- FREUD, S. (2010). “Além do princípio de prazer”. In: FREUD, S. *Obras completas*. São Paulo, Companhia das Letras. Original publicado em 1920.
- KHAN, M. M. (1989). *Hidden selves: between theory and practice in psychoanalysis*. Londres, Maresfield Library.
- LOUNDO, Dilip (2011). A praia dos mundos sem fim: os encontros de Rabindranath Tagore com a América Latina. *Aletria*, v. 21, n.2, maio/ago.
- OGDEN, T. H. (2002). Lendo Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 36, n. 4.
- OGDEN, T. H. (2017). *A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico*. São Paulo, Blucher.
- OUTEIRAL, J. (2013). O conceito do indivíduo são: o viver criativo e os fenômenos curativos. *Rabisco: Revista de Psicanálise*. Porto Alegre, v. 3, n. 2.
- SAFRA, G. (2006). *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio*. São Paulo, Solbornost.
- TOSTA, R. M. (2012). Os princípios das consultas terapêuticas como parâmetros para a clínica winnicottiana. *Rabisco: Revista de Psicanálise*. Porto Alegre, v. 2, n. 1.
- TOSTA, R. M. (2017). Consultas terapêuticas: fenômenos curativos y salud. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. São Paulo, v. 20, n. 4.
- WINNICOTT, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1971.
- WINNICOTT, D. W. (1982). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, LTC.
- WINNICOTT, D. W. (1983). “Os objetivos do tratamento psicanalítico”. In: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 152-155. Original publicado em 1962.
- WINNICOTT, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1971.
- WINNICOTT, D. W. (1993). “A observação de bebês em uma situação estabelecida”. In: WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 139-164. Original publicado em 1941.

- WINNICOTT, D. W. (1994a). “O jogo do rabisco [Squiggle Game]”. In: WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray e DAVIS, Madeleine (orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, pp. 230-243. Original publicado em 1968.
- WINNICOTT, D. W. (1994b). “O valor da consulta terapêutica”. In: WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine (orgs.). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, pp. 244-248. Original publicado em 1965.
- WINNICOTT, D. W. (1996a). “O conceito de indivíduo saudável”. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 17-30. Original publicado em 1967.
- WINNICOTT, D. W. (1996b). “Vivendo de modo criativo”. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo Começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 31-42. Original publicado em 1970.
- WINNICOTT, D. W. (2019). *O brincar e a realidade*. São Paulo, UBU. Original publicado em 1971.
- WINNICOTT, D. W. (2021a). “A observação de bebês numa situação padronizada”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria a psicanálise*. São Paulo, UBU, pp. 145-171. Original publicado em 1941.
- WINNICOTT, D. W. (2021b). “Desenvolvimento emocional primitivo”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria a psicanálise*. São Paulo, UBU, pp. 281-299. Original publicado em 1945.
- WINNICOTT, D. W. (2021c). “O conceito de indivíduo saudável”. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. São Paulo, UBU, pp. 21-42. Original publicado em 1967.

Os jogos que se jogam em consultas terapêuticas

ELISA MARIA DE ULHÔA CINTRA

VANESSA CHREIM

[...] uma vida que não é narrada não existe [...]

(Lobo Antunes)¹

1. INTRODUÇÃO

Anos depois de Winnicott (1984) ter proposto o dispositivo analítico das consultas terapêuticas, essa modalidade de atendimento se proliferou e ganhou novos contornos e técnicas, inclusive no atendimento a crianças. Winnicott inventou este formato de atendimento no contexto da Segunda Guerra Mundial, quando o sofrimento humano era muito intenso e as distâncias entre pacientes e analistas obrigavam a intervenções emergenciais e de curta duração. No contexto atual, as consultas terapêuticas como proposta de atendimento têm sido utilizadas amplamente por psicanalistas em diferentes conjunturas e instituições, por exemplo, na primeira escuta de pacientes refugiados de guerra, de vítimas de violência, de pacientes acometidos por uma enfermidade física e, às vezes, até de internados ou acamados.

No Brasil, é muito comum que pacientes que moram em cidades pequenas ou isoladas, onde não têm acesso a atendimento em saúde mental, tenham que viajar grandes distâncias para encontrar uma escuta especializada. Durante a pandemia de Covid-19, um grupo de professores e estudantes do Instituto Sedes Sapientiae propôs um trabalho de consultas terapêuticas on-line que atraiu grande número de pessoas que puderam ser atendidas.

1 Trecho da palestra de Lobo Antunes, médico, psiquiatra e escritor de ficção, na Festa Literária Internacional de Paraty (Flip), em 4/7/2009.

Nesses casos, as consultas podem prestar um grande serviço: acolher a queixa, permitir uma primeira elaboração e, em atendimentos a crianças, criar um caminho para que os pais tenham um papel ativo no processo terapêutico dos filhos, como sugerido por Safra (2005).

O que são as consultas terapêuticas, afinal? Trata-se de oferecer uma escuta psicanalítica em poucas sessões ou, nas palavras de Winnicott (1994b), uma entrevista diagnóstica, que tem importante efeito inicial sobre o sofrimento do paciente. O objetivo é desenhar hipóteses diagnósticas que, mais do que classificar, permitam ao paciente se reconhecer. Podemos pensar que aqui há uma forma de criação de um objeto analítico, encontrado e criado pela dupla, que permite ao paciente se reconhecer e se cuidar. O que o paciente leva consigo deste breve encontro, que pode ser vital em algumas situações, é um espaço psíquico. Mesmo quando, ao fim das consultas, não há remissão de sintomas, algo da queixa inicial se transforma – como no caminho sugerido por Silvia Bleichmar em seu livro intitulado *Do motivo de consulta à razão de análise* (2015) – uma travessia em que é possível conferir algum sentido ao adoecimento psíquico do qual o paciente padece. É como se o paciente pudesse dizer mais claramente onde sua alma está doendo.

Winnicott (1994a, p. 244) afirma: “Eu não diria que uma análise em plena escala é sempre melhor para o paciente do que uma entrevista psicoterapêutica”. O autor entende que um atendimento mais longo pode demorar mais a provocar mudanças sintomáticas do que as consultas terapêuticas e, em casos em que os sintomas podem agravar o convívio social, o dispositivo breve é mais indicado. Podemos pensar em situações de ansiedade extrema que impossibilitam seguir com a rotina, sintomas que comprometem a alimentação ou higiene, casos de vandalismo ou de tendência antissocial², ameaças de suicídio, entre outras situações em que o quadro clínico tem maior

2 Quadro descrito por Winnicott (2005) no qual a criança que passou por experiências de privação severa passa a agredir o ambiente, frequentemente por meio de furtos, mentiras ou mesmo agressão a pessoas e destruição de objetos. Contudo, trata-se de um pedido de socorro e um sinal de esperança, perante o qual é preciso intervir rapidamente para que o quadro não se cronifique.

urgência de ser amenizado. Há cenários em que é primordial a orientação de pais ou instituições, mudanças no ambiente afetivo, avaliação psiquiátrica ou prescrição de medicamentos.

Winnicott usava o jogo do rabisco e a técnica da espátula para observar seus pacientes em um contexto padrão, a fim de otimizar o pouco tempo que tinha para fazer sua intervenção. Nesta toada, os psicanalistas que o sucederam foram desenvolvendo novas técnicas e instrumentos de intervenção e diagnóstico. Entre eles, Roussillon (1995) se destaca, analisando a construção gradual do brincar conforme os diferentes tipos de brincadeira, alguns exigindo maior repertório de linguagem e recursos emocionais, outros abarcando aspectos mais primitivos do psiquismo. Por sua vez, Safra (2005) criou outra modalidade de consulta terapêutica, muito potente: atendia crianças e seus pais em breves sessões e, a partir de sua escuta, criava histórias curtas que refletiam o sofrimento psíquico em questão e apontavam algum modo de elaboração emocional possível. Assim como uma criança se identifica com personagens de contos de fadas, como João e Maria ou Chapeuzinho Vermelho, as histórias criadas por Safra permitiam à criança e aos seus familiares se verem tecidos em uma narrativa fictícia, mas construída a partir da experiência analítica.

Isto nos remete à epígrafe do nosso texto – “[...] uma vida que não é narrada não existe [...]” –, que pode parecer bastante radical, mas faz referência à importância fundamental da experiência de se sentir real. Tal frase foi pronunciada por Lobo Antunes, um médico que, como Winnicott, conhecia muito bem a importância de uma anamnese bem feita na primeira consulta, quando a qualidade de escuta e uma presença viva do médico são fundamentais e o profissional olha para seu paciente e o enxerga verdadeiramente. Por si só, sentir-se visto é uma experiência terapêutica muito importante para o paciente, na medida em que ele sente seu verdadeiro *self* sendo reconhecido, mas não invadido. Ou, nas palavras de Winnicott (2019, p. 157): “[...] sou visto, logo existo”.

Não é possível cuidar bem de alguém se não houver contato afetivo, acolhimento e empatia. Mesmo Freud, que era tão discreto quanto à afetividade que circula nos atendimentos, afirmou que sem empatia não é possível conduzir uma análise. Por isso, Winnicott (2019) alerta que pode

ser desastroso quando o paciente sente que o analista não está interessado em conhecê-lo e, por isso, sugere que é melhor fazer alguma tentativa de intervenção do que não demonstrar esforço em compreender o paciente. É isso o que Winnicott enfatiza ao dizer do “[...] perigo de não se fazer absolutamente nada”. (1994a, p. 245); é como se deixássemos o paciente cair no vazio.

Winnicott nos conta que as crianças podem ficar muito decepcionadas quando estão em um processo de avaliação com testes como o T.A.T.³ e não encontram a presença interessada do aplicador, como em uma relação estéril. Tais testes convidam o paciente a compartilhar suas fantasias e projeções, sendo preciso pensar que isso é uma experiência emocional do paciente que requer acolhimento, e não apenas análise de resultados da avaliação. Segundo Safra:

Aberastury (1982) também aponta que desde a primeira hora, a criança comunica qual é a sua fantasia inconsciente sobre a enfermidade ou o conflito pelo qual é trazida à consulta, e na maior parte dos casos, sua fantasia inconsciente de cura. (Safra, 2005, p. 42)

Não podemos perder de vista que as consultas terapêuticas, mais do que breves intervenções, são poderosas experiências emocionais.

2. CONSULTAS TERAPÊUTICAS: UMA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL

Em seu artigo *O valor da consulta terapêutica*, Winnicott (1994a) afirma que esse dispositivo de atendimento não é uma psicanálise e que este tipo de entrevistas não é igual ao daquelas que ele conduz em um atendimento psicanalítico de longa duração. Inclusive, o autor recomenda que não sejam feitas interpretações muito profundas e apressadas neste contexto clínico. Mas, então, por que hoje consideramos que as consultas terapêuticas são uma forma de atendimento que conserva os princípios fundamentais da psicanálise, tais como a escuta do inconsciente e a elaboração simbólica?

3 Teste de Apercepção Temática.

O dispositivo das consultas terapêuticas é, sobretudo, uma intervenção que permite alguma transformação emocional. Se na teoria freudiana a consigna para o paciente era a associação livre, hoje já sabemos que muitos pacientes não têm condições psíquicas de seguir essa orientação, seja porque a angústia é severa demais ou porque o paciente tem condições de simbolização muito precárias. Assim, não ocorre um processo de simbolização pela fala, e sim um uso da verbalização para fins de descarga, uma verborragia. Tendo em vista esse cenário, o analista, na consulta terapêutica objetiva, primordialmente constrói um enquadre que possa ser internalizado pelo paciente, ou seja, a criação de um vínculo que recupere a esperança do paciente em ser ajudado e compreendido. Tal transformação já é muito poderosa e engendra os processos de simbolização e vitalização.

Por vezes, o paciente é como um narrador aprisionado no isolamento, tendo que fazer esta atividade imaginária de modo solitário, posto que não encontrou alguém que desse sentido a certos acontecimentos enigmáticos – como a perda, a separação ou a morte. Mas uma vida que é narrada a alguém confiável torna-se “real”; passa a existir em outra dimensão. Podemos dizer que, em todos os conflitos e sofrimentos humanos, existem enigmas ligados a algum modo de perda que levam a adoecimentos psíquicos se não houver alguém com quem seja possível dividir a dor.

No caso de pacientes que passaram pela experiência de sofrer em solidão, a presença viva de um outro que escuta é muito importante, pois confere realidade àquilo que, de certo modo, não foi ainda validado em um vínculo de confiança, sem o qual não se abrem os caminhos para a elaboração. Isto é fundamental para qualquer paciente que tenha vivido um trauma e se defendido de modo radical de tal vivência impensável. Sobretudo no caso de pacientes que viveram o desmentido do trauma – ou seja, situações em que sua narrativa sobre a violência vivida é invalidada por aqueles a quem confidenciou a experiência –, a escuta analítica como testemunho é fundamental. Ter alguém que acredite na dor do paciente é essencial para que ele mesmo acolha a realidade emocional do que sofreu, caso contrário, Ferenczi (2011) nos ensina que o sujeito se fecha em si mesmo em retraimento e organiza um sistema defensivo a partir da clivagem.

Assim, o *setting* analítico favorece a criação de uma conversa interna – do paciente consigo mesmo e com o analista – que fica ressoando para além do encontro analítico. Por vezes, isto é suficiente para recolocar o paciente em pé, dar espaço a uma breve reabilitação. Em certos casos, a experiência de um encontro significativo vence a resistência a entrar em um processo analítico mais prolongado.

É a partir desta primeira escuta que se pode inaugurar ou reativar a possibilidade do paciente de escutar a si mesmo (ainda que pela primeira vez), ao sentir que seu sofrimento importa para o outro. Neste sentido, nas consultas terapêuticas, a comunicação entre inconscientes é intensa e, sobretudo, pré-verbal, pois não há tempo para tantas palavras inesgotáveis sobre o sofrimento. Mesmo a apatia, a indiferença ou o fechamento do paciente são formas de comunicar a sua angústia. A criação do dispositivo analítico exige que o analista escute com suas memórias corporais, com sua afetividade trabalhada em anos de análise, com sua capacidade de pensar e sentir, em suma, com seu corpo inteiro. Privilegia-se mais uma escuta para o aqui e agora do que o uso de uma interpretação simbólica com profundidade, até porque este é apenas o começo de um vínculo e o paciente vai nos dando, ao longo de um atendimento, os sinais de confiança para irmos tocando nas feridas mais sangrentas.

A psicanálise contemporânea considera que a escuta e a intervenção psicanalíticas podem se dar em diferentes contextos, desde que a flexibilidade do *setting* preserve as propriedades do enquadre. Ou seja, embora os aspectos formais do contexto de atendimento possam mudar, o que se mantém constante é o espaço interno do analista para favorecer a simbolização. Assim, é possível a criação de uma *situação analisante* (Figueiredo, 2014), ou seja, um espaço potencial para que se desenvolvam os processos de elaboração inconscientes nas consultas terapêuticas e para além delas.

O *setting* analítico tem sido objeto de pesquisa de muitos autores, a partir da importância conferida a ele por Winnicott. O autor argentino José Bleger, em *Psicanálise do enquadramento psicanalítico*, afirma:

Winnicott define o *setting* como “a soma de todos os detalhes da técnica”. Proponho – por razões que se explicitarão no desenvolvimento do tema – a adoção do termo *situação psicanalítica* para a totalidade dos fenômenos

envolvidos, *na relação terapêutica* entre analista e paciente. Tal situação abarca fenômenos que constituem um *processo*, ou seja, o que é objeto de nossos estudos, análises e interpretações; mas inclui também um *enquadramento*, isto é um “não-processo”, constituído pelas constantes, pelos marcos em cujo interior se desenvolve o processo. (Bleger, 1977, p. 311)

O que permanece constante no *setting* é o papel do analista, o conjunto de fatores espaciais (o ambiente) e temporais e alguns aspectos da técnica, por meio dos quais se estabelecem e se mantêm horários, honorários, interrupções planejadas. O essencial desta *constância* é a possibilidade de atrair os investimentos libidinais e agressivos do paciente para liberar e potencializar os trabalhos psíquicos rumo a processos de simbolização e representação.

Um processo só pode ser investigado quando algo é mantido constante, estabelecido. Assim, o processo analítico será a história da transferência e da contratransferência e suas transformações por meio de cada encontro analítico e ao longo do tempo.

Qualquer processo de desenvolvimento precisa de um *enquadre*, de um ambiente favorecedor. Ao falar de enquadre psicanalítico, Bleger (1977) tem em mente o modelo do corpo materno como ambiente de sustentação psicossomática onde o embrião pode se desenvolver. Depois do nascimento, serão necessárias outras formas de enquadre, como o *holding* (Winnicott) e a formação de uma “estrutura enquadrante” (Green, 1988) para que seja possível o desenvolvimento do psiquismo.

Green afirma que os braços maternos que envolvem o bebê formam um contorno que vai ser transportado para os mundos interno (na forma de uma estrutura enquadrante) e externo (no *setting*). É a partir desta “moldura” que o psiquismo vai se constituir como uma transposição invisível dos braços maternos e como toda forma de acolhimento emocional para a dimensão psíquica. Aqui está incluída a herança narcísica e simbólica do bebê e todos os significados de tradições, afetos e crenças dos seus antepassados, que fazem parte de um tempo pré-histórico em relação ao nascimento da criança. Depois que o bebê nasce, essa moldura também é composta pelo aspecto cíclico e rítmico dos cuidados prestados a ela. Tudo isto parece fazer parte deste enquadramento e destes “pressupostos” onde se enraízam o psiquismo da criança.

Após encontrar um ambiente de sustentação psicossomática suficientemente bom, a tarefa dos primeiros cinco anos de vida será ganhar autonomia e, em parte, emancipar-se desse primeiro ambiente, criando espaços de sustentação e liberdade. Freud (2010b) dizia que a grande conquista cultural da criança era poder separar-se dos estados de maior dependência e aprender a lidar com a ausência dos cuidadores e dos primeiros objetos de investimento amoroso. O brincar e os jogos assumem grande importância nesse processo de emancipação gradual, permitindo ensaiar, representar e elaborar essa travessia.

Para que o sujeito humano possa se apropriar de suas experiências afetivas, é necessário que, pelo menos durante certo tempo, elas possam ser vividas por meio de jogos e personificações, isto é, em sua dimensão mais concreta. Tais jogos são decisivos para a construção do aparelho psíquico, para a descoberta do outro e para as primeiras formas de simbolização, que permitem conferir representação à vida psíquica de crianças e adultos e dar forma a acontecimentos traumáticos.

A partir das experiências com pacientes infantis, cada vez mais ficou clara para Winnicott a importância dos jogos na constituição psíquica e no *setting* analítico. Inspirando-se nas observações de Freud (2010b) acerca do jogo do carretel, presentes no texto “Além do princípio de prazer”, Winnicott começa a pesquisar alguns jogos da primeira infância e cria novas formas lúdicas de acesso aos pacientes cuja verbalização ainda não tinha se desenvolvido ou estava silenciada. O autor percebeu que o analista precisa participar ativamente dos jogos e do brincar para que o paciente possa expressar sua angústia e seu sofrimento.

Destas pesquisas, nasce a ideia de que o trabalho psicanalítico coloca o paciente em contato com “a criança que está no adulto”, chegando à ideia de que praticar a psicanálise é uma maneira sofisticada de brincar e de aprender a brincar. O jogo pode conquistar valor terapêutico desde que possa se dar em uma situação estabelecida confiável, um *setting*.

3. JOGOS E ENQUADRE

Como forma de organizar uma situação padronizada para observação, ou seja, parte do *setting* das consultas terapêuticas, Winnicott usava recursos

que serviam como instrumento de avaliação e intervenção, como o jogo do rabisco (*Squiggle Game*) e o jogo da espátula. Os jogos e o brincar nos revelam algo acerca das funções de simbolização, de criatividade, de relação com a realidade psíquica e com a realidade compartilhada. Por meio deles, o analista pode ter notícias dos mecanismos de defesa acionados, dos conflitos principais e dos recursos psíquicos dos quais o paciente dispõe para lidar com a própria dor.

Anos mais tarde, em uma densa reflexão a partir de Freud e Winnicott, Roussillon (1995) reuniu uma série de jogos que permitem lidar simbolicamente com a presença e a ausência do objeto primário em uma sequência temporal na qual cada um dos jogos é o pré-requisito para a conquista dos jogos seguintes, cada vez mais complexos e exigindo níveis mais avançados de pensamento simbólico. A sequência proposta por Roussillon é a seguinte: desde os primeiros jogos de esconde-esconde, passando pelo jogo da espátula, o jogo da construção, o jogo do carretel e o jogo do espelho.

Em cada um deles se desenvolve maior capacidade de estar só e de esperar o retorno da pessoa amada. As capacidades de se sentir, se ver e se escutar aumentam gradativamente à medida que esses jogos podem efetivamente ser jogados, sinalizando uma capacidade crescente de elaborar perdas e angústias e, enfim, viver o luto originário, isto é, separar-se do desejo onipotente de continuar sendo “[...] *His Majesty the Baby* [sua majestade o bebê]” (Freud, 2010a, p. 37).

Podemos considerar que toda a capacidade de pensar que um adulto pode desenvolver desde a infância nasce de impressões sensoriais que vão se articulando, espelhando-se entre si e produzindo efeitos de sentido. Freud gostava de afirmar que tudo que está no pensamento esteve, antes, nos órgãos dos sentidos. O pensamento nasceria, então, deste jogo de espelhos ao mesmo tempo especulativo e reflexivo entre sensações e operações concretas que, depois, vão ganhando diferentes níveis de abstração. Assim, ao observar seu neto brincar, Freud (2010b) levantou a hipótese de que o acontecimento enigmático do aparecimento e do desaparecimento da mãe podia ser transferido sobre o jogo do carretel para que o garoto pudesse se apropriar do enigma e dar a ele uma primeira narração simbólica.

A partir da análise do jogo do carretel, Roussillon (1995) nos leva a pensar nas primeiras formas do jogo de esconde-esconde praticadas intuitivamente entre a mãe e o bebê. O jogo exige a presença concreta da mãe e um curto desaparecimento da sua presença, atrás de uma barreira física, seguida do seu rápido reaparecimento, com o júbilo do reencontro – cuja duração deve ser mais longa em relação à ausência –, que se faz acompanhar de risos, carícias e das palavras que designam o enigma: “onde está a mamãe?” e sua resolução: “mamãe voltou!” e “está aqui”!

Por sua vez, o jogo da espátula revela uma nova experiência afetiva, mais elaborada do que a vivenciada nos primeiros jogos de esconde-esconde. Winnicott (2000) o criou ao atender muitas mães e crianças no hospital infantil *Paddington Green*, em Londres. Suas observações levaram-no a propor um *setting* constante: sentava-se atrás de uma mesa e convidava a mãe a sentar-se diante dele com o bebê em seu colo, do outro lado da mesa, na qual colocava uma espátula brilhante. Podia, então, observar que os bebês entre 5 e 13 meses desenvolviam grande interesse pela espátula, hesitavam um pouco em se apoderar dela e, em seguida a colocavam na boca, mastigando-a, depois a atiravam longe, sentindo grande prazer quando a espátula lhes era devolvida. Nesse momento, a fantasia de devorar o objeto e, depois, de atirá-lo longe, revelam a presença de um erotismo sádico-oral e sádico-anal.

Roussillon (1995) considera que a necessidade de se livrar do vínculo com o objeto e do próprio objeto pode ser personificada neste jogo e que a devolução da espátula significa que tanto o objeto como o vínculo puderam sobreviver aos ataques dessas primeiras formas de destrutividade. Esta brincadeira pede a participação ativa do adulto e não poderia ser jogada se não houvesse a promessa potencial do retorno da espátula às mãos do bebê.

Na linha do desenvolvimento do brincar, o jogo da espátula é seguido pelo jogo de construção, que corresponde às primeiras brincadeiras com cubos: o prazer é erguer uma torre, ou qualquer outra forma, para depois destruí-la em grande estilo, derrubando tudo e começando de novo. O interesse inicial é manter juntos os cubos, sem muita preocupação com o resultado. Mas o maior júbilo está ligado à liberdade de destruir tudo e juntar as partes de novas maneiras para recomençar sempre um novo ciclo. Roussillon afirma: “Esta é uma

nova forma do jogo destruído/encontrado [anterior], mas o que está em jogo dessa vez é destruir a forma pela qual os outros nos construíram, para poder se encontrar feito/unificado por si mesmo” (ibid., p. 195).

Aqui, a presença do adulto é menor, e cada ciclo de elaboração dos jogos forma um novo *setting*, como se fosse a moldura ou o pano de fundo para um novo jogo, mais complexo, que será o ponto de apoio do próximo. A participação do adulto pode ser ativa ou mais contemplativa, por meio de gritos de espanto, do aporte de palavras e da musicalidade da fala.

Por sua vez, o jogo do carretel, descrito por Freud (2010b) ao observar seu neto de 1 ano e meio brincando, retoma aspectos da dinâmica psíquica envolvida nos outros jogos. Trata-se de lançar o carretel ou ioiô para longe, preso por um barbante ou corda e puxá-lo de volta, fazendo-o ir e vir. Há algo semelhante ao jogo primário do esconde-esconde, mas, enquanto neste o objeto desaparece e reaparece em função da iniciativa do adulto, no jogo do carretel é a criança que exerce o controle sobre a presença e ausência do objeto. Há, também, elementos do jogo da espátula analisado anteriormente, no qual o objeto é atirado, perdido e restituído de forma ativa por parte do adulto. O jogo do carretel também condensa aspectos do jogo da construção, no qual o conjunto de peças de construir é articulado como um todo para, em seguida, dar lugar à experiência alegre de ser desarticulado e reunido de um novo jeito.

São todas formas de vai e volta, de antes e depois, de fazer e desfazer, brincando com a presença e a ausência. A destrutividade dá sempre lugar a novos ciclos de construção e reconstrução da situação anterior, em que a repetição ajuda na elaboração da agressividade e do luto. Pode-se levantar a hipótese de que há, em todos esses jogos, uma representação do vínculo entre a criança e o adulto, que vai sendo construído/destruído e dando espaço a uma ambivalência originária e à possibilidade de lidar com as separações.

No jogo do carretel, a presença do cordão seria ainda uma forma concreta de representar esse vínculo com o adulto, o que dispensa a sua participação ativa nessa brincadeira: a criança brinca sozinha, na presença reservada do adulto. Nesse momento, o *setting* é silencioso: o adulto está presente, mas se faz ausente, deixa-se esquecer para que a criança se envolva no próprio mundo interno; é ela quem narra a brincadeira por meio de sílabas

e entonações. Contudo, a presença do adulto é necessária para que a criança possa se entregar à fantasia, sabendo que tem uma âncora na realidade e que pode contar com um ambiente confiável e seguro. Esta presença, em reserva, também transmite à criança o reconhecimento, por parte do adulto, de que ela está desenvolvendo um trabalho psíquico.

No jogo do carretel, a criança cria um personagem que “tem o outro em suas mãos” e brinca de perdê-lo, escondendo o carretel atrás dos móveis. Este jogo foi interpretado por Freud (2010b) como uma estratégia para lidar com a angústia da ausência materna – uma vez que a mãe do menino havia saído para resolver pendências e tinha deixado o pequeno com Freud – em que o brincar transforma a brutalidade da falta e da morte em uma situação de ausência. Passar da *falta* à *ausência* é um passo considerável, pois a experiência da ausência materna por meio do jogo tem o poder de evocar a esperança do retorno, instalando a dialética da presença e da ausência, um movimento cíclico que desenvolve a capacidade de estar só e a tolerância ao desejo do reencontro, que, de qualquer forma, comporta certa angústia.

Depois de brincar longamente de fazer desaparecer o carretel e puxá-lo de volta, o neto de Freud passa a fazer um modo mais sofisticado do jogo do espelho, no qual o menino encontra a sua imagem em um espelho e começa a brincar de se fazer desaparecer e reaparecer, afirmando que o bebê “foi embora” (*fort*) e, depois, que o “bebê está de volta” (*da*). Todos os jogos anteriores são necessários para organizar a entrada na reflexividade, ou seja, na capacidade de ver-se a si mesmo, escutar-se, sentir-se vivo e existindo, apesar de ter a liberdade de desaparecer para o outro. Ao afirmar “o bebê foi embora” ou o “bebê está de volta”, a criança usa a terceira pessoa do singular, isto é, fala do ponto de vista do adulto. É aos olhos do adulto que ela desaparece e volta, ou seja, a presença simbólica do adulto está se constituindo. Essa sequência de jogos permite certa articulação de partes de si e das experiências dentro/fora, eu/outro, ativo/passivo.

Roussillon (1995) considera que os jogos da primeira infância são decisivos para a construção narcísica, para a descoberta do outro e para as primeiras formas de simbolização, que permitem o trabalho de representação

dos movimentos pulsionais e dos acontecimentos traumáticos. Poder tolerar a ausência do cuidador e ter prazer em brincar sozinho desenvolvem o trabalho de luto, necessário à entrada no pacto social.

O neto de Freud conta com estes suportes materiais – presença do avô e dos brinquedos – e com fragmentos de palavras aprendidas por imitação e identificação – “*fort*” (foi embora) e “*da*” (aqui está), que são fragmentos de uma “civilização futura”, ou seja, do campo da palavra que está em desenvolvimento. Isto mostra que a construção da realidade psíquica e do acesso à palavra envolve incontáveis processos de imitação e identificação – ou seja, diversas formas de reflexividade e associatividade – e processos de articulação entre sensações e movimentos. Estes dão ao sujeito um sentimento de posse, maestria e certo poder sobre os acontecimentos – o poder de narrar para tornar sua vida real. Por isso o brincar é tão importante: é preciso *fazer* algo com as mãos e a boca antes de poder apropriar-se simbolicamente das realidades humanas; o concreto vem antes do abstrato.

Quando finalmente passamos a analisar o jogo do rabisco proposto por Winnicott (1994b), podemos perceber que ele requer algum nível maior de possibilidade de simbolização por parte da criança, pois envolve um exercício de projeção que se apoia na figurabilidade do desenho. Winnicott faz um rabisco em uma folha e convida o paciente a transformá-lo em um desenho; depois, é a vez de o paciente fazer um rabisco para que Winnicott o transforme. Segundo o autor, é um jogo que pode ser feito mesmo entre adultos, como uma brincadeira em um ambiente social, mas que tem um efeito poderoso no âmbito do enquadre analítico, em que se estabelece um modo de comunicação sobre uma necessidade emocional.

Trata-se de um jogo rápido: ao fim de uma sessão, tem-se uma sequência de 20 desenhos, aproximadamente. Quando comparados, vão revelando o movimento psíquico do paciente e aspectos da relação transferencial estabelecida. Segundo o autor, é um dispositivo prático porque dispensa o analista de fazer anotações ao longo da sessão, pois o registro fica contado na história dos desenhos: aparecem repetições de um mesmo tema, sinais de defesas ou de abertura emocional, de variação na intensidade das angústias,

conforme as propriedades formais e simbólicas do desenho. Por isso, Winnicott recomenda que não se façam interpretações apressadas sobre os desenhos, e sim sobre o movimento que se revela na relação *entre* os desenhos.

O jogo do rabisco é uma ótima forma de começar estabelecendo um vínculo de confiança com o paciente, que ainda não nos conhece como analistas e pode estar ressabiado, mas que nos vê entrar no jogo e também brincar com nosso inconsciente quando chega a nossa vez de transformar o rabisco em desenho. Preocupado com que o paciente não se sinta avaliado ou em situação de teste, Winnicott oferece pedaços de papel rasgados na mão, conferindo mais informalidade a eles. O que importa é o criar e o brincar, e não o produto final. É isso o que veremos a seguir, no dispositivo de construção de histórias como forma de consulta terapêutica proposto por Safra (2005).

4. CURANDO COM HISTÓRIAS: CASO LUIZ

4.1 Com os pais

Em *Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças*, Safra (2005) reúne dez casos clínicos inspirados na clínica winnicottiana, recriando-a e renovando-a. Ele atende as crianças e seus pais em consultas terapêuticas e, após alguns encontros, cria uma história com os pais para ser contada para a criança fora da sessão.

O caso clínico de Luiz provoca um impacto forte no leitor, uma vez que é atravessado por múltiplas transferências e demandas emocionais diferentes da família atendida: do próprio Luiz, de 8 anos, de sua mãe e de seu pai. O manejo do analista é muito delicado: percebendo o campo minado da situação, ele consegue provocar uma transformação na trama familiar, mobilizando e acolhendo as angústias de todos os envolvidos, mas respeitando os limites do enquadre e das defesas de cada um, afinal, não se trata de uma terapia familiar. Como propõe Winnicott, as consultas terapêuticas são entrevistas diagnósticas, e o analista não deve ter pressa de fazer grandes interpretações, mas, por meio da criação das histórias, Safra oferece um objeto que pode ser levado pela família para casa e continuar ressoando.

Neste caso clínico, o analista é procurado devido a uma preocupação dos pais com seu filho, Luiz, que tinha baixo rendimento escolar, dificuldade de expressar afeto e não gostava de receber carinho. Ele tinha uma irmã de 19 anos e um irmão mais velho de 14 anos que ia muito bem na escola e com o qual Luiz era sempre comparado pelo pai. A diferença de idade entre Luiz e seus irmãos era muito grande, mas, no relato, ficamos com a impressão de que a família tinha dificuldade de reconhecer as necessidades infantis próprias da idade de Luiz.

Os pais contam a Safra algo que corrobora essa hipótese: eles viajaram por três meses quando Luiz tinha apenas 2 anos de idade e não tinha condições de suportar uma ausência tão prolongada de seus pais. Além disso, logo que Luiz nasceu, seu irmão adoeceu, e sua mãe se dedicou então ao filho mais velho, delegando os cuidados do pequeno ao pai. É claro que um pai pode desempenhar suficientemente bem o que for necessário ao desenvolvimento emocional primitivo de um bebê, desde que possa se identificar com ele e se adaptar às suas necessidades, porém, nas consultas terapêuticas com Safra, o pai de Luiz se revela uma pessoa muito exigente e com pouca sintonia com o sofrimento do menino. O pai disse que Luiz era vagabundo e preguiçoso; não conseguia considerar que o menino precisava de suporte para superar suas dificuldades. Foi neste ponto de inflexão que Safra interveio, cuidadosamente, como veremos, podendo conectar inclusive o casal parental, que tinha impressões muito diferentes sobre Luiz.

A mãe, por sua vez, carregava uma culpa enorme e se acusava de não conseguir demonstrar afeto. Anos antes do nascimento de Luiz, ela havia perdido a própria mãe e tinha a expectativa de nomear essa criança em homenagem à avó (se fosse uma menina). Assim, podemos indagar que a sombra do luto pode ter se abatido sobre o nascimento desse menino.

Safra escreve: “Havia um duplo problema: de um lado havia a necessidade de se trabalhar para que a mãe diminuísse a intensidade das autoacusações; de outro, havia a recusa do pai em aceitar a importância do sofrimento do menino” (Safra, 2005, p. 61). Podemos pensar que tanto o pai quanto a mãe olhavam para Luiz ainda muito contaminados com suas próprias idealizações e demonizações, que também aparecem na visão de Luiz sobre si mesmo, como veremos na interação dele com Safra. Assim, o objetivo desta

série de consultas terapêuticas era fazer com que *todos* pudessem entrar em contato com o Luiz real e o seu sofrimento. No final do processo, era preciso construir uma história que pudesse falar de uma verdade comum a todos da família, caso contrário, não teria a potência transformadora. Como falamos anteriormente, o valor da consulta terapêutica é permitir ao paciente se sentir visto e compreendido.

Para isso, Safra foi construindo e reconstruindo o imaginário dos pais antes de atender Luiz. Reconheceu que a preocupação do pai com a educação dos filhos era legítima, mas procurou fazê-lo vislumbrar que a criança pode ser ajudada sem que isso a torne irresponsável: disse-lhe que talvez ele acreditasse que, se fosse menos duro e mais compreensivo com os filhos, não conseguiria ensinar sobre limites. Safra tentou mostrar que uma pessoa pode paralisar se estiver em muito sofrimento: disse-lhe que, quando uma criança está muito tensa, pode ter dificuldade de lidar com esses desafios e que, ao se sentir compreendida, a tensão pode diminuir e, então, ser liberado o caminho do desenvolvimento.

Safra tentou dissolver o clima de acusações que havia se criado entre o casal, permitindo também ao pai de Luiz entrar em contato com suas próprias experiências emocionais infantis: o analista perguntou se ele não sentia falta de ter conversado com seu pai quando criança, e o pai de Luiz assentiu, mergulhando em um silêncio reflexivo. Pois é apenas entrando em contato com a criança que um dia ele foi que o pai de Luiz poderia se identificar com o filho e com suas necessidades emocionais.

A mãe de Luiz aproveitou a oportunidade para dar um recado ao marido: disse que as pessoas têm necessidade de ser compreendidas – referindo-se, aparentemente, também a uma demanda de ser compreendida no âmbito do casamento deles. Safra, então, aproveitou para indicar-lhe que ela também poderia ser mais compreensiva consigo mesma. Foi só quando Safra considerou que o nível de angústia dos pais já estava mais tolerável que decidiu chamar Luiz para um primeiro encontro.

4.2 Com Luiz

Ao receber Luiz para a primeira consulta, Safra se deparou com um menino muito desvitalizado: o menino aceitou o convite para entrar na sala, mas arrastava todo seu corpo ao se deslocar. Tendo em vista o material que Safra nos descreverá a seguir, podemos indagar se Luiz se sentiu convidado, convocado ou comandado a entrar.

Luiz parecia estar preocupado em atender às expectativas e perguntou: “O que é pra fazer? o que você quer que eu desenhe?”; até para abrir o pote de tinta perguntou como deveria fazer. O seu primeiro desenho foi um robô, o que parece ser um bom retrato do seu funcionamento psíquico, como se tivesse sido programado para executar ordens. O autor afirma: “Na consulta terapêutica é importante estarmos atentos à comunicação da criança para registrar qual é a angústia que ela quer nos transmitir” (ibid., 2005, p. 42). Então, para tentar estabelecer uma comunicação emocional com Luiz, disse-lhe que ele parecia um robô, que perguntava o que deveria fazer porque tinha medo de ser desaprovado.

Luiz não respondeu, perguntou apenas qual cor deveria usar, mas o seu segundo desenho mostra que Safra conseguiu acessar o menino vivo por baixo de todo o clima metalizado da consulta: Luiz desenhou o que parecia ser um retrato do seu mundo interno, revelando algum tipo de esperança de ser compreendido. Assim, Safra já tinha podido fazer uma primeira intervenção com efeitos terapêuticos.

No segundo desenho, Luiz fez três aeroportos: um maior, um médio e um menor. No primeiro, poderia aterrissar um avião Concorde; no segundo, um DC-10; no terceiro, um teco-teco. Disse que o primeiro era o pai; o segundo, o irmão mais velho; o terceiro era ele. Segundo Luiz, havia bombas entre os aeroportos e uma guerra, pois um queria o aeroporto do outro.

Em seguida, disse que gostava de futebol, mas o irmão era bem melhor do que ele nesse esporte e, também, na escola. Safra perguntou o que Luiz achava de si mesmo, e o menino respondeu que não era bom em nada. Contudo, o paciente terminou a sessão brincando de bola, ou seja,

de alguma forma, parece ter havido uma flexibilização do superego, o que permitiu a Luiz recuperar alguma liberdade para brincar sem se preocupar com desempenho.

4.3 A história

Em uma terceira consulta, Safra comunicou aos pais sobre suas impressões a respeito do sofrimento emocional de Luiz, que procura se submeter às vontades dos outros para tentar se sentir valorizado. Os pais encontraram nas palavras de Safra aspectos do mundo interno de Luiz que eles também percebiam, associando com situações do cotidiano da família onde observavam essa dinâmica. Foi possível a Safra construir uma história sobre um menino que todos puderam reconhecer: era a mesma criança que o pai, a mãe, o analista e o próprio Luiz reconheciam. A história construída com os pais foi a seguinte:

Um menino pensava em ser um robô e para isso ficava só parado, esperando que alguém pedisse coisas para ele, porque um robô está sempre tentando agradar alguém, e o menino-robô queria ser importante para as pessoas. Ele pensava que só assim seria feliz e que se ficasse sendo só um menino não seria bom para nada e ninguém gostaria dele. Às vezes o menino ficava no canto, só pensando como seria bom ser outra pessoa – o irmão, o colega, alguém que ele achasse legal. Mas, na verdade, ele não era feliz sendo um menino robô, porque ele também tinha vontade de jogar, brincar, fazer as coisas que desejava. Ele estava tão acostumado a ser robô, que já até andava como um robô. O pai dele começou a perceber que ele sofria e um dia chamou o menino para conversar. O pai, na conversa, percebeu que o menino se sentia uma porcaria, porque queria ser maior, grande como o irmão e como o papai, e nem percebia que ele também ia crescer e que, mesmo sendo menor ele também sabia fazer coisas interessantes, como brincar. E que ele, mesmo pequeno, era amado. O pai tentou explicar tudo isso para ele. E o menino ficou pensando se valia a pena continuar a ser robô. (Ibid., p. 64)

Safra relata que, na segunda vez que o pai contou a história para Luiz, o menino exclamou “Você está falando de mim!”, e o pai confirmou, abrindo o caminho para conversar diretamente com o filho sobre suas angústias e

inquietações. Luiz disse ao pai que o irmão era melhor do que ele na escola, ao que o pai respondeu que era verdade, mas que isso não significava que não gostasse de Luiz também.

Safra comenta que o menino passou a brincar e expressar a hostilidade mais livremente, mas sua autoconfiança não havia melhorado. Bom, é verdade que Luiz pôde ser reconhecido em sua angústia, mas, talvez, ainda faltasse outra etapa dessa história do menino robô, onde ele descobriria que tinha outras habilidades e que não precisava sentir culpa e vergonha perante suas dificuldades.

Nesse momento, a parceria entre o analista e os pais já havia sido bem construída, de forma que eles aceitaram a indicação de Safra para que Luiz começasse um processo de psicoterapia. Isso não teria sido possível se Safra não tivesse feito as primeiras intervenções das consultas terapêuticas com os pais, diluindo o clima de persecutoriedade e acusações, reconhecendo também as angústias e dificuldades dos pais. Nesse caso, não foi necessário um atendimento em psicoterapia familiar, mas em três consultas o analista pôde criar furos e tecer pontes para arejar e movimentar a dinâmica emocional da família em outras direções, quebrando a rigidez que percorria os laços da parentalidade e, também, do casal.

As consultas terapêuticas têm um *setting* diferente, mas o enquadre psicanalítico continua o mesmo: permitiu que todos os envolvidos tivessem uma experiência emocional transformadora na criação conjunta de um objeto analítico, que não é apenas a história construída por Safra junto aos pais, mas tudo aquilo que pode brotar como fantasias a respeito desses encontros e das relações entre todos eles. A história tem o valor de ser uma narrativa a respeito de Luiz, mas o verdadeiro objeto analítico toca emocionalmente a todos os envolvidos.

Contudo, fazemos aqui uma ressalva: a forma como cada um se utilizará dessa narrativa no âmbito familiar é imprevisível. Ela pode vir a ser usada como defesa que estabelece verdades estanques a respeito de cada um, sem margem para reinterpretações, podendo cristalizar os indivíduos em papéis fixos; desse modo, a família toda voltaria a ficar robotizada. Por isso, o que importa não é a história, mas o historiar.

5. CONCLUSÃO: PARA NUNCA MAIS PARAR DE BRINCAR

Um dos grandes méritos de Winnicott foi nos mostrar que brincar é coisa séria e indispensável para o viver. Trata-se de poder se entregar a um momento suspenso no tempo em que duas pessoas procuram criar um campo de compartilhamento de ilusões, onde os pesadelos e os sonhos contam de algo profundamente verdadeiro na experiência emocional do paciente. Entretanto, para alguns pacientes é uma chance inédita de se sentirem reais, vivos, tendo um corpo e uma existência a partir do vínculo com um outro que o vê e o reconhece.

Isso não quer dizer que o vínculo analítico não esteja permeado por medo, ódio, vergonha e culpa, nem que o encontro humano deixará de portar sofrimento. Entrar em contato com a realidade psíquica é algo dolorido, o analista tem que ter muito respeito pelos limites e possibilidades do paciente. Seria ingênuo, e até cruel, fazer promessas vãs ao paciente de que a vida melhorará, de que o futuro trará coisas boas. O que, sim, podemos oferecer, é a experiência que acontece aqui e agora, no vínculo analítico.

Como psicanalistas, deparamo-nos com adultos e crianças que pararam de brincar, que cansaram desse jogo da vida que traz tanto riscos quanto prazeres. Candi (2010) nos propõe pensar que os pacientes-limite se recusam a jogar, na certeza de que vão perder, convencidos de que a brincadeira se tornará uma prisão ou uma tortura. São pessoas que decidiram se esconder e nunca mais foram encontradas. Que vivem o desmoronamento de todos os frágeis blocos que sustentam o seu viver. Que não lançam mais o carretel ou a espátula, porque não têm mais ninguém que vai devolvê-los a eles. Que não têm nem mais coragem de riscar em uma folha em branco. Que se sentem personagens cujo destino está selado em uma história de terror. Por isso, a essência das consultas terapêuticas é mostrar a nós mesmos como alguém disponível para uma partida inédita, onde somos do mesmo time, ainda que em posições diferentes.

Para Winnicott, as consultas terapêuticas são uma chance de restaurar a confiança e a esperança. Muitas vezes, essa transformação se dá em um nível muito aquém das palavras, mas que engendra os processos de ligação, ou de objetalização (Green, 1993), ajudando o paciente a fazer de si mesmo um

objeto de cuidado, de escuta, de acolhimento, de investimento. Quem sabe, depois desse encontro bem-sucedido, o paciente se anime a procurar outras pessoas com quem brincar ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. (1981). *A psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- BLEGER, J. (1977) *Simbiose e Ambiguidade*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- BLEICHMAR, S. (2015). *Do motivo de consulta à razão da análise e outros ensaios psicanalíticos*. São Paulo, Zagodoni.
- CANDI, T. S. (2010). *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo, Escuta.
- FERENCZI, S. (2011). “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”. In: FERENCZI, S. *Psicanálise IV*. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1933.
- FIGUEIREDO, L. C. (2014). “A situação analisante e a clínica contemporânea”. In: FIGUEIREDO, L. C. *Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo, Escuta.
- FREUD, S. (2010a). “Introdução ao narcisismo”. In: FREUD, S. *Obras completas*. São Paulo, Companhia das Letras. Original publicado em 1914.
- FREUD, S. (2010b). “Além do princípio de prazer”. In: FREUD, S. *Obras completas*. São Paulo, Companhia das Letras. Original publicado em 1920.
- GREEN, A. (1988). “Narcisismo primário: estrutura ou estado?” In: GREEN, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo, Escuta. Original publicado em 1966-1967.
- GREEN, A. (2010). “Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante”. In: GREEN, A. *O trabalho do negativo*. Porto Alegre, Artmed. Original publicado em 1993.
- ROUSSILLON, R. (1995). “Les jeux du cadre”. In: ROUSSILLON, R. *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- SAFRA, G. (2005). *Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças*. São Paulo, Sobornost.
- WINNICOTT, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1971.

- WINNICOTT, D. W. (1994a). “O valor da consulta terapêutica”. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. e DAVIS, M. (orgs.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. (org.). Porto Alegre, Artes Médicas. Original publicado em 1965.
- WINNICOTT, D. W. (1994b). “O jogo do rabisco”. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. e DAVIS, M. (orgs.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre, Artes Médicas. Original publicado em 1968.
- WINNICOTT, D. W. (2000). “Observação de bebês numa situação padronizada”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1941.
- WINNICOTT, D. W. (2005). “A tendência anti-social”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1956.
- WINNICOTT, D. W. (2019). “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento Infantil”. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. São Paulo, Ubu. Original publicado em 1971.

O uso analítico do sonho nas consultas terapêuticas

MARIA REGINA COCCO

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como tema o uso analítico do sonho no contexto das consultas terapêuticas, modalidade clínica proposta e publicada por D. W. Winnicott em seu livro de mesmo nome, no qual discute e ilustra teórica e clinicamente os fundamentos basilares para a sustentação de tal modalidade de atendimento.

O tema do sonho perpassa toda a extensão da obra winnicottiana, todavia não há uma psicologia específica para o sonho e seu uso analítico tal como formulada em Freud e em outras abordagens psicanalíticas. Em *Consultas terapêuticas*, Winnicott dá um lugar especial ao sonho, além de assinalar positivamente o fato de que “[...] muitas crianças têm um sonho, ou alguns sonhos, que lhes desperta interesse, talvez sonhos repetidos, e se alguém lhes dá qualquer ajuda em relação ao entendimento do sonho, elas tenderão a produzir mais sonhos” (Winnicott, 1984/1971c, p. 42) – uma vez que é notoriamente sabido que a riqueza do sonho e do sonhar operam na manutenção da integração, da saúde da personalidade e do viver criativo do indivíduo. O uso analítico do sonho ganha uma nova proposta, pois no decorrer das entrevistas, no momento em que acredita ser propício, Winnicott pergunta sobre os sonhos ao seu paciente, o que se mostra diferente do processo psicanalítico normal, nos quais o sonho é apenas espontaneamente relatado pelo paciente.

Winnicott deixa claro que, nessas entrevistas, a intenção é a “[...] de conseguir o material real do sonho, isto é, sonhos sonhados e lembrados. Sonhos contrastam com fantasias, que são até certo ponto, improdutivas, deformadas e, de algum modo, manipuladas” (ibid., p. 42). Nesta afirmação,

ao caracterizar as fantasias como “improdutivas, deformadas e manipuladas”, em contraste ao sonho, Winnicott sugere estar apontando para as chamadas fantasias onipotentes usadas nas defesas maníacas e pertencentes ao fenômeno do fantasiar (*phantasying*). Isto porque, para o autor, o termo fantasia é usado para se referir à realidade interna, tratando-se, pois, da “[...] fantasia que é pessoal e organizada, relacionada historicamente a experiências físicas de excitação, prazeres e dores da infância (Winnicott, 2000/1958a, p. 200).

Na diferenciação entre o sonho e o fantasiar, Winnicott pressupõe uma correspondência entre o sonho e o viver, isto é, o sonho se ajusta ao relacionamento com objetos no mundo real e o viver se alinha ao mundo onírico. Por sua vez, o fantasiar é um fenômeno isolado e desvinculado, assim, do sonhar e do viver (Winnicott, 1975/1971e). No fantasiar, o indivíduo chega à realidade externa através de fantasias onipotentes usadas para se livrar da realidade interna, o que o impede da prática da vivência da imaginação, do sonhar e do viver criativo.

No texto “A raízes da agressividade” (1964), Winnicott assinala que, embora nos sonhos a destruição seja experimentada em fantasia, a atividade onírica está associada a determinado grau de excitação no corpo. Assim, ao falarmos de fantasias no sonho, é preciso atentar para que, na proposta winnicottiana, além de um processo mental, o sonho é uma experiência psicossomática total realizada no tempo e no espaço, iniciada no encontro e na relação com o ambiente, vivenciada na área do brincar e pessoalizada imaginativamente.

Quando o autor usa o termo fantasiar no brincar é importante também destacar que este termo está associado à imaginação. Winnicott relaciona o brincar “[...] com a imaginação ativa, onde se tenta deliberadamente fazer uso de elementos surpreendentes que a imaginação ocasiona (Winnicott, 1994/1989a, p. 160). O brincar é uma experiência psicossomática concreta que se dá no tempo e no espaço, enquanto o fantasiar (*phantasying*) é um fenômeno mental sem que o fator tempo opere; trata-se de uma dissociação primária da personalidade do indivíduo. Na clínica, o fantasiar exige

um manejo clínico¹ peculiar de sustentação e suporte até que a dissociação primária ou defensiva se dissipe e a capacidade de imaginar, brincar e sonhar possa vir a ser conquistada.

De outro modo, Winnicott entende que os sonhos manifestos contêm um elemento de defesas que deve ser respeitado e lidado pelo psicoterapeuta. Assim, apesar do processo terapêutico contar com apenas três e não mais de quatro consultas,

[...] o sonho pode ser usado na terapia, já que o fato de ele ter sido sonhado, lembrado e contado indica que o material do sonho está dentro da capacidade da criança, junto com a excitação e ansiedades inerentes a ele. (Winnicott, 1984/1971a, p. 126).

Somado a isto, a importância do sonho também está no fato de que ele desvela a dinâmica psíquica, os conflitos e defesas inerentes às fases do desenvolvimento emocional, bem como à própria organização do mundo interno, o que, sem dúvida, traz uma comunicação e uma compreensão em nível mais profundo. Nessa perspectiva, o uso analítico do sonho amplia consideravelmente a avaliação do tratamento quando este requer uma regressão à dependência dos cuidados maternos ou quando se faz necessário o encaminhamento para um processo psicanalítico de maior duração.

Winnicott afirma que o problema de se conseguir acessar o material dos sonhos estará presente em todos os casos e o terapeuta deverá fazer um julgamento de quando ele “[...] sente que o material que emerge no desenho ou na conversa encontra-se a nível de sonho, tanto que pode ser apropriado colocar-se a pergunta: ‘Você costuma sonhar?’” (Winnicott, 1984/1971c, p. 42). Então, vejamos como conseguir acessar o sonho.

Nas consultas terapêuticas, um dos objetivos do jogo dos rabiscos, para além do estabelecimento da comunicação, é o de conseguir um estado de relaxamento da criança para que suas fantasias possam fluir espontaneamente e, então, lembrar os seus sonhos. Tosta (2012) entende que o jogo dos rabiscos e as consultas terapêuticas estabelecem a linguagem própria da análise

1 O termo manejo refere-se ao cuidado e às ações terapêuticas pertencentes à ambiência do contexto analítico no atendimento à singularidade das necessidades do desenvolvimento do paciente.

winnicottiana, ou seja, a transicionalidade. Mas a transicionalidade implica o estabelecimento do espaço potencial, “[...] onde a experiência intersubjetiva possa ser vivida e que o paciente possa experimentar livremente pensamentos, ações e sentimentos, perpassados por imagens ou símbolos, veiculados de diversas formas, inclusive pela palavra” (ibid., p. 90).²

Na clínica, em se tratando da área dos fenômenos transicionais, Winnicott afirma que é preciso reconhecer “[...] o papel da imaginação, uma vez que não somos apenas feixes de fatos; a maneira pela qual as experiências chegam a nós e entrelaçam-se com nossos sonhos é parte daquele todo que chamamos vida e experiência individual” (Winnicott, 1997/1965, p. 160). Isto nos leva a perguntar: as experiências do brincar imaginativo do jogo dos rabiscos podem conduzir ao sonho e ditar ao terapeuta o momento propício para perguntar sobre os sonhos?

De antemão, podemos dizer que é possível, pois, na área do espaço potencial, Winnicott dá às experiências do brincar e da cultura o *status* de experiências oníricas que se assemelham ao sonho, mas diferem do sonho profundo. Em primeiro lugar, o que sustenta nossa argumentação é que, em *O brincar e a realidade* (1975/1971), Winnicott traz importantes considerações sobre o sonho, o brincar e as experiências culturais operando na comunicação do indivíduo consigo mesmo e com o outro, bem como na constituição e manutenção da personalidade do indivíduo, estando estes imbricadamente instaurados na área dos fenômenos transicionais.

Ao conceber o sonho, o brincar e as experiências culturais como experiências oníricas, o autor discute suas semelhanças e diferenças tanto no nível e no uso do material produzido quanto no lado em que estas experiências se dão no espaço potencial. O sonho se dá em estado dormente – a mente não está ativa – e se realiza na área entre o interno e o externo do espaço potencial; as experiências oníricas do brincar e da cultura se dão na vigília – em ambas a mente está ativa; o brincar se dá na área entre o interno e o externo, enquanto a experiência cultural se dá no lado interno do espaço potencial.

2 Na clínica, o exame do destino do espaço potencial tem importância primordial, uma vez que o fracasso da fidedignidade materna significa a perda da área da brincadeira e a perda de um símbolo significativo: o da união com a mãe. O analista precisa ter claro que a conquista do espaço potencial não é, de modo algum, sempre garantida ou alcançada.

Em segundo, está a concepção winnicottiana de que, no brincar, o sonho se processa em realidade experiencial típica da brincadeira infantil. Analogamente ao sonhar, em um estado de alheamento próximo da concentração dos adultos, a criança “se perde” no brincar. Ela traz, para dentro da área do brincar, objetos ou fenômenos pertencentes à realidade externa, usando-os a serviço de alguma amostra da realidade interna. Em outros termos, diz Winnicott:

Sem alucinar, a criança põe para fora uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos oriundos da realidade externa. No brincar, a criança manipula fenômenos externos a serviço do sonho e veste os fenômenos externos escolhidos com significado e sentimento oníricos. (Winnicott, 1975/1971a, p. 76)

Este é um ponto inovador da contribuição winnicottiana ao uso analítico do sonho, pois, como as brincadeiras são ao mesmo tempo reais e concretas, por um lado, e imaginadas ou sonhadas, por outro, o brincar se aproxima do reservatório total do que poderia ser sonhado e das camadas mais profundas do inconsciente (Winnicott, 1999/1984a). Em outros termos, a experiência onírica do brincar permite a absorção de sentimentos de todos os gêneros que, de outro modo, ficariam encerrados no sonho não recordado (Winnicott, 1982/1965). Todavia, embora as experiências imaginativas do brincar se assemelhem ao sonho, não apresentam as excitações pulsionais do sonho profundo, motivo pelo qual o autor se absteve de interpretar qualquer fantasia onírica a partir do jogo dos rabiscos.

As experiências oníricas do brincar ganham centralidade tanto no acesso ao sonho como no seu uso analítico no contexto das consultas terapêuticas. Em primeiro, porque elas abrem as portas para o transbordamento da imaginação da dupla terapeuta/paciente de tudo o que é mais significativo para ser comunicado, compreendido e vir a ser integrado. Em segundo, porque possibilitam que o paciente se aproxime gradativamente de suas necessidades e dificuldades emocionais, pavimentando, assim, o caminho emocional de acesso ao sonho profundo, pelo qual se atinge o cerne e o momento de maior tensão ocorrido em sua história de vida e que bloqueou seu processo do amadurecimento.

O fator primordial que ajudará o terapeuta na escolha do momento propício para que pergunte ao paciente sobre os seus sonhos é estar envolvido pessoalmente com o paciente nas experiências oníricas do brincar, atento ao conteúdo desvelado no decorrer das conversas e, especialmente, sobre a série de desenhos realizados. Com isto, o terapeuta poderá aperceber o momento em que o conteúdo emergido no brincar está às portas dos sonhos, aqueles que desvelam as questões centrais da tensão dos conflitos e defesas erguidas frente ao trauma original.³ Em muitas consultas, a pergunta nem sempre é necessária, pois, no manejo do brincar, a própria criança começa a lembrar e contar seus sonhos.

Em síntese, podemos dizer que o uso analítico do sonho se faz central no contexto das consultas terapêuticas, uma vez que o sonho, além de instaurar uma comunicação mais íntima do sonhador consigo mesmo e com o outro, desvela o momento original da situação traumatogênica, as saídas defensivas encontradas e correlacionadas às fases do desenvolvimento que bloquearam o curso normal do desenvolvimento.

Do que pudemos observar na descrição dos casos apresentados no livro das Consultas Terapêuticas, o sonho relatado pelo paciente depressivo e o antissocial, entre os quais incluímos o sonho do psicótico, está atrelado às necessidades do ego e o manejo clínico traz especificidades próprias da regressão à dependência na retomada do amadurecimento. Já para os pacientes neuróticos, o uso analítico do sonho, correlacionado à fase edipiana, segue as orientações freudianas.

Para entendermos as mudanças operadas no uso analítico do sonho, precisamos refletir, mesmo que brevemente, sobre o papel da elaboração imaginativa das funções corporais, imbricada com a criatividade originária, presentes na constituição da subjetividade e nas raízes do sonho e do brincar.

3 Na apresentação do caso Ashton aos 12 anos, Winnicott resume e aponta o caminho de acesso ao sonho no trabalho clínico realizado em três fases. A primeira é dominada pelo jogo, com a imaginação conduzindo ao sonho e este conduzindo ao relato de alucinações visuais e auditivas. Na segunda fase, está a exposição do tema central e a interpretação do conflito presente no sonho. Na terceira, o rico material da consulta conduz ao complexo de Édipo. “O paciente usou a entrevista de tal modo que sua sintomatologia desapareceu e a tendência para a degeneração psiquiátrica se transformou em um movimento progressivo de seu desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1984/1971d, p. 172).

Essas questões servirão de base para discutirmos o uso analítico do sonho e seu manejo clínico na ilustração clínica do caso Philip, conduzido por Winnicott e relatado em “Tolerância ao sintoma em pediatria” (1958). Este caso foi selecionado por tratar-se de um caso que traz a tendência antissocial, que requer um manejo clínico diferenciado daquele da neurose, amplamente estudada na psicanálise tradicional.

2. A ELABORAÇÃO IMAGINATIVA DAS FUNÇÕES CORPORAIS, A CRIATIVIDADE ORIGINÁRIA E A CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE

Para refletirmos sobre a constituição da subjetividade, morada dos sonhos, precisamos adentrar à teoria do amadurecimento, tal como preconizada por Winnicott: “A única companhia que tenho ao explorar o território desconhecido de um novo caso é a teoria que levo comigo e que se tem tornado parte de mim e em relação à qual sequer tenho que pensar de maneira deliberada” (Winnicott, 1984/1971b, p. 14).

A teoria do amadurecimento pressupõe que todo ser humano conta com uma tendência inata ao crescimento e à integração em uma unidade psicossomática. Todavia, para que essa tendência se realize ela depende necessária e exclusivamente dos cuidados maternos de uma pessoa adulta que se dedique suficientemente bem ao bebê.

Na teoria freudiana, a psique é pensada em termos de um aparelho pré-constituído, presente desde o nascimento. Diferentemente, em Winnicott, nos primórdios da vida não há ainda uma psique, não há um soma; o bebê por si só ainda não existe. Para que os movimentos instintivos venham a adquirir a existência psíquica é necessário que sejam integrados na pessoa do bebê pela elaboração imaginativa das funções corporais, definida como “[...] uma atividade da psique humana que abraça as funções, as excitações e as sensações corpóreas, em geral, assegurando a sua unificação e organização” (Loparic, 2005, p. 319).

Nesse início, a palavra psique “[...] significa elaboração imaginária dos elementos, sentimentos e funções somáticas, ou seja, da vitalidade física” (Winnicott, 2000/1958b, p. 333). Aqui, um dos sentidos que dá ao termo

psique é o da própria elaboração imaginativa. Em texto posterior, o autor afirma ser ela a resultante da elaboração imaginativa: “[...] o corpo é essencial para a psique, que depende do funcionamento cerebral e que surge como uma organização da elaboração imaginativa do funcionamento corporal” (Winnicott, 1990/1988b, p. 144).

No começo, quando ainda não há uma pessoa constituída, o contato com os objetos se dá exclusivamente pelo corpo, com o corpo e no interior do corpo, o que faz com que toda experiência vivenciada seja integrada no bebê pela elaboração imaginativa das funções corporais, que se inicia de forma rudimentar e, gradativamente, vai se especializando em complexidade.

Winnicott concebe que, na base da constituição da subjetividade, estão as primeiras e principais tarefas do amadurecimento, dependentes absolutamente do cuidado ambiental, quais sejam: a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo, o início do contato com os objetos e a constituição do si-mesmo primário.⁴ Para resolver essas tarefas do estágio inicial do desenvolvimento, além da elaboração imaginativa, o bebê conta também com a criatividade primária e, impreterivelmente, com a provisão ambiental na adaptação às suas necessidades.

A criatividade primária tem sua origem na “[...] tendência geneticamente determinada do indivíduo para estar e permanecer vivo e para se relacionar com os objetos que lhe surgem no caminho durante os momentos de obter algo, mesmo que seja da Lua” (Winnicott, 1999/1986c p. 26). A criatividade se manifesta na busca de algo e na tendência de elaborar imaginativamente os acontecimentos que atravessam o bebê. Assim, por exemplo, por meio do gesto excitado do bebê emerge a expectativa de encontrar algo em algum lugar, mas ele não sabe o que esperar e ainda não tem repertório para alucinar. Ao fazer um movimento, o bebê toca o ambiente, descobre-o. Ao encontrar o objeto, o bebê vive a onipotência, a ilusão de tê-lo criado;

4 Neste trabalho, utilizaremos o termo si-mesmo para designar o *self*, conforme proposto por Zeljko Loparic e Elsa Oliveira Dias. Em seu livro *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*, Dias referencia em nota de rodapé 8: “usarei o neologismo ‘si-mesmo’, como termo técnico, para traduzir o termo *self* de Winnicott” (2003, p. 20).

o objeto se torna subjetivo e o gesto pleno de sentido.⁵ Precipuamente, é do padrão criativo dessa experiência que emerge o sentimento de realidade, de ser real e viver num mundo real. O bebê, então, pode viver num mundo de objetos subjetivos criados por ele.

Por outro lado, ao criar o seio ou o objeto, o bebê cria a si próprio como alguém que é, experienciando o estar vivo e o ser real. Mais ainda, o bebê se identifica com o objeto: ele é o objeto. Nessa identificação primária, o bebê vivencia a experiência de ser. A adaptação da mãe assume importância total para o bebê vir a ter a experiência de sentir que é o seio.⁶ A exigência da provisão ambiental é que a mãe tenha um seio que seja exatamente da maneira que o bebê possa ser, quando o bebê e a mãe ainda não se acham separados na mente do bebê. Se a mãe for incapaz de efetuar esta contribuição, o bebê se desenvolve prejudicado em sua capacidade de ser.

De outro modo, na fase de dependência absoluta e na transição para a dependência relativa, Winnicott concebe o processo que vai da ilusão à desilusão. Na ilusão, a presença do objeto é essencial para que venha acontecer o encontro e a criação do objeto. Aos poucos, segundo a capacidade crescente do bebê, a mãe vai desiludindo-o a fim de que ele possa vir a conquistar novos recursos para a separação eu e não eu. Como veremos no caso Philip, na fase da desilusão, uma ausência abrupta do objeto pode resultar em confusão mental e desesperança da relação de objetos. Com isto, defesas mais arcaicas são mobilizadas para fazer frente à agonia gerada e, conseqüentemente, ocorre uma interrupção do processo do amadurecimento.

5 Nessa experiência da ilusão, o autor diz que temos um paradoxo, pois “[...] o objeto não teria sido criado como tal se já não se encontrasse ali” (Winnicott, 1975/1971b, p. 102). O paradoxo não deve ser questionado, mas tolerado e respeitado.

6 Mais precisamente, em Winnicott, o termo seio significa a totalidade dos cuidados oferecidos pelo manejo clínico a exemplo da maternagem que a mãe (ou o adulto que lhe cuida) oferece a seu bebê: “[...] incluo toda técnica da maternagem. Quando se diz que o primeiro objeto é o seio, a palavra ‘seio’ é utilizada, acredito, para representar tanto a técnica da maternagem quanto o seio físico” (Winnicott, 1975/1971d, p. 26).

De antemão, podemos ressaltar que as distorções produzidas pelo padrão de falha ambiental na área da criatividade originária estarão subjacentes às organizações defensivas que tanto impedem e/ou dificultam o crescimento, o sonhar e o viver criativo.⁷

Nessas circunstâncias, o uso analítico do sonho está atrelado ao ponto de origem do trauma e ao reconhecimento das defesas erguidas contra a revivência da angústia ou agonia sofrida. A exigência está na avaliação da fase em que a quebra da continuidade ocorre, pois cada uma das fases do amadurecimento contém tarefas próprias de integração e conquistas de recursos psíquicos.

3. O SONHO, O USO ANALÍTICO E A ELABORAÇÃO IMAGINATIVA DAS FUNÇÕES CORPORAIS

Winnicott assinala que, em sua experiência clínica, deparava-se com a frequência com que as crianças diziam que haviam sonhado com ele na noite anterior à consulta. O autor explicita:

[...] esse sonho com o médico que elas iriam ver obviamente refletia o preparo mental imaginativo delas mesmas em relação a médicos, dentistas e outras pessoas que se supõe sejam auxiliadoras. Contudo, lá estava eu, para minha surpresa, descobri *ajustando-me a uma noção preconcebida*. As crianças que tiveram esse sonho me diziam que era comigo que haviam sonhado. Numa linguagem que uso atualmente que não estava preparado para usar naquela

7 Winnicott relaciona o problema da criatividade primária a diversas questões clínicas que acabam por se mostrar relacionadas entre si: “[...] a) à prática do manejo do bebê logo após o nascimento, b) à relação entre o relacionamento corporal excitado e tranquilo, c) o problema filosófico do significado da palavra real, d) à reivindicação da religião e da arte, considerando a ilusão como algo valioso por direito próprio, e) aos sentimentos de irrealidade das pessoas esquizoides e dos doentes esquizofrênicos, f) à alegação do psicótico de que o que não é real é real, a alegação da criança antissocial de que o que não é verdadeiro é verdadeiro e de que a dependência, que é um fato, não é um fato, a cisão essencial na esquizofrenia, cuja profilaxia se daria por um manejo adequado nas etapas mais primitivas do desenvolvimento e, g) ao conceito de criatividade primária e de originalidade absoluta, em contraposição ao de projeção de objetos e fenômenos previamente introjetados” (Winnicott, 1990/1988c, p. 131).

época, encontrava-me na posição de objeto subjetivo. [...] nesse papel de objeto subjetivo [...] o médico tem uma maior oportunidade de estar em contato com a criança. (Winnicott, 1984/1971b, p. 12)

No trecho citado, Winnicott descreve alguns dos pontos fundamentais para a formulação teórica, o uso analítico do sonho e o manejo clínico de sua proposta. Para melhor compreensão do que o autor propõe, precisamos entender o que é esse papel de objeto subjetivo, que tipo de sonho foi relatado e qual é o trabalho realizado nesse sonho.

A afirmação de Winnicott de que “ele estava no papel do objeto subjetivo” tem valor significativo no uso analítico do sonho e no manejo clínico das consultas terapêuticas. Em primeiro, porque o terapeuta é o objeto encontrado/criado. A criança sonha e, na consulta, o médico estava lá para ser encontrado. O terapeuta é o objeto subjetivo criado pela criança, o que lhe fortalece a confiança de que será compreendida e ajudada em sua dificuldade. Em segundo, porque, no papel do objeto subjetivo, tal como a mãe suficientemente boa, o terapeuta necessita adaptar-se às necessidades do paciente e ter um seio (maternagem) que é exatamente como o paciente pode ser. Com isto, podemos dizer que o sonho descrito por Winnicott desvelou, explicitamente, uma experiência criativa inerente à fase do amadurecimento da criança.

De outro lado, pergunta-se: se a elaboração imaginativa está na constituição da psique e da personalidade, como situar as raízes do sonho que desvela a própria necessidade do sonhador? Para tanto, partimos da nossa pesquisa de mestrado, *O uso analítico do sonho: um recorte da contribuição winnicottiana* (Cocco, 2017). Nesse estudo, adentramos o campo da proposta winnicottiana para uma reflexão teórico-clínica da escuta, da comunicação e das demandas emocionais manifestadas nos sonhos relatados por pacientes cujas dificuldades têm origem nas fases iniciais do desenvolvimento. Pudemos verificar, grosso modo, que nos sonhos desses indivíduos as necessidades do ego se sobrepõem à realização do desejo, tendo-se em vista que suas necessidades são ditadas pelas principais tarefas do amadurecimento: integração, personalização, relação de objetos e constituição do si-mesmo primário.

Na concepção winnicottiana, há um longo caminho a ser percorrido pelo indivíduo para alcançar o estabelecimento do desejo, bem como os recursos psíquicos e os conflitos pulsionais do sonho inscrito na proposta

freudiana. Em “O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos” (1988), Winnicott deixa claro que são nos sonhos plenamente genitais que podem ser encontrados todos os tipos de trabalhos do sonho formulados por Freud, pois neles todas as consequências da experiência instintiva são enfrentadas: o menino se confronta com a ideia da morte do pai, da castração, de ser responsável pela satisfação da mãe e de um compromisso com o pai, que perpassa pela homossexualidade. Já a menina, lida com a ideia da morte da mãe, de estar roubando seu marido, seu pênis, seus filhos, de ver-se à mercê da sexualidade do pai e de um compromisso com a mãe, que perpassa pela homossexualidade (Winnicott, 1990/1988a). A estrutura e a vida familiar permitem à criança suportar o sonho de separação ou da morte de um deles e, gradativamente, alcançar a capacidade de distinguir sonho e realidade. No caso Ashton aos 12 anos, o uso analítico do sonho obedeceu aos critérios freudianos na interpretação do sonho – tanto do simbolismo quanto dos conflitos edípicos presentes e inerentes à fase do amadurecimento da criança.

Na literatura psicanalítica, o aspecto regressivo do sonho está ligado à natureza primitiva da fonte indutora de ansiedade no conteúdo do sonho manifesto. Nos sonhos relativos às necessidades do ego, conforme Winnicott, a fonte indutora é da ordem da agonia impensável e sua principal característica no manejo é a necessidade da regressão à dependência. De modo que o uso analítico do sonho requer a compreensão da relação estabelecida entre o material onírico, a dinâmica psíquica do paciente e as fases do desenvolvimento emocional, tendo-se em vista que o fracasso materno na área da criatividade original instaura as mais graves distorções do curso do desenvolvimento.

Nos sonhos relativos às necessidades do ego é preciso considerar a elaboração imaginativa operando na elaboração dos acontecimentos ocorridos no cotidiano do bebê ou do indivíduo. Isto se dá, segundo Loparic (2000), a partir da reinterpretação da fantasia em elaboração imaginativa das funções corporais na integração e constituição do indivíduo. A elaboração imaginativa, mesmo não se inscrevendo na dimensão representacional ou simbólica da natureza humana, é essencialmente relacionada ao sentido

das coisas, dos acontecimentos, do corpo e do eu que se constitui, e um de seus principais resultados é a transfiguração do funcionamento corpóreo em comportamento humano.

Por meio da elaboração imaginativa, diz Loparic:

[...] tanto a compreensão do sentido das coisas quanto a do sentido do próprio corpo e, por extensão, do *si-mesmo*, admitem uma interpretação e uma articulação posteriores, sem que seja preciso, para tanto, recorrer a qualquer sistema de signos ou de símbolos. (Loparic, 2000, p. 372)

Donde se conclui que, desde o estágio mais precoce, a tarefa de elaboração imaginativa é, inevitavelmente, uma tarefa de temporalização e de historização, ou seja, de inserção do indivíduo numa história ao mesmo tempo pessoal e interpessoal (ibid.)

Em palestra proferida no colóquio *O sonho e o sonhar em Winnicott* (2012)⁸, Loparic (2000) argumenta que o sonho pode ser pensado como uma função ou um expoente da elaboração imaginativa, pelo qual as experiências do si-mesmo são integradas e historizadas ao longo do amadurecimento e no decorrer da vida do indivíduo.

Nas fases iniciais do amadurecimento, o sonho pode ser mais bem entendido como uma função especializada da elaboração imaginativa do experienciado, pela qual o indivíduo recria a si e ao mundo encontrado e está intimamente interligado às conquistas e tarefas das fases do desenvolvimento emocional. Grosso modo, o sonho seguirá *pari passu* à especialização da elaboração imaginativa na conquista de recursos psíquicos mais complexos e nas realizações das tarefas inerentes a cada fase do desenvolvimento. No decorrer do amadurecimento, por exemplo, na fase da transicionalidade, é precisamente por meio da elaboração imaginativa que o sonho ganhará o simbolismo resultante da tarefa de separação eu/não eu. A partir do uso do objeto, já na fase do concernimento é que se manifestará a fantasia inconsciente (destruição), enquanto as fantasias das experiências instintuais atingirão seu ápice na fase edipiana.

8 Realizado em 2012, no Centro Winnicott de Campinas.

Importa assinalar sobre o grau de superposição advindo da fantasia e do trabalho operado pelos recursos psíquicos na produção e elaboração do sonho. Nos sonhos relativos às necessidades de ego, segundo Winnicott, essa superposição é mínima, uma vez que o indivíduo ainda não pode contar com funções e mecanismos psíquicos, tais como de projeção e introjeção, deslocamento, entre outros, resultantes do desenvolvimento de formas mais complexas e especializadas da elaboração imaginativa.

A partir disto, o autor afirma que este tipo de sonho é explícito em si próprio, e o afeto é verdadeiro – afirmação esta encontrada em seus textos, na ilustração de vários sonhos de pacientes cujas dificuldades são oriundas de fases iniciais. Ou, ainda, quando afirma que os sonhos de psicóticos têm um grau menor de distorção do que os de pacientes neuróticos. Por exemplo, no fragmento clínico de *Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade* (1958), Winnicott faz esta observação: “[...] este sonho tem uma superposição sofisticada muito menor do que nos sonhos da Srta. H., pois a paciente é psicótica e não neurótica. Por esse motivo, o afeto é evidente” (Winnicott, 2000/1958c, p. 268).

Winnicott propõe uma mudança significativa por meio do manejo clínico da regressão à dependência no uso analítico dos sonhos relativos às necessidades do ego. Em sua proposta, a tarefa analítica é a de possibilitar que as experiências do amadurecimento que ficaram cindidas, em função das falhas ambientais, possam ser vivenciadas na área da criatividade originária, a fim de serem integradas na pessoa total do paciente. Além disto, Winnicott sempre priorizou a sustentação do processo,

[...] dando tempo para que o paciente pudesse, no seu tempo próprio, ir elaborando os impasses e abrindo caminho ao devir e evitando qualquer processo interpretante de decodificação simbólica, realizado sem a *sustentação* necessária. (Naffah Neto, 2005, p. 451)

Na clínica, há grande variedade de situações traumáticas que poderão ser expressas em sonhos, mas quando ocorrem nas fases iniciais do desenvolvimento, o norteammento do uso analítico do sonho e/ou do manejo das necessidades e dificuldades do paciente será ditado pelo reconhecimento das principais funções da elaboração imaginativa a serviço da integração

e constituição do indivíduo – assim como das tarefas do amadurecimento que foram interrompidas, das que estão em andamento e da preparação do terreno às tarefas de fases posteriores.

Em outros termos, o uso analítico do sonho estará implicado com a retomada do amadurecimento e se apoiará na provisão e no favorecimento de experiências criativas de constituição e integração do indivíduo. Isto ficará mais claro na ilustração do caso Philip, cujo manejo clínico implicou a regressão à dependência dos cuidados maternos operando na provisão de experiências integradoras na retomada de seu amadurecimento.

4. O BRINCAR E A ELABORAÇÃO IMAGINATIVA DAS FUNÇÕES CORPORAIS

A elaboração imaginativa das funções corporais encontra-se também nas raízes da experiência do brincar, desde sua forma mais rudimentar do sensorio-motor, do brincar compartilhado às experiências culturais, operando na constituição da personalidade, na integração e históriação do si-mesmo. O brincar é uma contribuição winnicottiana inovadora e significativa na constituição da subjetividade, na conquista da capacidade de sonhar e na manutenção da saúde no decorrer do amadurecimento e no cotidiano de todo indivíduo.

Winnicott concebe que todo gênero de coisas que um bebê faz enquanto mama reafirma que ele está se alimentando, não apenas sendo alimentado, está vivendo uma vida, e não apenas reagindo a estímulos. Essas atividades são um sinal de que o bebê é capaz de sentir prazer em ações que são meramente lúdicas, muito distante do ato instintivo da alimentação. Ao enunciar a experiência total do bebê da amamentação, deixa claro a importância da imaginação, para além do fato concreto em que ela se dá. Winnicott assegura-a de forma veemente: “Vocês já viram um infante sugando o dedo, ao mesmo tempo em que é amamentado satisfatoriamente? Eu já. E alguma vez já viram um sonho se movendo?” (Winnicott, 1999/1993d, p. 22). Então, explicita: “Quando o infante suga pontas de pano, o edredom ou uma boneca, isso representa um transbordamento da imaginação, tal qual ela é, imaginação estimulada pela função excitante central, que é a alimentação”

(ibid.). Acrescenta ainda: “[...] já pensaram alguma vez que a sensação global, chupar o dedo, a ponta de um pano, abraçar a boneca de pano, é a primeira manifestação infantil de comportamento afetivo? Pode alguma coisa ser mais importante que isso?” (ibid., pp. 22-23).

O brincar inclui o jogo, mas não se reduz a ele, pois Winnicott afirma as brincadeiras entre as formas de se manter a vivacidade da comunicação e explícita que não está se referindo a diversões e jogos, ou anedotas, mas às brincadeiras onde nascem a afeição e o prazer pela experiência. Na base do trabalho analítico está “[...] o brincar do paciente, uma experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real para ele” (Winnicott, 1975/1971a, p. 75). Diz, ainda o autor: “*Esse brincar tem de ser espontâneo, e não submisso ou aquiescente*, se é que se quer fazer psicoterapia” (ibid., p. 76). Se o paciente não consegue brincar, então, o objetivo da análise será o de levá-lo a conquistar a capacidade do brincar (Winnicott, 1975/1971c).

5. DESCRIÇÃO DO CASO PHILIP – UM EXEMPLO DE UM CASO DE ENURESE

Philip contava com 9 anos quando chega para a primeira entrevista com Winnicott. Era um dos três filhos de uma família: ele, o irmão mais velho e a irmã caçula. O pai tinha estado ausente por um longo período durante a guerra; ao final dela, retirou-se da carreira militar e dedicou-se a reconstruir o seu lar, estabelecendo-se como um pequeno fazendeiro. A procura dos pais por Winnicott deu-se em função de uma carta que o diretor da escola onde os dois meninos estudavam sugeria que o tirassem da escola, por ter descoberto que ele era a causa de uma onda de furtos que estava ocorrendo no ambiente escolar. O diretor, embora não considerasse Philip uma criança anormal, entendia que o menino estava doente e não responderia facilmente apenas a um tratamento corretivo.

Winnicott agendou uma consulta com a mãe e conseguiu obter uma história bem detalhada do menino. A situação provocada pela guerra produziu uma séria perturbação no lar, que teve efeito maior em Philip do que em seu irmão. A irmãzinha desenvolvia-se bastante bem no lar recém-reconstruído.

O menino, até os 2 anos, é descrito como um bebê alegre e brincalhão. Nessa época, a família sofre os efeitos da guerra e o pai é convocado pelo exército. Não houve mais brincadeiras em casa e ele tornou-se uma criança muito quieta e excessivamente dócil. Philip passou a produzir catarro em quantidades excessivas e apresentar uma inabilidade ao tentar assoar o nariz. A mãe sofria de asma e achava que o menino tinha ligeiros ataques de asma de vez em quando. A criança tinha, também, dificuldades de coordenação. Aos 6 anos, foi submetido a uma amigdalectomia.

Em função da evacuação, a mãe e os dois filhos – Philip com 2 anos e o irmão com 4 anos de idade – tiveram que viver longe de sua casa. Sem maiores detalhes que ajudem na descrição, Winnicott relata que, quando a irmã caçula nasceu, no período de internação da mãe, houve uma nova separação da família e as crianças ficaram na casa de seus tios. Philip tinha 6 anos quando nasceu sua irmã, ficou perturbado e ciumento, mas logo passou a gostar dela e recuperou o bom relacionamento com a mãe, embora não voltasse a ser tão dócil quanto antes.

Nessa época, de volta da cirurgia das amígdalas, a mãe deu-se conta de que Philip havia roubado o relógio de uma das enfermeiras e, nos anos seguintes, outros roubos se sucederam na escola. Além de relógios, Philip roubava dinheiro que gastava em compras de livros. Ele perdeu o interesse por qualquer outro tipo de objeto além dos livros e, ao mesmo tempo, passou a dar muitos presentes à irmã, de quem parecia gostar muito. Em paralelo a esses sintomas, os pais notaram uma mudança no caráter do menino e ficaram alarmados quando, no caminho de volta de um feriado, viram que o menino havia roubado os documentos do carro do dono da casa que haviam visitado.

O sono era frequentemente perturbado por obstrução nasal. Philip acordava e pedia ajuda à mãe. É bem possível que usasse essa dificuldade física, sem o saber, para ter a presença de sua mãe à noite. Outras vezes era perturbado por pesadelos e, depois da cirurgia, passou a ter fobia de médicos.

No relato da mãe, quando se espera que ele fique excitado, fica quieto e retraído. Philip tinha frequentes desejos de urinar com urgência, o que a mãe relacionava com a obstrução nasal. Na escola ele era considerado inteligente, mas preguiçoso, entretanto foram os roubos que fizeram com que o diretor visse a criança como anormal.

Na avaliação da história de Philip, Winnicott descreve que o menino começou bem a vida, mas houve perturbações no seu desenvolvimento emocional quando tinha 2 anos. A saída da criança foi tornar-se retraído e relativamente descoordenado em defesa das incertezas do meio ambiente. Aos 6 anos, iniciou-se uma degeneração de sua personalidade que se revelou progressiva, levando a uma sintomatologia de maior gravidade aos 9 anos.

Antes mesmo de descrevermos as entrevistas realizadas diante da compulsão de roubar e da enurese de Philip, é preciso considerar que “[...] a manifestação da tendência antissocial em uma criança significa que se desenvolveu nela alguma esperança de achar um modo de superar um vazio” (Winnicott, 1983/1979, p. 97).⁹ Vazio causado pela privação vivenciada em tenra infância. O autor entende que, pelo fato de a falha ter ocorrido no momento em que a criança já tem um ego suficiente para entender as coisas, “[...] em condições especiais de psicoterapia, a criança é capaz de se lembrar, em termos do material produzido no brincar, no sonho ou no falar, das características essenciais da privação original” (Winnicott, 1999/1986a, p. 83). Esta explicitação descreve claramente a proposta das consultas terapêuticas.

No caso Philip, a situação traumática diz respeito à perda da mãe que tinha por direito próprio. As necessidades do menino são descritas em termos de que ele precisava voltar a ser um bebê na relação com a mãe, tornando-se, então, capaz de fazer uso do lar reconstruído recentemente.

O menino fez uma regressão à dependência dos cuidados maternos que havia sido interrompido aos 2 anos de idade. No auge dessa regressão, surgiu o comportamento de molhar a cama, o que se vincula ao tema da enurese tratado no texto. O lar funcionou como o lugar seguro que o menino precisava para a regressão, no sentido pleno da palavra, a fim de reencontrar a mãe que havia perdido. Este é um exemplo prático da mudança operada pela clínica winnicottiana no que se refere ao uso analítico do sonho e ao manejo clínico do tratamento como um todo. Podemos observar que o caso se inicia no contexto das consultas terapêuticas, que, por si mesmas, iniciam

9 Por sofrimento em reação à privação, diz Winnicott: “[...] entendo um estado de confusão, de desintegração da personalidade, um cair para sempre, uma perda de contato com o corpo, uma desorientação completa, e outros estados dessa natureza” (Winnicott, 1999/1986b, p. 90).

um processo de integração e recuperação do desenvolvimento, mas que se efetiva na regressão à dependência provisionada no lar da criança e sob orientação do terapeuta.

5.1 Primeira entrevista com Philip

Na entrevista inicial, não houve qualquer dificuldade de contato; Philip era um rapazinho inteligente e agradável, um tanto retraído, que não parecia estar percebendo Winnicott objetivamente.

A sequência dos desenhos do jogo do rabisco trazia desde o mapa da Inglaterra com uma linha necessária na separação da região da Cornualha, de uma corda subindo ao ar, um peixe, uma mãe leão-marinho e seu filhote, homens ligados por cordas escalando rochedos, um pequeno redemoinho com ondas e água, uma bota na água, Punch com rasgões em suas roupas, pois Punch havia feito uma coisa horrível ao crocodilo e, se você chateia um crocodilo, corre o risco de ser comido por ele. Por fim, desenhou um bruxo com uma longa história a respeito: o bruxo apareceu na escola à meia-noite. Aparentemente, Philip tinha andado vigiando o bruxo durante a noite. Esse bruxo tinha poderes totais, sobrenaturais, ele podia colocar Philip debaixo da terra ou transformá-lo em coisas. Para Winnicott, o bruxo revelou-se uma chave importante para compreender a compulsão a roubar.

As conversas e os comentários emergidos imaginativamente das experiências oníricas do brincar com os desenhos alcançaram o clímax propício para atingir o sonho. No momento em que conversavam sobre o bruxo, Philip conta um sonho:

Ele viajava de carro com a mãe. O carro descia uma ladeira. Havia um fosso ao final da ladeira e o carro corria tão rápido que talvez não desse para parar. No momento mais crítico aconteceu uma mágica, uma mágica boa, e o carro passou por cima do fosso sem cair dentro dele. (Winnicott, 2000/1958d, p. 178)

Na compreensão de Winnicott, refletida para o menino, o implícito no sonho era que ele estava com medo, porque precisou usar a mágica boa e isso significava que ele acreditava em mágica e, se havia mágica boa, haveria

também mágica ruim. Possivelmente, Winnicott associou isto com a magia do bruxo que fazia coisas horríveis ao crocodilo, tinha poderes sobrenaturais, podia transformar as pessoas e aparecia à meia-noite na escola. No sonho, era explícita a incapacidade de Philip em lidar com a realidade e a necessidade de usar a magia era o que o assustava. Este é um exemplo prático de quando o sonho referente às necessidades de ego é explícito em si mesmo e o afeto é verdadeiro, conforme a compreensão winnicottiana.

Em seguida, Philip conta outro sonho, no qual havia batido na barriga do diretor da escola. Mas, diz o menino, o diretor é bonzinho, é um homem com quem você pode falar. Winnicott então perguntou se ele ficava triste alguma vez, acreditando que, nesse momento, ele estava se comunicando com ele a partir do mais fundo do seu ser (ibid.). Esse sonho aponta para a experiência de Philip com o diretor da escola, possivelmente desvelando um momento de esperança, pois este era um homem com quem ele podia falar, uma vez que o ambiente escolar foi onde a criança fez o maior número de roubos. Os cuidados hospitalares e os cuidados maternos recebidos na cirurgia das amígdalas também acenderam tal chama de esperança.

Retomando à entrevista, nos tempos sem graça, expressão com a qual chamava a tristeza, Philip contou:

Mamãe foi embora. Eu e meu irmão tivemos que viver sozinhos. Fomos para a casa de meus tios. A pior coisa que acontecia lá era que eu via a minha mãe cozinhando em seu vestido azul e corria para ela, mas quando chegava ela se transformava de repente na minha tia, num vestido de outra cor. (Ibid., p. 180)

Ele alucinava a mãe sofrendo, contudo, o choque da decepção. Winnicott apontou-lhe como era horrível descobrir que certas coisas que ele pensava serem reais, não eram. Philip, tentando se afastar da questão das alucinações, faz o desenho de uma miragem e dá uma explicação científica sobre ela. O seu tio havia dito tudo sobre isso: “Você vê umas árvores azuis maravilhosas, mas não tem nenhuma árvore de verdade” (ibid., p. 180). Em seguida, o menino conta que gostava de coisas bonitas, mas seu irmão só pensava em navios e em andar de barco. “Eu gosto muito de coisas bonitas e de animais, e gosto de desenhar” (ibid., p. 180). Winnicott tentou mostrar-lhe que a beleza da

miragem tinha algo a ver com seus sentimentos a respeito de sua mãe, o que havia deduzido a partir da cor azul da miragem, a mesma cor do vestido da mãe.

O menino ficou sério e pensativo e contou a respeito dos tempos sem graça, ficando claro que os piores “tempos horríveis” aconteceram quando ele tinha quase 6 anos, desvelando a importância que o nascimento da irmã ganhara. Com a expressão “a mamãe foi embora”, ele estava falando de quando sua mãe foi para a maternidade para ter a sua irmãzinha. Foi nessa época que os meninos ficaram na casa de seus tios. Philip não só alucinava, tinha necessidade de que lhe dissessem exatamente o que fazer. Seu tio, percebendo, adotou deliberadamente uma atitude de sargento e, exercendo domínio sobre a vida do menino, contrabalanceou o vazio resultante da perda da função materna.

Logo depois, o menino diz: “Passei todo aquele tempo pensando em quando é que isso ia acabar ou então eu me sentiria mal” (ibid., p. 180). Nesse sentido, é importante dizer que, nessa fase do desenvolvimento, o sofrimento é vivenciado como interminável, sem a noção de quando – e se – terminará, levando à sensação de enlouquecimento. Certa vez, na escola, ele havia sentido saudades de casa, o que era uma outra forma de “sem graça” ou depressão, e foi falar com o diretor, que tentou de tudo, mas não conseguiu ajudá-lo. Philip faz uma comparação de que o diretor apenas dizia anime-se, mas Winnicott tinha conseguido compreendê-lo um pouco – e disso ele precisava muito.

Para o uso analítico do sonho e do manejo das experiências oníricas do brincar há a exigência de que o terapeuta tenha conhecimento do processo do amadurecimento, da provisão ambiental e da quebra da confiança nas tarefas e conquistas de cada fase do desenvolvimento. Assim, vale a pena entender melhor o tipo de alucinação usada pelo menino, pois em termos da elaboração imaginativa das funções corporais, na fase da transicionalidade, o objeto já se assemelha a uma alucinação. A importância da mãe, ou o substituto dela, está “[...] em deixar um objeto real ficar exatamente onde o bebê está alucinando um objeto, de maneira que, na realidade, a criança fica com a ilusão de que o mundo pode ser criado e de que o que é criado é o mundo” (Winnicott, 1994/1989b, p. 44). Winnicott insiste em que, para se entender

o significado do objeto transicional, é necessário levar em conta que “[...] a mãe está capacitando o bebê a ter a ilusão de que objetos da realidade externa podem ser reais para ele, isto é, que eles podem ser alucinações, uma vez que são apenas estas que são sentidas como reais pelo bebê” (ibid., p. 45).

Ao longo da transicionalidade, o objeto transicional adquire uma nova condição: a de posse, que Winnicott denomina de posse original. Esse objeto, sobre o qual o bebê agora tem a posse, pode ser usado tanto para seu consolo como para desferir nele os ataques destrutivos de seu amor incompadecido. Philip havia sido prejudicado exatamente na perda de um objeto transicional que viria a representar sua união com a mãe, assim como a possibilidade de usá-lo como consolo na ausência materna. Ele tinha noção da existência do objeto, tinha lembrança da mãe boa e ela era, agora, o objeto procurado para ser encontrado.

Retomando à entrevista com Philip, agora eles podiam voltar ao desenho da figura do bruxo e ver que ele usava o mesmo casaco de seu tio, o soldado que havia dominado sua vida, salvando-o, assim, da confusão enlouquecedora. O bruxo tinha uma voz igual à do tio. Na escola, a voz continuava a dominá-lo e dizia-lhe para roubar. “Se ele hesitasse, a voz diria: Não seja covarde; lembre-se do seu nome. Na nossa família ninguém é covarde” (Winnicott, 2000/1958d, p. 181).

Em seguida, contou do episódio em que havia sido expulso da escola. Um menino lhe disse: “[...] não tem nada especial no que você fez. Todo o mundo pode roubar dinheiro e coisas desse tipo. Não é a mesma coisa que roubar venenos do armário da inspetora” (ibid.). Depois disso, a voz do bruxo lhe disse que ele tinha que tirar o veneno do armário da inspetora e ele o fez com uma incrível habilidade. Quando descobriram que os venenos estavam com ele, expulsaram-no, mas ele não se sentiu envergonhado, já que havia obedecido à voz e não tinha sido covarde.

Próximo ao final da entrevista, Philip fez mais um desenho, disse que era seu pai no barco. Acima do barco estava uma águia com o filhote de coelho. Winnicott diz a ele que a águia roubando o bebê coelho representava sua vontade, ou sonho, na época do sofrimento mais intenso, de roubar o bebê de sua mãe. Ele tinha sentido, em primeiro lugar, ciúme da mãe, por ser

capaz de ter um bebê com o pai, e ciúme do bebê, pois sentia a necessidade intensa de ser um bebê e ter uma segunda chance de usar a mãe num estado de dependência.

Importa assinalar, em termos de manejo clínico das experiências oníricas, a compreensão de Winnicott sobre o ciúme e o roubo do bebê da mãe não é uma interpretação do inconsciente recalcado, mas de uma necessidade do ego tal como expressada na pontuação feita: a necessidade de ser um bebê e ter uma segunda chance de usar a mãe num estado de dependência – a qual Philip sugere compreender, acrescentando: “E este aqui é o papai, que não está ligando para nada” (ibid.).

O fato de o pai ter ido lutar na guerra era algo de que podia se vangloriar diante dos colegas, todavia, em termos de suas necessidades infantis, o pai estava negligenciando a necessidade de estar presente, ser forte, compreensivo e assumir a responsabilidade pelo que estava sendo vivenciado pela criança. Para Winnicott, não fosse por seu irmão e o tio, ele teria degenerado psicologicamente quando seu relacionamento com a mãe foi interrompido pela separação e por seu ciúme em relação a ela.

5.2 Segunda entrevista

Uma semana depois, Philip vai para a segunda consulta com Winnicott que nos ajuda a ilustrar a elaboração imaginativa que continua integrando as experiências vivenciadas nas consultas. O desenho de número 7 mostra que o bruxo e sua voz se foram depois da primeira entrevista. No desenho da casa do bruxo, Winnicott está dentro dela com um fuzil e o bruxo está batendo em retirada. A fumaça na chaminé indica que a mulher do bruxo está cozinhando. Winnicott entra e tira a magia da tia. Isto significava que o analista saía do mundo interno pessoal e mágico do menino.

O último desenho (8) mostra novamente o bruxo e, desta vez, ele é alvo de zombarias. É um desenho engraçado, diz o menino. Nesse momento, o objeto de zombaria estava fora de casa – quer dizer, fora dele mesmo – e no lugar do bruxo estava a ideia subjetiva que ele fazia de Winnicott. O analista tornara-se, agora, uma pessoa para quem ele podia falar e contar suas fantasias. Conforme o autor:

Eu era simplesmente a pessoa que ‘encaixava’ e compreendia e que verbalizava o material da brincadeira. Ao verbalizar, falo para um eu consciente e reconheço o *lugar desde o qual*, em sua personalidade total, o ponto central de sua *entidade*, sem o que não existe um *ele*. (Ibid., p. 184).

Aqui está, também, um subsídio que nos ajuda a melhor entender a comunicação em nível profundo: ele busca falar com um si-mesmo verdadeiro, ponto central do indivíduo, sem o qual ele não existe.

5.3 Terceira entrevista

Logo no início, ele fez um desenho no qual seu inimigo joga uma faca sobre seu galgo. O inimigo é o filho do tio, que havia desempenhado um papel importante em sua vida durante o período da depressão. Esse primo era odiado, porque Philip amava/necessitava intensamente do pai do primo.

Essa entrevista transformou-se em uma hora de brincar, uma sessão de brinquedos comum, na qual Philip construía um complexo desenho com um jogo de trilhos de trem que estava junto aos brinquedos na sala de atendimento.

5.4 O manejo da regressão à dependência em casa

O manejo clínico esteve implicado com uma regressão da vivência dos cuidados ambientais ao redor dos 2 anos para o menino reencontrar a mãe que perdera (que lhe foi tirada). Philip foi aceito em casa como uma criança que precisava ter permissão para ficar mais doente. Ele deveria receber aquilo a que toda criança tem direito no início, ou seja, um período em que é natural que o ambiente se adapte ativamente às suas necessidades.

Aos poucos, Philip foi se tornando cada vez mais retraído e dependente. Diziam que ele vivia num mundo encantado. Em vez de acordar de manhã, apenas saía da cama e alguém tratava de vesti-lo. Algumas vezes, a mãe tentou estimulá-lo a acordar, mas ele imediatamente caía num choro desesperado.

Às refeições ele juntava os utensílios ao seu redor e comia sozinho, ainda que estivesse com a família. Comia de forma mecânica e, durante toda a refeição, parecia sempre preocupado.

Ele regrediu cada vez mais, tornando-se cada vez menos capaz de viver dentro do próprio corpo e de interessar-se por sua aparência, mas conservou-se em contato com o prazer corporal, observando seu galgo por várias e várias horas. O seu andar tornou-se descoordenado e, perto da etapa final da regressão, ele se deslocava por uma técnica de pulos e saltos, em que os braços se moviam como os de um moinho de vento, como que impelido por uma força grosseira dentro do eu, mas com certeza não caminhava.

O fundo do poço ainda não havia sido atingido. Ele vivia cansado. Tinha cada vez mais dificuldades para levantar-se da cama. Pela primeira vez, desde que era bebê, passou a molhar a cama. A mãe o acordava entre 3 e 4 da madrugada a cada noite, mas ele geralmente já estava molhado e lhe dizia: “Sonhei que estava no banheiro, e foi tão real...” (ibid., p. 185). Ao mesmo tempo, passou a beber muita água, a ponto de exagerar. A esse respeito, dizia: “É tão divertido, é delicioso, é bom de beber” (ibid.).

Tudo isto durou cerca de três meses. Certa manhã, ele teve vontade de levantar-se. Isto marcou o início de sua gradual recuperação e não houve mais nem um olhar para trás. Os sintomas “descascaram-se” e, um ano após iniciar-se a fase aguda da doença, ele retornou à escola. Philip alcançou rapidamente a sua turma e não teve grandes dificuldades para reabilitar-se da fama de ladrão. Aos 14 anos estava com 1,65 m, ombros largos, naturalmente másculo, bom nos esportes e, na escolaridade, estava um ano à frente de sua faixa etária.

Na observação do texto, Winnicott chama atenção de que, no caso Philip, houve condições excepcionalmente favoráveis para que a doença se desenvolvesse até alcançar o seu auge e, em seguida, retroceder até chegar naturalmente ao fim. Diz o autor, teria sido inútil tentar curar a enurese de Philip sem considerar o estado regressivo que se encontrava em seus bastidores.

Em termos de manejo, o analista tem a compreensão do ocorrido nas fases primitivas da vida do menino, mas, diferentemente da interpretação e perlaboração de conflitos pulsionais, a regressão à dependência ganha

centralidade, tendo-se em vista a necessidade de que Philip pudesse vir a experienciar a situação traumática sob os cuidados ambientais na qualidade com que deveriam ter acontecido, mas não aconteceram, e a elaboração imaginativa vir a operar na integração da situação traumática em sua personalidade total.

Winnicott assinala que o lar funcionou como um ambiente terapêutico, próximo ao de um hospital psiquiátrico de que Philip precisava, uma vez que a vivência da regressão pela criança ocorreu no ambiente familiar, junto aos cuidados dos pais e sob a orientação do analista.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Winnicott, a consulta terapêutica é eficaz, em primeiro lugar, se acontece uma comunicação em nível profundo e o terapeuta é capaz de reconhecer a comunicação central que contém o trauma original, mesmo quando este surge na forma de uma versão posterior. O autor deixa claro que é no sonho sonhado, lembrado e contado que se encontra o desvelamento do cerne da tensão original e do momento em que ocorreu o sofrimento na história de vida do indivíduo e que interrompeu o curso natural do amadurecimento.

Nas consultas terapêuticas, como vimos, a intenção é a de conseguir o material real do sonho. A importância do sonho, enquanto uma janela da subjetividade, está no fato de que ele desvela a dinâmica psíquica, os conflitos e defesas inerentes às fases do desenvolvimento emocional e a própria organização do mundo interno, o que, sem dúvida, traz uma comunicação e uma compreensão do paciente num nível mais profundo.

O uso analítico do sonho ganha importância central, haja vista que os sonhos relatados pelos pacientes depressivos e antissociais, nos casos apresentados no livro *Consultas terapêuticas*, aos quais incluímos os psicóticos, tratam e desvelam as necessidades e dificuldades do ego em fases iniciais do desenvolvimento, nas quais se encontram as tarefas de integração e constituição da personalidade. Para estes sonhos, o manejo clínico traz especificidades próprias da regressão à dependência dos cuidados maternos. Já para os sonhos

relativos à realização do desejo e alojados junto à fase edípiana, na qual está o auge das experiências instintuais e o estabelecimento das relações triangulares, o uso analítico do sonho segue as orientações freudianas.

No acesso ao sonho, a função da imaginação destaca-se, em contraste com as fantasias onipotentes. Isto porque as experiências oníricas do brincar, no decorrer do jogo dos rabiscos, abrem as portas para o transbordamento da imaginação da dupla terapeuta/paciente de tudo o que é mais significativo para ser comunicado, compreendido e vir a ser integrado. Nesse contexto do brincar imaginativo, o paciente pode se aproximar gradativamente de suas necessidades e dificuldades emocionais, pavimentando, assim, o caminho emocional de acesso ao sonho profundo, pelo qual atinge o cerne e o momento de maior tensão ocorrido em sua história de vida e que bloqueou seu processo do amadurecimento. Além disto, se o terapeuta estiver envolvido pessoalmente, ele pode aperceber o momento em que o material produzido pelas experiências oníricas está à porta dos sonhos profundos.

O uso analítico dos sonhos relatados no caso Philip e no manejo clínico das experiências do brincar do jogo dos rabiscos possibilitaram que o menino entrasse em contato com sentimentos e demandas emocionais oriundas da perda precoce da mãe em fase em que ainda precisava da sua presença estável e constante para integração da sua personalidade.

No uso analítico dos sonhos de Philip, tanto na compreensão quanto na interpretação do material onírico, a prioridade recaiu sobre a necessidade e a dificuldade da criança no contexto do processo do amadurecimento. Ao mesmo tempo, norteou o trabalho analítico, o manejo e a orientação dada aos pais na regressão à dependência realizada no ambiente familiar.

Na clínica, seja qual for a modalidade pretendida, o uso analítico do sonho e o manejo clínico das experiências oníricas do brincar exigem do analista um conhecimento apurado das complexidades das tarefas da elaboração imaginativa das funções corporais, além do reconhecimento de que, nos sonhos referentes a fases mais iniciais do desenvolvimento, as necessidades do ego se sobrepõem à realização do desejo.

Por fim, podemos dizer que fizemos uma longa jornada pelos conceitos trazidos pela teoria e prática winnicottianas a fim de alcançarmos breves lampejos da compreensão do uso analítico do sonho no contexto da modalidade clínica de consultas terapêuticas.

REFERÊNCIAS

- COCCO, Maria Regina (2017). *O uso analítico do sonho: um recorte da contribuição winnicottiana*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- DIAS, Elsa Oliveira (2003). “Introdução”. In: DIAS, Elsa Oliveira. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 13-53.
- LOPARIC, Zelyko (2000). O “animal humano”. *Natureza Humana*. São Paulo, v. 2, n. 2.
- LOPARIC, Zelyko (2005). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Natureza Humana*. São Paulo, v. 7, n. 2, jul./dez.
- NAFFAH NETO, Alfredo (2005). Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu próprio devir. *Natureza Humana*, v. 7, n. 2, jul./dez.
- NAFFAH NETO, Alfredo (2016). Com os pés no chão: sobre como se pode sonhar a conquista de um corpo próprio, num processo de análise. In: COLÓQUIO WINNICOTTIANO DE BELO HORIZONTE, 2016, Belo Horizonte. Texto ainda não publicado.
- TOSTA, Rosa Maria (2012). Os princípios das consultas terapêuticas como parâmetros para a clínica winnicottiana. *Rabisco Revista de Psicanálise*. Porto Alegre, Seminários Winnicott POA, v. 2, n. 1.
- WINNICOTT, D. W. (1975/1971a). “O brincar: uma exposição teórica”. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 59-77. Original publicado em 1968.
- WINNICOTT, D. W. (1975/1971b). “A criatividade e suas origens”. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 95-120.
- WINNICOTT, D. W. (1975/1971c). “O brincar – a atividade criativa e a busca do Eu (*self*)”. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 79-93.
- WINNICOTT, D. W. (1975/1971d). “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 13-44. Original publicado em 1951.

- WINNICOTT, D. W. (1975/1971e). “Sonhar, fantasiar e viver”. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 45-57). Rio de Janeiro, Imago, pp. 45-57. Original publicado em 1971.
- WINNICOTT, D. W. (1982/1965). “As raízes da agressividade”. In: WINNICOTT, D. W. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, LTC, pp. 262-270. Original publicado em 1964.
- WINNICOTT, D. W. (1983/1979). “Moral e educação”. In: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. São Paulo, Artmed, pp. 88-98. Original publicado em 1963.
- WINNICOTT, D. W. (1984/1971a). “Alfred aos 10 anos”. In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 121-137.
- WINNICOTT, D. W. (1984/1971b). “Introdução”. In: WINNICOTT, D. W. *Consultas Terapêuticas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 9-19. Original publicado em 1971.
- WINNICOTT, D. W. (1984/1971c). “Robin aos 5 anos”. In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 37-59.
- WINNICOTT, D. W. (1984/1971d). “Ashton aos 12 anos”. In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 159-173.
- WINNICOTT, D. W. (1990/1988a). “O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos”. In: WINNICOTT, D. W. *Natureza humana*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 69-83.
- WINNICOTT, D. W. (1990/1988b). “Localização da psique no corpo”. In: WINNICOTT, D. W. *Natureza humana*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 143-152.
- WINNICOTT, D. W. (1990/1988c). “Estabelecimento da relação com a realidade externa”. In: WINNICOTT, D. W. *Natureza humana*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 120-135.
- WINNICOTT, D. W. (1994/1989a). “O brincar e a cultura”. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 160-169). Original publicado em 1968.
- WINNICOTT, D. W. (1994/1989b). “O destino do objeto transicional”. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 44-48. Original publicado em 1959.
- WINNICOTT, D. W. (1997/1965). “A contribuição da psicanálise à obstetrícia”. In: WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 153-163. Original publicado em 1957f.

- WINNICOTT, D. W. (1999/1984a). “As raízes da agressividade”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 102-110. Original publicado em 1964d.
- WINNICOTT, D. W. (1999/1986b). “A delinquência como sinal de esperança”. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 81-91. Original publicado em 1986/1967.
- WINNICOTT, D. W. (1999/1986c). “Vivendo de modo criativo”. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 23-29. Original publicado em 1986.
- WINNICOTT, D. W. (1999d). “O que sabemos a respeito de bebês que chupam pano?”. In: WINNICOTT, D. W. *Conversando com os pais*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 18-25. Palestra proferida em 1956 e publicada em 1993.
- WINNICOTT, D. W. (2000/1958a). “A defesa maníaca”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 199-216. Original publicado em 1935.
- WINNICOTT, D. W. (2000/1958b). “A mente e sua relação com o psicossoma”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 332-346. Original publicado em 1954a.
- WINNICOTT, D. W. (2000/1958c). “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 254-276. Original publicado em 1954.
- WINNICOTT, D. W. (2000/1958d). “Tolerância ao sintoma em pediatria”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago, pp. 168-186. Original publicado em 1953.

PARTE II

ATUALIDADE DO USO DAS CONSULTAS
TERAPÊUTICAS EM VÁRIOS CONTEXTOS

Parentalidade e migração: intervenções clínicas em prevenção

TEREZA MARQUES DE OLIVEIRA

CIGALA PEIRANO

MICHELE CARMONA ACHING

THAMES BORGES-CORNETTE

MARIE ROSE MORO

Este capítulo tem por objetivo compartilhar a prática de consultas psicoterapêuticas realizadas junto a mulheres migrantes abrigadas em um alojamento social na cidade de São Paulo de 2009 a 2014. Serão apresentadas duas modalidades de atendimentos: um grupo de acolhimento e escuta às mulheres gestantes e puérperas e dois trabalhos individuais realizados com mulheres em situação de refúgio durante a transição para a maternidade.

Trata-se de uma parceria entre o alojamento social e o Centro Habitar – Espaço Mãe Migrante Marie Rose Moro, que, há quase 20 anos, trabalha com gestantes e com a dupla mãe-bebê em condição de vulnerabilidade social. O trabalho é baseado no referencial psicanalítico e se inspira nas contribuições de Winnicott (1975, 2000a, 2000b), Lebovici (1987, 1998) e Lebovic, Diatkine e Soulé (2004) sobre as consultas terapêuticas e de Moro (1995, 2008, 2011, 2015), com suas contribuições no campo da psicanálise transcultural.

Considerando as especificidades da parentalidade e da maternidade em um contexto migratório, buscamos ofertar um ambiente de confiança que favoreça a entrada de mulheres gestantes no “Estado de preocupação materna primária” (Winnicott, 2000b, p. 401) termo criado por Winnicott em 1956 para caracterizar a experiência emocional necessária à mulher para que desenvolva condições de receber e cuidar de seu bebê de modo suficientemente bom; ou seja, atenta e com disponibilidade para atendê-lo em suas necessidades primárias. No caso das mães migrantes, esse estado se dá em um ambiente e cultura diferentes daqueles onde foram cuidadas.

Nesse sentido, pensamos que é de extrema importância nos atendimentos a postura empática dos terapeutas, a disponibilidade para acolher, sonhar e brincar, com abertura para experienciar as diferentes formas de manifestação cultural trazidas pelas migrantes, comunicadas através das crenças, dos mitos, da música, da culinária, dos costumes, incluindo os modos singulares de maternar. Há a necessidade de um olhar cuidadoso aos intensos sentimentos contratransferenciais vividos pelas terapeutas. Por isso, avaliamos a importância de ofertar um espaço de escuta e supervisão para que pudessem compartilhar suas questões e os modos como são afetadas no cotidiano clínico, visando favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança e cuidado com as mulheres migrantes.

Iniciamos apresentando o Centro Habitare e o referencial teórico acerca da parentalidade e da migração que embasa nossa prática. Em seguida, compartilhamos os relatos clínicos selecionados e, no final, tecemos considerações sobre a nossa experiência, com o intuito de aprofundar a discussão sobre a acolhida das mulheres migrantes no processo de se tornarem mães.

1. O CENTRO HABITARE

Inaugurado em 2002, tendo como base teórica o referencial psicanalítico, a atuação do Centro Habitare se organiza em três eixos: clínica social, formação profissional e pesquisa científica.

Como clínica social, o Centro investe na prevenção e intervenção em saúde mental materno-infantil, especificamente na gestação e nos três primeiros anos do bebê, oferecendo atendimento a mulheres em situação de vulnerabilidade por meio de parcerias com instituições que acompanham gestantes e pais-bebê no período perinatal. A formação profissional que é oferecida inclui supervisão clínica e cursos, além do incentivo à produção científica, por meio de pesquisas (Aching, 2013, 2017; Oliveira, 2008; Prando, 2016; Silva, 2018), publicação de artigos (Aching e Granato, 2018) e participação em eventos.

Inspirando-se nas contribuições de Winnicott (1975, 2000b), Lebovici (1987, 1998), Lebovic, Diatkine e Soulé (2004) e Moro (1998, 2008, 2011, 2015), em especial na proposta de consultas terapêuticas desenvolvida

pelos dois primeiros, ressaltamos a importância dos momentos iniciais do desenvolvimento emocional primitivo. Nessa perspectiva, buscamos realizar um trabalho que propicie a entrada dos pais em uma condição psicológica que favoreça o processo de parentalidade e contribua, principalmente, para a entrada da mãe no estado de “preocupação materna primária” (Winnicott, 2000b), de modo que ela tenha condições de constituir um vínculo saudável com seu bebê.

O trabalho é realizado através da oferta de um espaço de cuidado e escuta em que os pais podem compartilhar suas angústias, dificuldades, seus conflitos, medos e sentimentos ambivalentes em relação ao filho. Nos diversos projetos que desenvolvemos, procuramos atender à demanda das instituições parceiras, realizando tanto atendimentos individuais como em grupo e promovendo oficinas com uso de materialidades.

A partir de 2014, com o aumento dos movimentos migratórios, as instituições parceiras passaram a atender uma população de mulheres gestantes e imigrantes. Por esse motivo, visando nos adequar à nova demanda, criamos o Espaço Mãe Migrante Marie Rose Moro. Marie nos concedeu a honra de estender, aqui no Brasil, o trabalho que vem desenvolvendo em Paris.

Conforme seus estudos, a experiência do parto em situação migratória pode potencializar ou reativar experiências dolorosas do exílio, contribuindo para exacerbar a condição de vulnerabilidade inerente à gestação (Moro, 2015). Trata-se, pois, de uma experiência traumática que exige das terapeutas do *Habitate* disposição para, nos atendimentos às migrantes, encontrar formas de fortalecê-las para cuidarem de seus bebês. Para tanto, é preciso integrá-las à cultura do nosso país sem perder de vista o resgate da cultura de origem de cada uma delas.

Com isso, promovemos o desenvolvimento emocional das recém-mães, abrindo campo para o exercício da parentalidade responsável e integração destas duas novas condições: a de tornar-se mãe sendo migrante.

2. PARENTALIDADE E MIGRAÇÃO

“O bebê faz” seus pais; assim como os pais fazem o bebê existir.
(Lebovici apud Solis-Ponton, 2004, p. 32; Silva, 2014, p. 141)

Para Lebovici, Diatkine e Soulé (2004), tornar-se pais é um trabalho complexo de elaboração psíquica, e parte desse trabalho começa pela aceitação de que herdamos algo do psiquismo de nossos ancestrais, que é transmitido de forma intergeracional. Ou seja, o bebê é, portanto, herdeiro não apenas do patrimônio genético, mas também de aspectos psíquicos dos pais e avós.

Atualmente, a noção de interação, conceito que descreve as trocas entre os pais e o bebê, é concebida como uma espiral transacional em que os dois elementos são ativos no processo, cada um exercendo influência sobre as respostas do outro (Mazet e Stoleru, 1990). Porém, trata-se de um modelo assimétrico, no qual a mãe, como adulta, deve atender às necessidades do bebê (Solis-Ponton, 2004).

Para Moro (2011), os pais contribuirão com os aspectos coletivos – históricos, jurídicos, sociais, culturais – e com aspectos singulares, privados, conscientes e inconscientes, tanto o que é transmitido como o que é escondido, os traumas infantis e a maneira pela qual cada um os contém. Quanto ao bebê, parceiro ativo na interação, ele também traz suas características pessoais, que podem favorecer ou não a emergência do maternal e do paternal (ibid.).

Podemos pensar, então, que as mudanças psíquicas são tão intensas e extensas quanto as transformações corporais, biológicas que acompanham uma gestação. Para Winnicott (2000b), uma mulher com certa dose de saúde mental, ao longo da gestação, gradualmente, entra em um estado especial de funcionamento psíquico:

Este estado organizado (que não fosse pela gravidez, seria uma doença), poderia ser comparado a um estado retraído, ou a um estado dissociado ou a uma fuga, ou mesmo a uma perturbação a um nível mais profundo, tal como um episódio esquizoide, no qual algum aspecto da personalidade assume temporariamente o controle. [...]. Não acredito que seja possível compreender

o funcionamento da mãe na fase mais inicial da vida do bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele. (Ibid., p. 494)

Pela profundidade das mudanças na dinâmica psíquica, a gestação é por vezes considerada um momento “de crise” que transforma a identidade e exige redefinição de papéis. Outro aspecto importante a ser considerado são as patologias associadas à gestação e à maternidade. Trata-se de quadros nos quais estão presentes fatores ambientais – como falta de suporte familiar, dificuldades econômicas, prematuridade ou doenças congênitas no bebê – que podem impedir a mãe de estabelecer uma interação saudável com o filho. Também um vínculo disfuncional pode resultar em sintomas tanto na mãe (*blues* intensos ou mesmo depressão) quanto no bebê (sono excessivo, dificuldades para alimentar-se, irritação, choro constante etc.). Todas essas situações podem dificultar e até impedir que o processo de parentalidade se desenvolva.

Diante da complexidade e importância dos cuidados iniciais para a constituição psíquica do bebê, desde a década 1950 a maternidade e os processos de parentalidade vêm merecendo a atenção de estudiosos como Winnicott (2000b), Bibring (1961), Bydlowski (1991), Stern (1997), Moro (2008), Lebovic, Diatkine e Soulé (2004). Todos enfatizam os aspectos de riqueza e amadurecimento psíquico que a experiência de se tornar mãe e pai pode propiciar, abrindo portas que permitem a elaboração de conflitos e experiências traumáticas infantis. Também é assinalada a condição de vulnerabilidade da futura mãe, devido a certo grau de regressão à dependência, levando os autores a apontar para a necessidade de suporte, de uma rede de cuidado e proteção à mulher.

A partir da nossa experiência no atendimento a mulheres gestantes em situação de vulnerabilidade social e à chegada de mulheres migrantes para nossos atendimentos, começamos a nos perguntar: o que acontece quando esses processos ocorrem em um outro país, em uma nova cultura? A entrada em uma nova sociedade não é simples. Há diferentes dificuldades que os migrantes enfrentam: com a língua, as regras, os hábitos e códigos de convivência. Se pensarmos nessas dificuldades conjugadas com as que são próprias da parentalidade, não raramente acabam amplificadas.

O processo de se tornar pai e mãe e assumir as funções dos cuidados dos filhos supõe uma transformação subjetiva que abarca as dimensões afetiva, identitária, social, econômica. Não há dúvidas de que as demandas desses processos podem se tornar particularmente exigentes para as mães e os pais migrantes, trazendo sofrimento, rupturas e desligamento das raízes, perda de controle, separações, lutos, condições de precariedade material ou psíquica.

Como bem destacam Le Moal, Houillon e D’Almeida (2001, p. 145): “Em consequência da assimilação e da clivagem, o migrante volta-se, em vários casos, como estrangeiro a si mesmo e para o outro. A função parental se torna difícil ou impossível de assumir”.

De fato, a migração pode estar ligada a rupturas drásticas que não permitem elaborar a chegada ao outro país, tendo efeitos traumáticos estendidos aos descendentes, ocorrendo a transmissão transgeracional das dificuldades de integração em outra cultura. O migrante encontra-se na intersecção de diferentes histórias transgeracionais, diferentes referências ou modelos de culturas.

Concordamos com Moro (2017) no que se refere à ideia de que há “mil e uma formas de ser pais e de ser mães” (Moro, 2017, p. 88) pois o exercício da parentalidade se inscreve na cultura. No caso dos migrantes, o fato de se encontrarem em um novo país, não raramente em situações adversas, pode levá-los à perda de suas referências e papéis antes exercidos. Por isso, é importante levarmos em conta os percursos migratórios, considerando o momento no qual a gravidez se inscreve – antes, durante ou depois da migração – já que esse fator pode ter consequências nas projeções e expectativas que os pais depositam na criança.

Ainda para Moro (2011), junto à transparência psíquica – no período perinatal tem-se maior acesso ao funcionamento psíquico da mulher –, existe a transparência cultural que reatualiza na futura mãe as formas de fazer e de dizer a própria experiência. Nas palavras de Mestre e Gioan (2019, p. 40): “Estes mecanismos psíquicos permitem a transmissão cultural, seja as pertencas, as filiações, mas também os conflitos ligados a estes sujeitos”.

Neste contexto, outro fator que merece atenção é o fato de a migração ter se feminizado (Solé e Cachón, 2006), ou seja, observa-se um crescimento constante de mulheres que migram tanto em busca de novas oportunidades

como para salvar suas vidas, no caso das refugiadas. Em se tratando de gestantes, a maternidade assume outra dimensão, pois as mudanças biopsicossociais ocorrem em uma nova cultura, e isso é muito complexo: “[...] *no caso das mulheres migrantes, a gravidez e o período de construção das primeiras interações precoces mãe-bebê constituem o primeiro momento de vulnerabilidade*” (Moro, 2015, p. 188).

De fato, diferentes circunstâncias podem beneficiar ou prejudicar a inserção em uma nova sociedade:

Desta forma, é importante identificar os fatores que apontam a emergência dos riscos transculturais. A hospitalidade, ou seu contrário, a exclusão, a discriminação e o racismo tornam mais frágeis esta inscrição na nova sociedade, que é tomada como de acolhida, mas que pode acabar vulnerabilizando ainda mais os sujeitos migrantes. (Ibid., p. 188)

3. CONSULTAS PSICOTERAPÊUTICAS COM MULHERES MIGRANTES E REFUGIADAS

O enquadre que desenvolvemos no Espaço Mãe Migrante Marie Rose Moro visa à oferta de um espaço de cuidado para que as mulheres migrantes possam compartilhar inúmeras questões, inclusive os sentimentos ambivalentes em relação ao bebê e às pessoas do seu entorno.

Temos utilizado a modalidade de atendimento consultas psicoterapêuticas inspiradas em Winnicott (1975) – que destaca não se tratar de uma técnica em si, mas de uma forma de aproximação ao sofrimento humano. Semelhante à primeira entrevista, o psicoterapeuta se dispõe a ocupar o lugar de objeto subjetivo (ibid.), período que ainda não há a diferenciação entre eu e o não-eu, de modo que, na situação terapêutica, o paciente possa criar/encontrar o cuidado de que necessita, ao mesmo tempo que o terapeuta se disponibiliza como objeto de uso, não no sentido perverso, mas atendendo às necessidades de sobrevivência do paciente. Os temas tratados no andamento do trabalho são trazidos pelo grupo e, seguindo o modelo proposto, as intervenções são pontuais e breves, consistindo em uma experiência que possui começo, meio e fim.

Como descrito por Winnicott (1975), trata-se de um método de comunicação significativa em um tempo e espaço definidos, tendo como base o brincar, que se caracteriza como momento em que a criatividade é ativada na presença do outro, como as expressões artísticas e culturais. Lebovici (1987, 1998), partindo da fundamentação teórica de Winnicott, ampliou a situação, inserindo nas consultas o bebê, os pais ou outros elementos da família, de modo a se incluir no *setting* a investigação dos conflitos geracionais e transgeracionais.

A partir dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, o terapeuta profundamente identificado com a questão do bebê é capaz de dar um sentido ao afeto, atribuir-lhe um nome, o que o bebê pré-verbal não é capaz de fazer. O *holding* oferecido pelo terapeuta facilita o estabelecimento de uma relação de confiança, tornando possível observar a interação entre a mãe, o pai e o filho e, eventualmente, outros membros da família. Os pais, então, podem falar de si mesmos, de suas famílias, de seu passado e da repetição de suas condutas, sendo ajudados a evocar fantasias que são projetadas no filho e a compreender as motivações conscientes e inconscientes de seus comportamentos. Na tentativa de se identificar com os pais, os terapeutas recebem as comunicações primitivas e procuram colocá-las em palavras, permitindo que se constitua uma nova rede de significados em relação ao bebê.

Interessante apontar que, mesmo atendendo famílias migrantes, Lebovici não levava em consideração em sua técnica as referências da cultura nem a condição de migrante dos pais, pois, para ele, as questões clínicas são universais. Foi Marie Rose Moro que, membro do Departamento de Psiquiatria do Bebê na Universidade Paris XIII e integrante da equipe de Lebovici, que começou a destacar a importância de levar em conta a cultura dos pacientes no *setting* terapêutico. Isso porque, durante muitos anos, trabalhou com famílias migrantes e seus bebês no hospital Avicenne, na periferia de Paris, onde observou que muitas queixas a respeito dos mesmos sintomas retornavam.

De fato, segundo Roheim (1972), o homem e a cultura estão intrinsecamente relacionados. A cultura faz parte do processo de humanização no qual a subjetivação acontece. É somente através da cultura que cada sujeito pode dar um significado singular às suas experiências, mesmo pertencendo

ao mesmo grupo cultural e social. Nesse sentido, o trabalho terapêutico com imigrantes tem um importante diferencial, pois se trata da diversidade desconhecida que precisa ser compreendida e contextualizada.

Em suas reflexões sobre o trabalho inicial com as famílias migrantes, Moro (1998) lembra que, na ocasião, a interação mãe-bebê era considerada como um objeto em si mesma, isolada e completa, em um sistema mais ou menos fechado. Portanto, o trabalho era feito com a dupla, em um esforço para modificar o comportamento, as fantasias inconscientes e os afetos inferidos. A cultura era vista como secundária, apenas colorindo o estilo das interações; o que prevalecia eram as fantasias idiossincráticas da mãe sobre a criança.

Porém, segundo a autora, o trabalho com os pais-bebês migrantes foi mostrando que, para se representar a interação pais-bebê e modificar aspectos disfuncionais, faz-se necessário integrar os parâmetros culturais não mais como aspecto secundário, mas como essencial para a efetividade do trabalho terapêutico.

Considerando a importância da cultura e sua interface com a psicanálise, Moro e Natan definem o que denominam etnopsicanálise: “[...] *uma técnica psicoterapêutica que atribui igual importância à análise da dimensão cultural nos sintomas tanto quanto ao funcionamento psíquico*” (Moro e Natan, 1995 apud Moro 1998, p. 196), trazendo um manejo clínico que permite abarcar verdadeiramente as mães migrantes e seus bebês.

Moro (1998) afirma que não é necessário aprofundar o olhar sobre a antropologia para concluir que nosso modelo de interação não é único e, portanto, não é universal. De fato, não é possível modificar os vínculos disfuncionais nas consultas terapêuticas pais-bebê sem levar em conta o aporte cultural da família e sua situação transcultural (nova cultura).

Para uma boa leitura e escuta de certos fenômenos, torna-se obrigatória uma dupla matriz epistemológica, embora não simultânea, que seria o complementarismo (Devereux, 1972 apud Moro, 2015, p. 188), definido como: “[...] uma dupla leitura de cada relato do paciente”. Isso contribui para o descentramento do analista, sendo esse o segundo princípio metodológico

para se obter uma leitura transcultural do caso. A pluralidade na leitura favorece a multiplicidade de referências, ou seja, uma ruptura etnocêntrica; por isso, a inclusão de mais analistas na sessão.

Nesta perspectiva, o *setting* inclui a análise das representações individuais e culturais do terapeuta e das famílias migrantes, delimitando os dados que pertencem a cada um. Trata-se de uma nova maneira de atender e de compreender o processo de parentalidade, sendo necessário um dispositivo que permita a explicitação dos dados culturais de origem – decorrentes da história singular dos migrantes – e os transculturais, da situação atual.

Desta maneira, o *setting* transcultural é formado pelo terapeuta principal e pelo coterapeuta, de várias nacionalidades e etnias, possibilitando a expressão em diversas línguas. Podem também estar presentes: a equipe que encaminhou o paciente, os pais do bebê e/ou da criança, membros da família (irmãos, avós etc.) e, se necessário, um intérprete externo ao grupo.

A sessão organiza-se “[...] ao redor do discurso sobre o paciente” (Blanchet e Nathan, 1991 apud Moro, 1998, p. 197) “[...] para acessar somente num segundo tempo o discurso do paciente”. Começamos permitindo que os acompanhantes e os membros da família e da comunidade possam se manifestar sobre o fenômeno e o que outras pessoas de referência da família tecem como sentido, como o que é dito por membros da cultura, como curandeiras, avós etc. Objetivo desse manejo é que, a partir do que é comunicado na sessão, possa ter uma escuta que leva em consideração, além das queixas subjetivas às referências culturais, considerando os costumes da família, os cuidados, rituais, línguas, códigos. De modo que as contribuições de todos os presentes na sessão, resultem em novas aberturas e posicionamentos frente ao sofrimento.

Embora o acesso à parentalidade seja uma experiência universal presente em todas as sociedades, cada cultura traz particularidades e modelos simbólicos de referências sobre aspectos como filiação, separação, diferenciação e transmissão. Se não contemplarmos essas questões, corremos o risco de diagnosticar como desviantes formas de parentalidade que não o são.

Ainda que o saber clínico proposto pela perspectiva teórica psicanalítica propicie uma compreensão dos processos da parentalidade, consideramos necessário incluir em nosso fazer clínico outras compreensões culturais. Isso porque,

em uma perspectiva cultural diferente das práticas ocidentais, os migrantes precisam de condições para “recriar” a parentalidade (Moro, 2015) – o que se torna possível pelo trabalho de miscigenação cultural (Moro, 2010) proposto pela etnopsicanálise ou psicoterapia transcultural (Moro, 1998, 2015).

Como já apontamos, tornar-se pais implica uma reorganização das representações de si e das relações, o que pode resultar em desenvolvimento ou não, dependendo das circunstâncias. De modo geral, os migrantes não possuem sustentação familiar, social, cultural, dificultando esse processo, encontrando-se em dupla defasagem: não têm acesso ao seu grupo de origem, e o grupo de acolhimento ainda não assimilou sua cultura.

Segundo Sayad (1999 apud Moro, 2004), até a segunda geração familiar, os membros vivem essa dupla ausência, mostrando-se vulneráveis e em risco para lidar com os conflitos inerentes a essa nova situação e com os fatores impostos pela sociedade, como pobreza, exclusão, racismo, isolamento.

A consulta terapêutica transcultural tem como objetivo, então, restituir aos pais e ao bebê a função de participantes ativos no processo de parentalização, validando e legitimando suas práticas de cuidados e exercendo influência positiva sobre seus sentimentos de ser pai ou mãe. Ela possibilita a vivência da identidade parental e desperta sentimentos de competência como cuidadores. Nesse contexto, não cabe a nós, terapeutas, orientá-los sobre o que e como fazer no cotidiano com o filho, mas favorecer e fortalecer as capacidades parentais ao considerar a cultura de origem e os sentidos que os pais constroem para compreender seu bebê.

4. O GRUPO DE ACOLHIMENTO

Como forma de aprofundar o trabalho até aqui descrito, trazemos o relato de uma experiência do grupo de acolhimento proposto pelo Centro Habitar – Espaço Mãe Migrante Marie Rose Moro, desenvolvido por duas psicólogas da nossa equipe – uma delas, estrangeira. Os atendimentos foram realizados em português, inglês, francês, *kreole* e aconteceram semanalmente, cada um com duas horas de duração, perfazendo nove encontros. O grupo era aberto, de maneira que qualquer migrante poderia participar, de forma voluntária, pelo período que permanecesse na instituição ou que lhe fizesse

sentido. As mulheres eram, em sua maioria, vindas de Angola, do Congo, da Nigéria e do Haiti. A partir dos atendimentos, o grupo foi nomeado como Grupo de Palavra.

Ao longo dos encontros, construiu-se um lugar de confiabilidade em que as participantes passaram a compartilhar suas dificuldades e seus sofrimentos, como as perdas e os problemas de adaptação diante das novas condições de vida. Foram vivenciadas as mais diversas emoções frente às histórias partilhadas, acompanhadas de olhares e gestos, que falavam também de dores, tristezas, alegrias, solidariedade, frustração e, sobretudo, de esperança.

O primeiro encontro não ocorreu na sala de reuniões, como havia sido combinado, mas de modo improvisado, na sala de costura da instituição, cujo espaço não tinha as dimensões necessárias para que as mulheres fossem acomodadas com conforto. Esse fato nos fez indagar sobre o tipo de acolhimento que estava sendo oferecido: qual era o lugar das mulheres refugiadas na instituição? Havia, de fato, lugar para elas?

Aquele espaço precário nos levou a fazer associações com a própria história daquelas mulheres, que haviam sido bruscamente transferidas para o Brasil, ficando sem lugar, de algum modo suspensas no ar, no mar, revivendo suas histórias de migração. Por outro lado, aquele local remetia, simbolicamente, à possibilidade de costurar feridas, histórias, tecidos, cores, alegrias e esperança.

Uma das queixas que apareceu logo no primeiro encontro foi o pouco tempo das migrantes para se comunicarem com seus familiares pelo celular, pois na instituição só era permitido usá-lo uma vez ao dia, durante 30 minutos, e elas não tinham direito de permanecer com o aparelho.¹ Diziam se sentir incomunicáveis, expressando, dessa forma, a própria condição de migrante diante de uma nova língua, ainda que algumas viessem de antigas colônias portuguesas. Ficava clara a necessidade de formarem novos vínculos através da comunicação e a frustração ante o limite imposto pela instituição.

1 Regra institucional que foi questionada durante nosso tempo de permanência na instituição. A justificativa era de que o celular permitia que as moradoras articulassem a entrada de drogas, porém a chegada das migrantes evidenciou a incompatibilidade desta regra para o novo cenário e a necessidade de reavaliação de certas condutas institucionais.

O segundo encontro também ocorreu em outro local, pois a sala de reunião destinada ao nosso projeto, novamente, estava ocupada com outra atividade, o que nos causou estranhamento, já que nosso grupo era fixo. Perante à situação, uma das mulheres comentou: “*não tenho lugar aqui no Brasil*”. Esse desabafo nos fez pensar na verdadeira disponibilidade e interesse da instituição para receber e trabalhar com as migrantes.

A rigidez institucional foi tema recorrente nos nossos encontros. Neste dia, as mulheres se queixaram de não poderem amamentar o bebê no quarto, deitadas na cama, necessitando descer até a sala de amamentação – o que lhes causava medo de cair na escada com o bebê, já que estavam com sono. O excesso de regras as levava a temer a expulsão, uma vez que duas advertências² eram suficientes para isso. Na ocasião, as expressões utilizadas pelas mulheres para expressar seus temores e indignação faziam referência à caça de um animal e à expulsão: “*on va m’attraper et on va me chasser; deux advertissements et on te chasse*”.³ Uma delas nos relatou que uma das assistentes técnicas da instituição a havia obrigado a assinar um papel sem que soubesse do que se tratava e o que significava.

Propusemos a reflexão acerca da importância das regras e dos limites protetores e não punidores. Assim, pudemos identificar o quanto as queixas estavam expressando os sentimentos e mecanismos persecutórios que a condição de refugiada despertava nas mulheres.

Finalmente, queixaram-se da clara diferença de tratamento entre elas e as brasileiras por parte da equipe técnica, fato que lhes provocava muito incômodo, vivenciado como “*injustiça com as estrangeiras*”, segundo suas palavras. Procuramos não só acolher o relato, mas conversar sobre a realidade da vida também muito precária das brasileiras – que, semelhante às estrangeiras, eram mães em uma situação de múltiplas vulnerabilidades. A partir de então, ficou clara a necessidade de também trabalharmos com a equipe técnica que cuidava de todas as mulheres, brasileiras e estrangeiras.

2 Quando as moradoras não cumpriam as regras, eram advertidas por seu comportamento; se eles se mantivessem, poderiam ser transferidas de instituição.

3 “Vão me agarrar, vão me expulsar, perseguir, duas advertências e te expulsam” (tradução nossa).

Como havia mulheres haitianas que só falavam *kreole*, convidamos para o terceiro encontro do grupo uma intérprete haitiana. Nesse dia, abordamos a problemática da imigração no Brasil, tendo como base um artigo publicado em uma revista da Universidade de São Paulo (USP). O objetivo era refletir sobre as dificuldades, o sofrimento e a violência da discriminação que vinham sofrendo, mostrando que essa condição não se restringia a elas, mas a todo imigrante que chegava ao Brasil e a outros países do mundo. No mesmo dia, ficamos sabendo que alguns bebês tinham pegado sarna e estavam bastante incomodados com a cocceira. Pensamos que também o estado interno de suas mães era de profundo incômodo, tendo de lidar com a adaptação às regras da instituição, aos costumes, à língua e a todas as demais dificuldades que acompanham essa condição de desenraizadas. Talvez, por meio desse quadro, os bebês estivessem comunicando tal estado.

As mulheres teceram comentários de diversas naturezas, demonstrando preocupação e angústia quanto ao futuro em nosso país: “*a verba (nas instituições e no país) é pouca, não é suficiente para todos, bloquearam as fronteiras*”; “*não existem condições para acolher todo mundo*”; “*a medicina aqui está mais desenvolvida*”; “*tem que seguir os ritmos daqui para não complicar a vida*”. Soubemos que algumas delas se mudaram para outro abrigo, fato que as deixava tristes. Segundo elas, essas mulheres haviam sido “*convidadas*” a sair porque haviam transgredido as regras além do limite estabelecido. “*No abrigo, você tem que respeitar as regras*”, falavam, retomando o tema; “*me humilham, eu faço que não compreendo o que elas [equipe técnica] estão falando*”.

Pudemos pensar no incômodo causado pelo encontro com outra cultura, concretizado no discurso de profissionais da equipe técnica que criticavam as “*estrangeiras*” pelo fato de “*elas não entenderem*” o que lhes era dito.

Outro tema que surgiu nesse encontro dizia respeito ao parto no Brasil. Muitas tinham feito cesárea, o que lhes causava estranhamento, pois não é costume nos seus lugares de origem; algumas já haviam tido outros filhos, sempre por via vaginal. Ouvimos de uma das participantes que sua irmã,

no país de origem, havia esperado dez meses para o bebê nascer. Outra relatou que havia sido diagnosticada com o vírus do HIV⁴ e, quando deu à luz ao seu bebê, estava apenas há 16 dias no Brasil.

Durante esse encontro, usamos um globo terrestre como meio facilitador para que nos falassem de seus países de origem, suas histórias, culturas, famílias. Estávamos interessadas em conhecer a vida que levavam antes da partida e por quais razões haviam decidido migrar, bem como o motivo de terem escolhido o Brasil. Uma delas vinha da Nigéria, tinha fugido em meio a um tiroteio, deixando o marido e o outro filho. Havia se escondido na floresta por alguns dias, até que conseguiu chegar ao navio que a trouxe ao Brasil, viajando alguns dias com uma mulher morta ao seu lado. Outra tinha tido problemas com a polícia, mas conseguira escapar; estava grávida de oito meses, e o pai do bebê tinha ficado para trás.

Outra participante havia perdido uma filha por uma doença hereditária e, quando engravidou novamente, não quis que seu bebê nascesse no país de origem, pois temia que acontecesse o mesmo. Conta que seu bebê morreu por falta de cuidados médicos. No oitavo mês de gestação, veio para o Brasil em busca de recursos médicos que evitassem a repetição do ocorrido com sua primogênita e outras três sobrinhas. As mulheres narravam suas travessias e a morte que rondava a viagem. Uma delas disse: *“no barco pedi a Deus para me deixar viver”*. A grande maioria era religiosa e frequentava a igreja; muitas cantavam no coro, um dos meios que usavam para lembrar o país de origem.

Começamos a perguntar como tinham escolhido os nomes de seus bebês. Alguns nos chamaram atenção: Alegria, Maravilha, Estrela, Salvador. Lembramos Dolto (2002), quando ressalta a importância de se conhecer o que é veiculado por meio da escolha dos nomes dos filhos. Os nomes traziam consigo algo da história dos pais, da família, indicando que colocavam para a criança a incumbência de salvar a família, especialmente no caso de um dos bebês. Outro fato que nos chamou atenção foi o bebê que até dois meses

4 Vírus da imunodeficiência humana

tinha um nome e, depois, passou a ter outro, completamente diferente. A mãe nos explicou que, em algumas regiões, é o pai quem escolhe o nome do filho, mas como ele não estava presente, o bebê recebeu um nome provisório.

Conversando sobre a escolha dos nomes, percebemos toda a carga psíquica que podem trazer na cultura ocidental, porém, como nos lembra Dolto (2002), em outras culturas o nome não tem o mesmo peso. Entre os esquimós, por exemplo, os bebês são concebidos depois de um sonho com um familiar que já morreu – como avó, avô, tio, tia – e os pais decidem quem deve retornar através do bebê. Assim, até os 12 anos a criança não tem um nome, sendo chamada de Mamãe, Tia, Tio (D’Anglure, 1998). Esta prática, na nossa cultura, poderá acarretar dificuldade na constituição da subjetividade deste bebê, uma vez que ele não tem um lugar, pois veio substituir o outro que morreu.

Estávamos atentas e interessadas em conhecer as histórias das migrantes, seus nomes, suas culturas, porque, no período da gravidez, a mulher tende a se conectar com seu passado, rememorando a relação com sua mãe, com seu pai. Como vimos, trata-se de um período em que a gestante está construindo uma nova identidade, tal como a estrangeira, que chega em uma nova cultura e vai reacomodando elementos de sua identidade. São processos complexos que podem ser dificultados tanto em função de características pessoais como em função da flexibilidade ou rigidez dos limites da cultura que as acolhe ou rechaça.

Em um dos encontros, foi abordado o tema da amamentação. Observamos que praticamente todas amamentavam seus bebês, que se mostravam bastante saudáveis e cheios de vitalidade. Uma delas se referiu à amamentação dizendo que era um presente para o bebê. De fato, a amamentação é o primeiro laço que une alimentação e afeto. Outra revelou: “*Em meu país, damos-lhe chá, leite, verduras*”.

Paulatinamente, as mulheres se sentiam com mais confiança, contando novos episódios de suas histórias, dançando, rindo, além de sempre abordarem a alimentação típica de seus países de origem em nossos encontros.

Soubemos que uma das mulheres que era líder no grupo, por estar sempre alegre e apoiando as demais, havia ido embora. Todas estavam muito tristes, sentindo a perda da colega. Validamos a tristeza e acrescentamos que

tal perda fazia com que revivessem outras perdas recentes que haviam sofrido, mas que a esperança de alcançar os objetivos que aqui buscavam seria um alento para o sofrimento.

Não há dúvidas de que a questão da vinculação e da separação se relaciona diretamente com o que a mulher vivencia na maternidade: no início, o bebê é acolhido como parte dela mesma; depois, é preciso perceber que ele terá vida própria; finalmente, é preciso renunciar ao bebê idealizado e adotar aquele que chega ao mundo.

5. TRABALHO COM A EQUIPE TÉCNICA

Conforme mencionado, a partir dos atendimentos ao grupo de migrantes, identificamos a necessidade de criar um espaço para escutar a equipe técnica, também composta por muitas mães cuja condição de vida guardava muita semelhança com a das estrangeiras. Foram três encontros: dois com a equipe do dia e um com a equipe da noite. No geral, ambas apontaram pontos comuns, conforme descrevemos a seguir.

De início, solicitamos que as técnicas se apresentassem e nos contassem suas histórias, como se relacionavam com os próprios familiares, se eram ou não mães. Muitas também tinham migrado, tendo sido bem ou mal acolhidas. Também relataram a história da instituição, como tinham nela chegado e como se sentiam no papel de cuidadoras, a dedicação profissional, as dificuldades enfrentadas, a falta de condições ideais de trabalho, o que gostavam, o que não gostavam e o que fazia com que nela permanecessem. A equipe da noite abordou, ainda, o medo de trabalhar naquele período sem ter a segurança necessária.

Enfatizamos nos encontros as semelhanças e diferenças entre essas profissionais e as migrantes. Como semelhanças, apareceu o fato de serem mulheres, mães, a vontade de viver, a superação e a gratidão, a sensibilidade, a fragilidade, as histórias por vezes tristes e difíceis, a esperança e a vontade de viver em um mundo melhor. Como diferenças, apontaram que possuíam suas famílias; parte delas vivia com os pais de seus filhos, com alguma estrutura financeira e tinham um lar, um emprego. Além disso, encontravam-se na instituição por escolha.

Sobre as regras do local e que sentido faziam para elas, algumas expressaram a necessidade de “*trabalhar com as regras, sem perder a humanidade*”. A questão que se fez presente foi: como as regras podiam ajudar as mulheres a se inserirem na sociedade brasileira, que é cheia de regras? “*Elas [migrantes] querem tudo, mas tudo não dá*”. Concluíram que algumas regras protegiam, mas outras de fato não faziam sentido. Isso nos remeteu a Freud (1913), quando ressalta a necessidade da renúncia para que seja possível pertencer a um grupo. No entanto, pensamos que, na condição de gestante, a mulher está mais centrada em si mesma e pode ser mais complexo renunciar a certas pulsões, sobretudo em um contexto pouco acolhedor.

Chamou nossa atenção uma colocação das técnicas da equipe da manhã: as mulheres refugiadas “*estão em um hotel, é muito bom, elas têm muitas coisas*”; o discurso era de que deveriam estar agradecidas e não se queixando: “*Elas gostam da bagunça*”. Então, apareceram preconceitos, mostrando o quanto havia, entre as cuidadoras, pouca disposição de compreender que as migrantes vinham de outra cultura, com valores e hábitos diferentes, inclusive de higiene: “*A diretora vai pensar que a gente não limpa*”. Expressavam, com essas falas, o quanto sentiam seu trabalho ameaçado, evidenciando o medo, tal qual o das refugiadas, de serem expulsas ou transferidas de instituição. O fato de as técnicas relatarem como se sentiam abandonadas nos fez pensar nos efeitos contratransferenciais vivenciados pelas técnicas que ficavam identificadas com as angústias das refugiadas e, por vezes, não conseguindo exercer o cuidado necessário.

Consideramos que acolher a equipe técnica foi efetivo, abrindo campo para um acolhimento mais humano. Entretanto, apesar de termos visto alguns benefícios, como a liberação da cozinha para que as migrantes cozinhassem pratos típicos de suas regiões, dos quais sentiam muita falta, fomos informadas, de modo abrupto, que devido a mudanças administrativas, nosso trabalho seria encerrado. Tentamos disponibilizar outro local de atendimento, o que permitiu mais um encontro com o grupo de refugiadas, mas, infelizmente, não foi possível dar seguimento ao trabalho.

6. ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Dando continuidade à discussão acerca da maternidade em situação de refúgio, apresentamos agora uma síntese da história de duas pacientes nigerianas, a quem chamamos de Udo e Yia. Ambas foram acompanhadas durante um ano e meio por uma das autoras deste texto, na mesma instituição, em atendimento individual realizado em inglês.

Enquanto fugia após um ataque do Boko Haram⁵, Udo viu seu pai ser assassinado e acabou se perdendo da família. Ficou três dias escondida na mata, até que um grupo a acolheu e a levou para um navio que vinha para o Brasil. No início da viagem, estava acompanhada de uma mulher, com quem se escondeu na mata, mas um dia acordou e viu a amiga sem vida. Udo descrevia esse período no navio como tendo o “*cheiro da morte*”. Chegou aqui com oito meses de gestação, fantasiando a morte de seu bebê, já que não o sentia se mexer e tinha sofrido um aborto três anos atrás.

Conforme a gestação avançava, os receios sobre o parto em território estrangeiro aumentavam. Porém, a possibilidade de acompanhar uma colega durante o trabalho de parto lhe ofereceu a oportunidade de saber o que a esperava e de constatar que não era tão diferente do que havia vivido em seu próprio país.

Udo teve seu filho após um parto normal e mostrava-se saudavelmente preocupada com as necessidades dele, buscando referências em sua cultura sobre como cuidar do bebê, mas sentia-se sobrecarregada pelo fato de estar sozinha. Lembrava que, nos três primeiros meses de vida do seu primeiro filho, recebera os cuidados e amparo da família e da comunidade de origem.

Em meio às dificuldades para se adaptar ao Brasil e à vida institucional, Udo estranhava o fato de todos quererem saber o nome do seu bebê quando ele ainda estava na barriga. Como em sua cultura esse é um assunto privado, o nome só é anunciado à comunidade dez dias depois do nascimento. Outra coisa que lhe chamou atenção foi a possibilidade de registrar o bebê sem o

5 Grupo identificado como uma organização religiosa terrorista que apresenta características do novo estilo de terrorismo religioso (Voll, 2015). A organização surge em 2002 na Nigéria, mas ganha força e notoriedade ao unir-se ao Estado Islâmico em 2009.

nome do pai. Inicialmente, ficou revoltada, porque ele tinha um pai, mas, diante da sua ausência, teceu como sentido para essa experiência o poder que a mulher tem na cultura brasileira, condição para ela confirmada pelo fato de uma mulher ter sido eleita presidente da República. Ela também gostaria de ter realizado a circuncisão de seu filho, conforme os costumes de seu país de origem, mas isso não foi possível.

Udo se esforçava para que seu filho tivesse uma vida boa e tranquila no Brasil, dizendo que seria capaz de tudo para que ele não experimentasse as angústias que ela havia vivido nos últimos meses. Mãe atenta, dedicada e cuidadosa, ficou sem notícias do marido e do seu primeiro filho durante um ano, até que decidiu voltar à Nigéria e, surpreendentemente, pôde encontrá-los com vida. Regressando ao Brasil, seguia tentando reunir o restante da família aqui.

O segundo caso clínico conta a história de Yia. Quando estava grávida, tinha organizado sua fuga para Trinidad e Tobago, mas, tendo seus documentos e dinheiro furtados em uma conexão de seu voo no Brasil, permaneceu retida no aeroporto por dez dias. Decidiu fugir da Nigéria porque seu marido estava sendo pressionado a se juntar ao Boko Haram, e ambos temiam que a família fosse usada para que ele cedesse às pressões. Ela acabou dando à luz ao bebê no Brasil, um mês após sua chegada.

Dez dias depois, seu filho foi internado com um quadro de convulsão, permanecendo no hospital por um mês e meio. Yia teve muitas dificuldades para cuidar do bebê, como aconteceu com os outros três filhos; elas se agravavam com a iminência de perdê-lo. Tinha dificuldade em manejá-lo, dizendo que, em sua cultura, o costume era amarrar o bebê junto ao corpo, ficando com as mãos livres. Não conseguia realizar suas práticas maternas, principalmente, porque sentiu-se vítima do preconceito e da discriminação das mães brasileiras quando tentava exercer a maternidade do modo como lhe era familiar.

Ela relatou que seus filhos se sentavam aos quatro meses, porque eram estimulados com alongamentos e massagens, mas, no Brasil, isso causava mal-estar nos que assistiam a essa prática. Por essa razão, sentia-se inibida para continuar estimulando seu filho, criando a fantasia de que ele tinha pernas tortas por não ter feito os alongamentos necessários.

Durante muito tempo, Yia se sentiu confusa, instável e perdida. Por um erro no registro do seu documento ao entrar em nosso país como requerente de refúgio, passou a ser reconhecida pelo sobrenome do marido, e não pelo seu nome. Foi somente após um ano no Brasil que conseguiu mudar seu nome no papel e se reconhecer nele.

Fez tudo o que estava ao seu alcance para trazer o marido para cá mesmo antes de ser reconhecida como refugiada, tendo conseguido reunir a documentação necessária para que ele saísse da Nigéria. Ele, ao chegar ao Brasil, conseguiu registrar a criança aqui, ganhando também o direito de permanência legal e, rapidamente, conseguiu um emprego como contador. Yia e seu marido lutaram e conseguiram trazer os outros três filhos que ainda estavam na Nigéria.

Ela sentia-se vítima de preconceito racial e sofria por viver uma realidade muito diferente da anterior ao refúgio, seja em termos financeiros, seja pelas diferenças culturais, pela barreira da língua ou pelo seu empenho pessoal para reunir toda a família. A família optou por fazer mais uma mudança depois de alguns anos, escolhendo ir para o Sul do país, pois acreditavam que teriam mais oportunidades de trabalho e mais qualidade de vida. Em 2019, Yia entrou em contato para dar notícias, dizendo que estavam todos muito bem e felizes. Queria dividir a notícia de que, com sua força de trabalho, conseguiu juntar dinheiro e custear a viagem de um de seus irmãos para o Brasil, o que a fez lembrar o dia que chegou ao Brasil e o quanto era agradecida pelo acolhimento que recebera da nossa equipe.

Durante os atendimentos individuais dessas duas mulheres migrantes, foram necessárias adaptações: as sessões eram em inglês (única língua que tinham em comum com a psicóloga), com duração variando de 50 a 80 minutos.

Foram também realizadas diversas reuniões com a equipe institucional a fim de compartilhar a visão da psicóloga sobre o sofrimento das gestantes e mães refugiadas com o objetivo de oferecer um efetivo acolhimento de suas singularidades. Um exemplo desse tipo de intervenção resultou na permissão institucional para que as estrangeiras cozinhassem e preparassem comidas típicas pelo menos uma vez por semana, compartilhando o *fufu* – comida à base de mandioca da qual sentiam muita falta – e na conquista de permanecerem com o celular em tempo integral.

Com Yia, talvez por ser a primeira paciente refugiada recebida pela instituição, observamos o despreparo da equipe, sendo necessárias muitas mediações para que as técnicas compreendessem a gravidade de uma situação em que muitas vulnerabilidades se somavam. Para isso, era fundamental que deixassem de se ocupar com o cumprimento das regras institucionais e voltassem seu olhar para o peculiar, o diferente, o estrangeiro.

A psicóloga responsável pelo atendimento sentiu-se confusa quanto ao papel que deveria desempenhar como psicóloga, mas foi a partir das necessidades dessas pacientes que encontrou um lugar de acolhimento. Ela acompanhou Yia em duas reuniões com a instituição Cáritas, que trabalha na defesa dos direitos humanos de refugiados, para ajudá-la a compreender como era o processo de requerimento de refúgio no Brasil, mas sem tirar a sua autonomia para seguir em frente com seu novo projeto de vida, reunindo a documentação necessária para conseguir um visto que autorizasse a entrada de seu marido em nosso país.

Já bem distante do lugar usual de neutralidade e escuta, ajudou a autenticar e digitalizar documentos que comporiam um dossiê para Yia enviar à embaixada do Brasil em seu país. Até em sua mudança do abrigo foi necessário ajudá-la – dado o desamparo, o isolamento, o desenraizamento, o preconceito e tantos outros sofrimentos que Yia lutava para dar conta.

O atendimento a pacientes refugiadas nos fizeram, inúmeras vezes, repensar o papel do psicólogo clínico e nos adaptar, no sentido do manejo winnicottiano, às necessidades pessoais, sociais e culturais dessas mulheres.

Winnicott, em consideração ao *setting*, afirma que sua manutenção é tão importante quanto o trabalho interpretativo, mas foi no caminhar dessa clínica diferenciada que aprendemos o que o autor quis dizer com “[...] uma provisão ambiental especializada” (Winnicott, 1994 p. 78).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação põe em marcha profundas transformações, abarcando dimensões biopsicossociais e exigindo da mulher uma reconstrução identitária como filha, mãe, amante, profissional. Para tanto, ela necessita contar

com seus recursos psíquicos, construídos ao longo dos períodos de amadurecimento, com os cuidados e cumplicidade do companheiro, com o suporte de familiares e da sociedade.

No caso de mulheres migrantes, a experiência da gestação se torna muito mais complexa, já que sua condição implica estar em uma nova cultura, com outra língua, outros códigos, muitas vezes sem o companheiro, os outros filhos e familiares.

A migração pode implicar rupturas e traumas. As rupturas podem se reatualizar durante o processo de tornar-se pais, quando se pode operar uma transmissão dos elementos traumáticos aos filhos. Concordamos com Moro (2011) quando afirma que as mulheres se encontram vulneráveis em três níveis: pessoal, social e cultural. Nesse sentido, é fundamental prover um ambiente de continência que permita um trabalho de elaboração psíquica para que a mulher possa se reconstituir e se inserir no novo ambiente cultural.

Cientes da importância do período perinatal para o desenvolvimento da criança, como psicólogas, consideramos fundamental oferecer cuidados psicológico e cultural aos pais imigrantes para que possam cuidar dos bebês e prover um ambiente suficientemente bom para seu desenvolvimento.

Para este trabalho, observamos a necessidade de acolhimento às mães migrantes, as especificidades dos cuidados a elas dedicado, o lugar do terapeuta e a necessidade do descentramento cultural da equipe de acolhimento. Isso porque é importante que sejamos a ponte para a inserção na nova cultura, ao mesmo tempo em que damos sustentação às práticas culturais dos pacientes sem impedir que os cuidados de acordo com a cultura parental possam ser oferecidos.

Observamos, ao longo de nossos atendimentos, a importância dos grupos – seja no sentido de relembrar as origens do grupo familiar ou da construção de novas redes de apoio no processo de integração a uma nova cultura, longe das próprias raízes. Por fim, ressaltamos a necessidade de políticas públicas para lidar com a demanda crescente e singular trazida por essas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ACHING, M. C. (2013). *A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- ACHING, M. C. (2017). *A experiência de mães refugiadas na clínica winnicottiana da maternidade. Tese de doutoramento em Psicologia*. Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- ACHING, M. C. e GRANATO, T. M. M. (2018). O papel da rede de apoio a mães refugiadas. *Estudos de Psicologia*, v. 35, n. 2.
- BIBRING, G. et al. (1961). A study of psychological processes in pregnancy of earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, n. 16.
- BORGES, T. W.; PEIRANO, C. e MORO, M. R. (2018). A clínica transcultural: cuidando da parentalidade no exílio. *Estudos de Psicologia*, v. 35, n. 2.
- BYDLOWSKI, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*.
- D'ANGLURE, B. S. (1998). Lo transgeracional en los Inuits. CD-rom. In: LEBOVICI, S. e GOLSE, B. (1998). *L'arbre de vie: éléments de la psychopathologie du bébé*. Paris, À l'aube de la vie.
- DOLTO, F. (2002). *Tout est langage*. Paris, Poche. Original publicado em 1987.
- FREUD, S. (1913). *Totem e tabu*. Paris, Payot.
- GIRAUD, F. e MORO, M. R. (2004). "Parentalidade e migrações". In: SILVA, M. C. P. e PONTON-SOLIS, L. (orgs.). *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp. 203-209.
- LEBOVICI, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- LEBOVICI, S. e GOLSE, B. (1998). *L'arbre de vie: éléments de la psychopathologie du bébé*. Paris, À l'aube de la vie.
- LEBOVICI, S.; DIATKINE, R. e SOULÉ, M. (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Puf.
- LE MOAL, P.; HOUILLON, P. e D'ALMEIDA, L. (2001). Parentalité et migration. *Annales Medico-psychologiques, revue psychiatrique*, v. 159, n. 6.
- MAZET, P. e STOLERU, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- MESTRE, C. e GIOAN, E. (2019). La maternité et l'exil: quel accueil dans nos maternités? *Le journal des psychologues*, v. 7, n. 369.

- MORO, M. R. (1998). “Vers une ethnopsychanalyse parents-bébé”. In: LEBOVICI S. (ed.). *L'arbre de vie. Eléments de la psychopathologie du bébé*. Toulouse, Erès, pp. 193-213.
- MORO, M. R. (2008). *Maternités en exil: mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. Paris, Bibliothèque de l'autre.
- MORO, M. R. (2010). *Grandir en situation transculturelle*. Bruxelles, Éditions Fabert.
- MORO, M. R. (2011). Approche transculturelle de la parentalité. *Confrontations Psychiatriques*, v. 50.
- MORO, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, v. 26, n. 2.
- MORO, M.R. (2017). Etre et faire : se construire parents et enfants dans la migration. *Le Coq-héron* (230), pp. 87 à 96.
- MORO, M. R. e NATAN, T. (1995). Ethnopsychiatrie de l'enfant. In: LEBOVICI, S.; DIATKINE, R. e SOULÉ, N. (eds.) *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 423-446.
- OLIVEIRA, T. M. (2008). *Preocupação materna primária e consulta terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária*. Tese de doutoramento em Psicologia. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- PRANDO, N. R. (2016). *Intervenção psicanalítica preventiva: oficinas com gestantes em estado de vulnerabilidade psicossocial*. Dissertação de mestrado em Psicologia. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ROHEIM, G. (1972). *Origine et fonction de la culture*. Paris, Gallimard. Original publicado em 1943.
- SILVA, M. C. P. (2014). *A construção da parentalidade em mães adolescentes: um modelo de intervenção e prevenção*. São Paulo, Escuta.
- SILVA, F. V. B. (2018). *Compreendendo a experiência emocional da maternidade em mães de bebês com deficiência*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- SOLÉ, C. e CACHON, L. (2006). Globalización e inmigración: los debates actuales. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, n. 116.
- SOLIS-PONTON, L. (2004). “A construção da parentalidade”. In: SILVA, M. C. P. e PONTON-SOLIS, L. (orgs.). *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- STERN, D. (1997). *La constellation maternelle*. Paris, Calmann-Lévy.
- VOLL, J. O. (2015). Boko Haram: religion and violence in the 21st Century. *Religions*, v. 6.

- WINNICOTT, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1971.
- 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: Artmed. Original Publicado em 1964.
- WINNICOTT, D. W. (2000a). “A mãe dedicada comum”. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, pp. 1-11. Original publicado em 1949.
- WINNICOTT, D. W. (2000b). “Preocupação materna primária”. In: WINNICOTT, D. W. D. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 491-498. Original publicado em 1956.

As consultas terapêuticas no contexto institucional de acolhimento

CLAUDINEI AFFONSO

A diversidade de situações, contextos e questões que envolvem os atendimentos terapêuticos na atualidade exige do profissional a revisão das formas e a ampliação das possibilidades de atuação. Por esse motivo, é importante destacar os conceitos que contribuem para um atendimento relevante em um contexto específico, como é o caso das instituições de acolhimento para adolescentes grávidas ou com filhos pequenos, em foco neste capítulo.

Com intenção de contribuir para as questões que envolvem as instituições de acolhimento e as incertezas da adolescência, realizei minha pesquisa de doutorado, intitulada *As necessidades maternas de jovens abrigadas nos períodos pré e pós-nascimento sob o olhar de D. W. Winnicott* (Affonso, 2015). Nesse trabalho, utilizei o método de entrevistas semiestruturadas para identificar as necessidades emocionais de adolescentes gestantes e mães, sendo as análises feitas a partir da perspectiva da psicanálise winnicottiana. Foram necessários dois anos de encontros e desencontros, tanto com a instituição quanto com as adolescentes, durante os quais busquei descrever as demandas emocionais das assistidas a partir da perspectiva do desenvolvimento emocional, com resultados reveladores.

A banca de defesa da tese, em suas arguições, ressaltou que, mais do que entrevistas, os encontros com as adolescentes apresentavam muita similaridade com o dispositivo de consultas terapêuticas proposto por Winnicott – ideia que permaneceu comigo e que, neste texto, me permito abordar. Para tanto, foi primordial retomar a tese para reler os diálogos apresentados em outra perspectiva, o que me encaminhou a escolher uma situação vivida com uma das entrevistadas. Em nossos encontros, estabelecidos em uma base de confiança, ela pôde revelar necessidades primárias de acolhimento, traumas

diante da gestação precoce, dificuldades no vínculo e cuidado com o bebê – algo que não havia encontrado espaço para ser comunicado, nem mesmo na instituição de acolhimento.

De fato, as consultas terapêuticas propostas por Winnicott (1994) abrem campo para a comunicação de conflitos internos que impedem o desenrolar do processo de amadurecimento. Trata-se de um tipo de intervenção singular, em que são realizadas poucas entrevistas, ou mesmo únicas, nas quais o pediatra e psicanalista inglês buscava se adaptar às necessidades prementes e ao tempo concedido pelas famílias que o procuravam para atendimento de suas crianças. Desta forma, encontrou um modo de estabelecer contato, partindo das experiências e daquilo que elas expressavam durante as brincadeiras ou desenhos que propunha a cada encontro. O importante era viabilizar a comunicação, que não precisaria ser interpretada, mas compreendida e retornada aos pequenos pacientes.

Realizadas por profissionais com formação psicanalítica, as consultas terapêuticas podem contribuir para a análise de situações e avaliação de estados emocionais ou possíveis distúrbios psíquicos, além de sugerirem e viabilizarem intervenções que favoreçam o desenvolvimento emocional através de encontros que conduzem à integração de experiências traumáticas. A partir dessa perspectiva, Winnicott propõe um olhar para as primeiras entrevistas como parte de um momento no qual o paciente comunica suas necessidades mais emergentes, uma “comunicação significativa”, caso sinta-se em um ambiente seguro e confiável. A interpretação é compreendida e apresentada como algo simples, não sendo pautada, como na psicanálise tradicional, na revelação de conteúdos latentes ou do inconsciente reprimido, mas amparada pela comunicação e experiência que acontecem no aqui e agora, ou seja, no momento do encontro psicoterapêutico. Nas palavras do autor:

O princípio que estou enunciando neste momento é que o analista reflete de volta o que o paciente comunicou. Este enunciado muito simples a respeito da interpretação pode ser importante pelo próprio fato de ser simples e evitar as tremendas complicações que surgem quando se pensa em todas as possibilidades que podem ser classificadas na premência interpretativa. (Ibid., p. 164)

A interpretação se apresenta de maneira ativa para o próprio paciente, na medida em que pode emergir do si-mesmo, e não apenas do analista, sendo compartilhada na experiência.

Para Lescovar (2004, p. 45):

A comunicação significativa, isto é, o ponto-ápice dessa modalidade de intervenção e avaliação psicológicas, gradualmente se configura ao longo do próprio processo de comunicação e contato entre analista e paciente. Para surpresa de ambos, em um dado momento, a comunicação significativa apresenta-se muito claramente, por meio da fala, das brincadeiras ou de desenhos comuns aos participantes. A dupla analítica surpreende-se com a emergência de aspectos essenciais da biografia do paciente, relacionados à problemática que o paciente buscava tratar – e que sequer tinha consciência dessa abrangência que o motivava a buscar auxílio. Diante desse fato comunicacional, o psicoterapeuta conclui um psicodiagnóstico compreensivo psicanalítico.

Em síntese, podemos afirmar que as consultas possibilitam que se trabalhe de maneira flexível, resultando em um encontro analítico singular, pautado na relação analista-paciente, sem a rigidez técnica e procedimentos estanques.

Na busca de partilhar esta perspectiva de intervenção terapêutica junto a adolescentes abrigadas em instituições de acolhimento, sigo neste capítulo visitando algumas orientações teórico-práticas que favorecem a compreensão de temática tão complexa.

FUNÇÕES DE CUIDADO EXERCIDAS NAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

As instituições de acolhimento representam um espaço de segurança, estabilidade e proteção, tendo como função promover continência às necessidades objetivas e demandas emocionais da população atendida, contando, para isso, com o apoio de outros parceiros.

No caso de adolescentes gestantes abrigadas que sofreram a omissão de familiares significativos, razão pela qual necessitam de amparo e cuidados especiais, essas instituições devem proporcionar uma experiência de convívio cotidiano que se aproxime ao ambiente familiar, criando espaços acolhedores

que contribuam para promover a saúde emocional dessa população. A experiência de um cuidado suficientemente bom tende a favorecer a criação de vínculos amorosos com seus bebês, de modo que essas jovens mães possam deles cuidar também suficientemente bem.

É importante, ainda, que as adolescentes sintam a possibilidade de retorno à família ou se percebam em condições pessoais para retomar, em outras bases, as relações afetivas que envolvem parentes e amigos. Para isso, os profissionais que atuam nesse contexto devem receber e prover suporte emocional às jovens; mas, para que isso ocorra, devem ser disponibilizados mais investimentos na capacitação e formação profissional (Oliveira, 2006).

As instituições abrem as portas para ansiedades, angústias, conflitos e sentimentos ambivalentes, mas devem fechá-las para ameaças externas concretas que põem em risco a integridade física e psíquica das adolescentes abrigadas. Concretamente, instituições determinam um limite real: um dentro e um fora materializados. As experiências constituídas nesses espaços se configuram pelos limites entre o real vivido subjetivamente e a realidade concreta, materializada das paredes institucionais. Trata-se, pois, de uma lógica que apresenta grande complexidade para aqueles que trabalham cotidianamente nesses espaços de passagem. Em se tratando de adolescentes gestantes ou mães, a complexidade se torna, algumas vezes, um enigma para esses profissionais.

Na busca de compreender o amadurecimento emocional dessas jovens, o ambiente institucional deve se dispor a reconhecer e acolher essas necessidades de modo a facilitar sua sustentação. Embora não seja o lar, a instituição as abriga e as acolhe. Ao se sentirem seguras em um ambiente de confiança que apresenta as condições para que os conflitos possam emergir e ser sustentados, a possibilidade de dependência emocional se apresenta.

Porém, de certa forma, a dependência é subjugada ao imediatismo, pois, por ser um lugar de passagem, em que as questões práticas e pressões da realidade externa são imperiosas, as instituições têm pouco espaço para trabalhar o âmbito subjetivo, sendo a independência da adolescente priorizada neste contexto. De fato, impera a expectativa de que ela possa adquirir a maturidade necessária para assumir uma vida adulta, de trabalho, estudo e responsabilidade pelo cuidado do recém-nascido.

Desta maneira, a instituição impulsiona a adolescente ao crescimento rápido, havendo certa pressão diária para que não desperdice tempo e busque aperfeiçoar as relações para encontrar soluções práticas diante das dificuldades, de modo a adquirir qualificação para conquistar a vida adulta o mais breve possível. Ou seja, espera-se que a adolescente entre na vida adulta pautada pelo trabalho com a finalidade de alcançar a independência financeira.

Diante disso, é fundamental compreendermos as características desse período do processo de amadurecimento e de que forma afeta os diversos ambientes em que os adolescentes se inserem.

O SER ADOLESCENTE NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

A adolescente deve ser respeitada em suas imaturidades, pois se encontra em uma fase de possibilidades e descobertas pessoais. Winnicott (2006a, p. 198) nos aconselha: “[...] por amor aos adolescentes, e à sua imaturidade, não lhes permitam crescer e atingir uma falsa maturidade, transmitindo-lhes uma responsabilidade que ainda não é deles, mesmo que possam lutar por ela”.

Àqueles que cuidam do adolescente, serve o aviso: considerem que ele está engajado na experiência de viver, na busca do sentido de sua existência, da própria identidade e do sentir-se real. O fator determinante para a conquista do amadurecimento emocional é a possibilidade de ser. “A partir do ser, vem o fazer, mas não pode haver o fazer antes do ser – eis a mensagem que os adolescentes nos ensinam” (Winnicott, 2005g, p. 7).

O amadurecimento precisa de sustentação do ambiente, mas adolescentes “[...] não querem ser compreendidos” (Winnicott, 2005e, p. 115) e buscam viver as próprias experiências. Porém, ainda assim, a presença do ambiente é fundamental para conter as angústias do crescimento e sustentá-las em um período de várias indagações e desejos. Contudo, se os pais não assumirem a responsabilidade pela saúde física e psíquica dos seus filhos, os jovens passarão por uma falsa maturidade, perdendo a maior vantagem dessa fase: a de poder ter liberdade de agir e pensar segundo seus impulsos (Outeiral e Araújo, 2001).

O ambiente facilitador, nesse momento, deve ser aquele que reconhece tanto as necessidades da infância, ou mesmo os desejos e fantasias do inconsciente. Esse ambiente, sendo confiável, oferece condições para que o adolescente possa expressar com intensidade as suas necessidades, que, para Winnicott (2005e, pp. 123-124), são:

A necessidade de evitar falsa solução; A necessidade de sentir-se real, ou de tolerar a absoluta falta de sentimento; A necessidade de ser rebelde num contexto que, confiadamente, acolha também a dependência; A necessidade de aguilhoar repetidamente a sociedade de modo que o antagonismo desta se faça manifesto, e possa ser rebatido por um contra antagonismo.

Diante das necessidades expressas, pergunta o autor: “[...] a nossa sociedade terá saúde para fazer isso?” (Winnicott, 2005d, p. 173). Essa questão nos leva a pensar na visão da sociedade atual em relação ao adolescente e o que está sendo feito para que ele possa estar protegido em seu processo de crescimento. Nas palavras de Winnicott (2005e, p. 119):

Os muitos colapsos psicológicos entre os adolescentes demandam nossa tolerância e nossos cuidados; o novo tipo de desenvolvimento exerce uma tensão sobre a sociedade, pois os adultos que foram privados da adolescência não gostam nada de ver meninos e meninas à sua volta.

De fato, aqueles que exercem a função de cuidadores dessa população, muitas vezes, podem se deparar com a inveja que a adolescência pode provocar, sem perceber a origem disso. Se a cuidadora não pôde viver a própria adolescência, a possibilidade de identificar-se com as transformações da jovem fica prejudicada.

Já os adultos maduros, que têm condições para assumir essa responsabilidade de cuidado, precisam se identificar com os esforços dos adolescentes para encontrarem o próprio destino em uma sociedade que não respeita os processos pessoais e se sobrepõe às necessidades do indivíduo, conduzindo o jovem ao consumo.

O idealismo social é a parte mais emocionante desse período, que dura poucos anos, podendo trazer novas perspectivas e ideias, se a imaturidade for respeitada. Trata-se de uma propriedade que será perdida e substituída pela vida adulta. A sociedade e sua parcela de adultos maduros precisam ser

capazes de se identificar com o potencial do adolescente de ser livre, ter esperança, visões, sonhos e planos para um mundo melhor. O importante é que esse desafio possa ser aceito, sem ser compreendido e sem que o adolescente seja informado de sua imaturidade. Ele sabe que não estará preparado para a vida adulta sem o suporte de um adulto maduro, que deve aceitar o desafio de acompanhá-lo em seu ritmo e tempo. Mas, se for impulsionado a uma maturidade falsa, baseada na personificação do adulto, os resultados disso podem ser terríveis.

Em se tratando de ambientes institucionais, Winnicott (2005b) compartilhou sua experiência em alojamentos para crianças durante a II Guerra Mundial, contribuindo para que os profissionais responsáveis se organizassem e lidassem com aqueles que apresentassem distúrbios emocionais. Para ele, em tempos de paz, essas crianças seriam aquelas “[...] cujos lares não existem ou cujos pais não conseguem estabelecer uma base para o desenvolvimento delas, e crianças que têm um lar, mas, nele, um pai ou uma mãe mentalmente doente” (ibid., p. 82). Podemos dizer que isso também se aplica às adolescentes gestantes em foco neste capítulo: suas famílias não tiveram as condições emocionais de saúde para poder mantê-las em um lar neste período.

O autor acreditava que os funcionários deveriam ser supervisionados para que pudessem manter seus objetivos em relação aos internos. Aqueles envolvidos no trabalho clínico assumem essa responsabilidade e precisam lidar com as limitações e a complexidade das questões emocionais que se apresentam. Não se trata apenas de aliviar conflitos psíquicos, mas de oferecer um lugar onde as crianças possam ser cuidadas sem que fiquem degenerando em casa, causando aflições e afetando outras pessoas: “O êxito no trabalho no alojamento deve ser considerado, portanto, em termos de reduzir o fracasso do próprio lar da criança” (Winnicott, 2005c, p. 64).

A sociedade representa o crescimento individual em termos de realização pessoal; coletivamente, a estrutura social é mantida e reconstruída por indivíduos. Portanto, o crescimento pessoal do adolescente está atrelado à sociedade, assim como a sociedade não poderá crescer caso não respeite os processos de crescimento dos adolescentes. A sociedade deve prover, a partir

de seus membros saudáveis, condições para suprir a ausência da família, que, no caso do adolescente, representa assegurar sua estabilidade perante a variedade de acontecimentos que estão por vir.

Neste contexto, Winnicott nos apresenta o conceito de “tendência antissocial”, fundamental para compreendermos os atos de rebeldia que desafiam pais, professores e sociedade. Segundo Winnicott (2005e, p. 125), “[...] na raiz da tendência antissocial há sempre uma privação” que ocorre após uma fase de cuidados suficientemente bons seguidos de uma ruptura. Devido à privação, encontra-se na tendência antissocial a busca do objeto perdido (roubo) e a destruição; na verdade, o ato antissocial implica esperança de que o ambiente, quando confiável, possa reparar a falha provocada pela ausência ou perda da afetividade conquistada pela criança. A criança busca o objeto perdido, acreditando que possa ter o retorno dos seus direitos por parte da mãe que ela criou em sua experiência de onipotência, aquela que estava disposta a ser encontrada (Winnicott, 2005c).

Os primeiros sinais da privação podem ser reconhecidos em um comportamento imperioso, na avidez comparada à inibição do apetite, nas reclamações compulsivas devido à frustração. Também pode haver sujeira (defecar, urinar), enurese noturna, direito de molhar o corpo da mãe, compulsão para sair e comprar alguma coisa, fugas, saídas sem objetivo, como a vadiagem e a destrutividade compulsiva.

Em síntese, uma criança em situação de privação, que precisa se organizar em uma defesa antissocial, busca no ambiente a possibilidade de resgatar aquilo que lhe era de direito e foi retirado. A partir disso, pode ser reconhecida como desajustada ou incontrolável, receber tratamento em alojamentos especiais e/ou a incompreensão dos pais ou daqueles que dela cuidam. Caso seja mantida essa postura, o adolescente poderá vir a ser um delinquente e, quando jovem adulto, poderá desenvolver alguma psicopatia e ser remetido para institutos correcionais ou prisão.

Embora a privação não seja uma característica básica de toda a adolescência, pode se manifestar de maneira branda e difusa, não exigindo, nesse caso, defesas antissociais. Já a atitude antissocial na adolescência pode se manifestar em ações grupais contra as perseguições externas, uma defesa contra ataques, que contribui para o sentido de realidade do adolescente. Assim,

se no grupo um membro é agredido, é como se todos o fossem; ou, quando nada acontece, o grupo vive a ameaça de perder o significado – por isso, existem os indivíduos antissociais que assumem a provocação à sociedade, o que novamente cria a coesão entre os membros: “Nenhum dos membros faltará à lealdade e todos darão apoio àquele que agir pelo grupo, embora nenhum deles aprovasse essa atitude em si mesma” (Winnicott, 2005e, p. 126).

Na busca de um sentido de realidade, o adolescente desafia, e faz parte da vida adulta aceitar esse desafio. A ideia é não tentar curá-lo e retirá-lo de sua busca. “Há centenas de soluções falsas. Tudo que dissermos ou fizermos estará errado. Damos apoio e estamos errados; retiramo-lo e continuamos errando” (ibid., p. 127). O importante é estar presente, provendo as condições para que, depois de um tempo, possa se perceber que esse jovem está se identificando com a sociedade, com a família e com grupos mais amplos, sem o perigo de perder sua identidade.

Então, o ambiente facilitador ocupa um lugar fundamental nesse processo, pois deve ser testado, muitas vezes, para verificar se suporta a agressão, se consegue reparar a destruição e se tolera todo desconforto que isso ocasiona. O ambiente não pode entrar em confronto, mas deve demarcar e conter as ações antissociais sem desqualificar o indivíduo.

Para Winnicott, “[...] o adolescente é essencialmente um isolado” (ibid., p. 118) – um isolamento que se assemelha ao do bebê, mas que agora faz parte de sua busca pela identidade pessoal. O mesmo isolamento está presente nas experiências sexuais ainda imaturas, na tensão que se cria para que ele descubra sua identidade sexual, o que depende das experiências pré-genitais da infância; muitas vezes, pode encontrar um escape nas atividades masturbatórias compulsivas. O adolescente ainda não busca relações com pessoas totais – está descobrindo-se e não sabe se será um homossexual, bissexual ou apenas um narcisista. Os jogos sexuais que envolvem ou não a afetividade podem ser as primeiras experiências com pessoas totais. Já o grupo, na realidade, é mais um agrupamento de indivíduos isolados que, quando não se sentem atacados, voltam-se para suas questões pessoais. Isoladamente, o adolescente busca descobrir e saber quem é.

A fantasia sexual inconsciente parece ser a mais difícil e agressiva para o adolescente, assim como a rivalidade associada à escolha objetal. A partir

do momento em que a criança consegue se conceber como um EU e percebe os que estão à sua volta como pessoas totais, já pode ter experiências genitais sem o potencial de procriação, que será adiado até a puberdade. Neste período de latência, a criança deve se identificar ao máximo com os pais ou adultos à sua volta, sonhar, brincar, ter experiências com o corpo ou sem ele. Deve ter experiências pré-genitais e genitais imaturas e aproveitar a passagem do tempo: “[...] se a sexualidade de uma criança é imatura, perturbada ou inibida ao final do período de relacionamentos interpessoais, assim ela ressurgirá imatura, perturbada e inibida na puberdade” (Winnicott, 2006b, p. 76).

A busca ou perseguição à maturidade sexual deve incluir toda a fantasia inconsciente do sexo, e o indivíduo, em última análise, deve ser capaz de chegar a uma aceitação de tudo o que surge na mente, junto à escolha de objeto, a constância objetal, a satisfação sexual e o entrelaçamento sexual. O importante é ter em mente que a adolescência é mais do que a puberdade e o crescimento físico; embora se baseie neles, implica em crescimento, o que leva tempo:

Repetindo: se o adolescente quiser transpor esse estágio do desenvolvimento por processo natural, então deve-se esperar um fenômeno a que se poderia dar o nome de depressões adolescentes. A sociedade precisa incluir isso como característica permanente e tolerá-la, enfrentá-la, mas não curar. (Winnicott, 2005f, p. 173)

É importante lembrar que a moralidade rígida do adolescente dificulta sua relação com a vida adulta. A dificuldade se encontra em sua noção de verdadeiro e falso, certo e errado, característica da infância e das doenças do tipo esquizofrênico. Ele não consegue relativizar as situações e utilizará seu potencial intelectual para justificar e argumentar seus posicionamentos. Na busca de auxiliar o adolescente a encontrar soluções, conselhos e informações não podem ser sentidos como algo a que ele deve se submeter:

Pais, professores e todos os que fazem parte do ambiente do adolescente podem ser reconhecidos ora como opositores, ora como cuidadores, ora como pessoas com as quais se identifica e depende, ora como pessoas das quais quer suas próprias respostas como afirmação e busca de si mesmo. (Oliveira e Fulgêncio, 2010, p. 73)

Diante do confronto, da agressividade que o crescimento significa para o adolescente, se ele quiser estar vivo, ser ouvido e enfrentar o mundo, precisará da figura de um adulto que reconheça que o confronto é pessoal: “O adulto, em sua firmeza, tem de estar pronto para ser testado em sua autoridade, questionado e insultado. Se é que os adolescentes querem, ter vida e vitalidade, os adultos são necessários” (Winnicott, 2006a, p. 202).

Sigo apresentando, então, a experiência que vivi com uma adolescente da instituição de acolhimento, como forma de ilustrar o uso do dispositivo terapêutico proposto por Winnicott.

O USO DE CONSULTAS TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO

A casa de acolhimento escolhida para as entrevistas realizadas em meu doutorado estava localizada na cidade de São Paulo e, na ocasião, abrigava somente jovens gestantes e/ou mães. O contato para as entrevistas foi, inicialmente, feito com a fundação mantenedora da instituição e, em seguida, com a equipe técnica do local.

No primeiro contato feito com a diretora da casa de acolhimento e as técnicas (duas assistentes sociais e uma psicóloga), pude apresentar minha proposta de entrevistar as adolescentes com o objetivo de compreender suas necessidades emocionais durante esse período. Ao finalizar minha exposição e etapas do projeto, a equipe começou a listar algumas adolescentes com quem entendiam ser necessária a interlocução comigo, como forma de abrir uma via de diálogo que, até então, estava obstruída. As técnicas enfatizaram a imensa necessidade de interlocução com outras áreas do conhecimento, considerando que isso contribuiria muito para a compreensão que gostariam de ter sobre as adolescentes e seus comportamentos. Sentiam que faltava orientação e opções para o atendimento – uma constatação prática da necessidade de um trabalho mais integrado, diverso e detalhado com vários profissionais que pudessem acolher a variedade de questões que envolvem o tema.

Diretora e equipe técnica demonstraram satisfação em trabalhar na única casa de acolhimento exclusiva para adolescentes gestantes ou mães na cidade de São Paulo. Na época, ressaltaram a importância do espaço e

da especificidade do trabalho executado pela equipe naquele local, advertindo que a função social da casa era realizar o acolhimento nos momentos de desamparo, mas sem perder de vista que o abrigo deveria ser um lugar provisório, pois não era adequado para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Além disso, enfatizavam que as abrigadas, ali permanecendo por muito tempo, estavam sujeitas ao estigma social, podendo ser taxadas como jovens abandonadas por serem problemáticas. Para as profissionais, a função social do abrigo estava, exclusivamente, em abrigar e orientar as jovens e reconduzi-las para suas famílias, porém sem integração com outros agentes sociais, acabavam desempenhando um papel assistencial sem nenhuma perspectiva de maiores intervenções.

Neste sentido, a estratégia das consultas terapêuticas pode ser utilizada como uma forma de resgate das experiências traumáticas das adolescentes, de modo que o terapeuta possa acessar a complexidade dessas experiências não integradas ao *self* e considerar a possibilidade de trabalho analítico no campo das instituições de acolhimento. O resgate da esperança em promover condições para atingir a estabilidade emocional é fundamental para que as adolescentes possam cuidar e amparar seus bebês e para que as profissionais possam reconhecer a importância desta estabilidade e como promovê-la.

Os encontros que realizei com as adolescentes foram organizados pela direção da casa, que estipulou uma data para que eu pudesse explicar as jovens minha proposta. A reunião foi marcada na sala de televisão, com a presença de todas que viviam na casa naquela época, totalizando 15. Neste dia, após apresentar a proposta, nenhuma jovem se mostrou interessada em conversar, mas, quando estava de saída, uma delas me chamou de lado e disse: *“Eu gostaria de conversar com você, mas só nós dois”*. Perguntei quando poderíamos marcar esta conversa e ela me respondeu: *“agora mesmo... Posso conversar agora”*.

Na época, Kelly tinha 16 anos e estava há quatro meses na casa, tendo sido transferida por outro abrigo de sua cidade natal, localizada no interior do Estado de São Paulo. A diretora da casa relatou o quanto essa mudança de cidade foi assustadora para a jovem:

Eu a levei para conhecer uma praça no centro da cidade e você precisava ver a cara dela, ela dizia: Mas, tia, isso aqui é muito grande, olha o tamanho dos prédios, eu não vou conseguir viver aqui! Eu fiquei com muita pena... ela estava perdida, me deu um dó!

Kelly engravidara aos 13 anos e não tinha contato com o pai da criança, que estava com 1 ano e 7 meses: *“O pai dele [bebê] não tenho contato, o juiz não deixou, a ex-coordenadora e o psicólogo que tinha no outro abrigo não deixaram... por isso eu não tenho”*.

A direção da casa assim me descreveu a jovem: *“[...] ela tem ataques de raiva, atira coisas, já fugiu para a Rodoviária do Tietê várias vezes, para voltar para o interior, e maltrata muito o filho”*.

Dei início às entrevistas com Kelly, as quais foram realizadas em dois momentos diferentes. Na primeira abordagem, compreendi que a adolescente se sentiu identificada comigo, pois, assim como ela, havia em mim uma sensação de estranhamento naquele lugar, algo que deve ter identificado em minha apresentação do projeto. Neste primeiro encontro e nos seguintes, estávamos Kelly, eu e seu filho, pois uma das regras da casa era de que a mãe deveria estar sempre com a criança enquanto estivesse na instituição. Trata-se de um fator importante das entrevistas com a jovem – a presença do filho como um terceiro que possibilitou o jogo de diálogos que a conduziu a momentos regressivos. Traço aqui um paralelo com o jogo do rabisco que Winnicott utilizava como possibilidade de brincar e criar espaço para comunicação de algo que precisa ser comunicado. De fato, a participação do filho de Kelly viabilizou o jogo, o brincar necessário para que ela pudesse acessar experiências traumáticas e aflições. A compreensão de que eu era um psicólogo, estrangeiro às rotinas da casa, certamente possibilitou o reconhecimento de um lugar de escuta e fala.

Começo a nossa conversa me apresentando e elencando as questões que eram o foco do meu trabalho – gestação, parto, cuidados, uma trajetória de investigação que tinha como objetivo compreender as necessidades da jovem a partir do relato de sua história. Mas, em algum momento, percebi que algo estava acontecendo para além de meu foco de atenção.

Desde o início da entrevista, seu filho, chorando, aproximava-se para lhe pedir comida, mas Kelly não o atendia, insistindo que saísse e fosse

brincar. Estava evidente que a entrevista se tornara algo importante para ela, levando-a a deixar de reconhecer a necessidade da criança – tratava-se de um espaço para conversar e falar sobre suas questões. Logo que começamos a conversar, ela se apresentou como “*estrangeira*”, pois havia sido retirada de seu lugar de origem, interior do Estado, e não se sentia bem acolhida na casa. Estava perdida, sem amiga e sem nenhum referencial, demonstrando, assim, sua insatisfação e desespero.

Pude perceber que seu discurso foi conduzido para um lugar de preocupação pessoal – o que importava não era o que eu queria saber, mas comunicar algo que a deixava apreensiva. Porém, os apelos do filho pela atenção da jovem mãe foram se intensificando, ao ponto de Kelly colocá-lo de castigo embaixo de uma mesa. Neste momento, sugeri que pudéssemos conversar em outra ocasião, pois percebia que o menino estava assustado e ela estava com dificuldade de manejar a situação, tornando-se agressiva. Ela hesitou diante da minha proposta; dizia que era importante que eu pudesse ajudá-la. Tentei acalmá-la, reafirmar minha presença, assegurando várias vezes que retornaria. Foi necessário algum tempo entre a impaciência demonstrada na comunicação com o filho e a necessidade de deixá-la segura com relação a um novo encontro. Kelly aceitou minha proposta e retornei na semana seguinte, no horário agendado pela direção.

Este primeiro encontro revelou o desespero da adolescente, sua agressividade, sua dificuldade em compreender e acolher o choro do filho, mas também a sua necessidade de acolhimento, suporte e segurança diante de uma situação de extremo pavor. Neste contexto, ela pôde comunicar a angústia que sentia e que não tinha expressado a ninguém da casa.

Penso, então, que o manejo terapêutico das entrevistas se centrou na sustentação do conflito e da agressividade apresentada pela adolescente, configurando-se em um espaço seguro e de confiança. A impaciência perante as necessidades do filho ficou explícita, revelando um distanciamento afetivo em relação a ele, além de uma agressividade dissociada, pois Kelly não percebeu a força com que empurrava a criança.

Vemos, aqui, o quanto o espaço da entrevista psicológica favorece o aparecimento de aspectos dissociados da personalidade. Como vimos, a agressividade na adolescência é algo que precisa ser contido pelo adulto, o que

sugere uma postura firme do terapeuta no manejo da situação, e não uma retaliação. Nesta perspectiva, podemos dizer que foi criado um vínculo seguro e confiável comigo, sustentado pela possibilidade do retorno para um novo encontro.

Na perspectiva das consultas terapêuticas, se o analista apresenta um *setting* de sustentação às necessidades, o paciente tende a apresentar ideias e sentimentos relevantes, ainda não integrados, que podem ser acolhidos a partir do vínculo de confiança. Neste caso, a adolescente trazia o sentimento de estrangeira em uma cidade hostil e buscava apoio de uma pessoa que não fazia parte da casa, havendo, como dito, uma identificação da jovem com a situação de não pertencimento partilhada com o entrevistador.

Assim, em nosso segundo encontro, outras questões se apresentaram de forma a demonstrar as necessidades e angústias da adolescente durante a gestação:

Eu sei que eu queria abortar meu filho, eu odiava estar grávida. Eu não queria ficar grávida de jeito nenhum, eu queria abortar! Eu falava que não estava grávida. Eu dava soco na minha barriga e falava que não estava grávida. Fazia várias coisas... Eu tinha 13 e hoje tenho 16, para mim, foi meio assustador, porque... 13 anos grávida!!! Muito nova... Para mim não foi uma coisa boa, não foi bom.

A gravidez inesperada e assustadora foi revivida, contando com minha escuta atenta e sensível, e Kelly retomou o desespero apresentado na primeira entrevista, desta vez, com o filho dormindo em seu colo, embora não estivesse totalmente confortável. A experiência de desespero retorna na mesma intensidade de quando se vê longe de sua cidade, em um lugar desconhecido, mas pode ser, agora, narrada na presença do terapeuta, que acolhe e sustenta sua angústia. Comuniquei a ela: “*Você ficou assustada... se apavorou...*”.

Kelly continuou:

Eu não acreditava que estava grávida... Depois que eu peguei o ultrassom, que eu vi o bebezinho... aí eu acreditei que eu estava grávida mesmo. Aí eu comecei a falar: Agora eu falo que estou grávida. Porque eu vi o que antes eu não via. As pessoas falavam: Você está grávida, você tem que ter consciência. Aí eu falava que

não estava. Ai depois que eu peguei o ultrassom, eu falei: Agora eu posso dizer que eu estou grávida. Eu fiz [ultrassom] com seis meses, mas eu não tinha barriga e não sentia nada. Ai eu falava que não estava grávida.

A adolescente retorna ao momento em que reconheceu a gestação fora do corpo –o feto existia na imagem do ultrassom, como se não fizesse parte de si. Ficou clara a necessidade de dissociar a experiência, pois o trauma em saber-se grávida resultou em um distanciamento entre a adolescente e a própria gestação, que não podia ser integrada ao próprio corpo. Isso porque, mesmo tendo a possibilidade de gerar um bebê, a jovem ainda não tinha maturidade para tanto e nem contava com o suporte emocional do ambiente, o que resultou em seu distanciamento do cuidado com o filho:

Fiz o pré-natal, foi uma gravidez de risco, mas foi bom. Eu tive anemia profunda durante a gravidez, não conseguia comer nada, fiquei deitada durante toda a gravidez. Passei muito mal... O médico me tratou bem e foi o mesmo médico que fez o meu parto.

O quadro anêmico, com falta de apetite e necessidade de resguardo, manifesta-se no corpo que resiste, rejeita e sofre para gerar um bebê inexistente no psiquismo da adolescente – um corpo estranho que ameaça a integração psicossomática da adolescente.

Ao falar sobre o parto, Kelly demonstrou certa indiferença, pois foi uma cesárea que não lhe causou nenhuma dor; mas, quando o bebê nasceu, revelou: “*Eu comecei a chorar de emoção... eu não sei o que eu senti... só comecei a chorar*”. Depois, seguiu narrando como foram os primeiros meses, o cansaço e a demanda emocional que dificultava o contato com o bebê: “*Para mim foi meio estressante... Dá muito trabalho... muito trabalho... Ele chorava muito quando era pequenininho... chorava bastante*”.

Podemos compreender que, nos encontros terapêuticos comigo, Kelly pôde expressar a necessidade de compreender-se como mãe, aproximar-se do filho e reconhecê-lo como parte de si mesma, algo ainda não integrado em sua experiência. Em certo momento, psiquismo e corpo pareceram então se integrar, e o afeto pelo bebê se apresentou: “É legal amamentar, é ‘da hora’

eu fiquei mais junto dele. Mamava muito e chorava porque tinha cólica. Traz carinho pela criança, amor, é bem legal... Ele parou de mamar sozinho e agora toma mamadeira”.

De fato, na amamentação, a integração psicossomática tende a acontecer; algo do sugar, do toque do bebê no corpo da mãe parece favorecer a integração de sensações e sentimentos. Reconheci esse movimento em Kelly e lhe disse: “*Parece que aqui você sentiu-se bem ao lado dele...*”. Ela continuou sua narrativa:

Quando ele nasceu ele era calminho, depois que completou um ano ele ficou nervoso, eu não imaginava que ele seria assim ... Depois que ele nasceu, mudou tudo pra mim, porque eu tive responsabilidade com ele, mais noção que tenho que ficar cuidando dele, não ficar causando problema como fazia quando estava grávida. Agora não, eu tenho que ficar com ele. Agora, até quando eu vou para o computador, eu tenho que levar ele.

O discurso de responsabilidade com o cuidado do bebê parece revelar mais uma compreensão intelectual do que uma proximidade com a experiência da maternidade, mostrando sua necessidade de ser sustentada nas situações de cuidado, sua dependência do ambiente, seu apelo para que pudesse ser acolhida emocionalmente. De toda forma, a criança vinha sendo cuidada pela jovem:

Ele chora quando ele está nervoso, se eu pegar uma criança no colo, ele começa a chorar, acho que ele vai sofrer quando tiver que ir para a creche, não acho que está pronto para ir para a creche, porque toda vez que eu saio ele começa a chorar. Ele se bate... Ele fica junto comigo. Eu brinco com ele, a gente joga quebra-cabeça, eu leio para ele... ele tem uma guitarrinha que ele gosta... ele vai sozinho pegar a guitarrinha, larga tudo para pegar ela... Quando eu brigo com ele, ele pede desculpa e vem me abraçar... as educadoras ajudam a cuidar dele, eu me sinto bem quando alguém cuida dele.

Fica evidente a oscilação entre manifestações de afeto pelo filho e indiferença e descuido com ele, muitas vezes, empurrando-o para que não subisse no seu colo ou atrapalhasse nossa entrevista.

Em outro momento, voltou a falar da necessidade de acolhimento e suporte, questionando sobre a possibilidade de voltar ao seu lugar de origem:

Você acha que tem chance de voltar [para a cidade natal]? Eu acho que não tem chance de voltar, eu tenho o abrigo para ficar, mas acho que vai ser muito difícil voltar. Tem todo o processo da justiça, falar com a promotora, com o juiz, tem que abrir um processo novo e vai demorar mais, acho que não tem chance de voltar.. Acho que lá [cidade natal] era fácil, eu não precisava correr atrás de um emprego. Eles arrumam tudo para você, eles arranjavam. Aqui você tem que sair atrás do emprego... tipo o posto era na mesma rua, aqui é tudo muito longe, quando a gente ficava doente o hospital era tudo perto. Aqui não, é tudo longe...

Em sua comunicação, prevaleceu a expectativa de retornar à cidade natal para voltar a se sentir amparada e, como qualquer adolescente, poder ser imatura. Mas um futuro de obrigações e responsabilidades para com o filho bate à porta:

Quando ele ficar maior eu não sei como vai ser, agora ele vai começar ir para a creche e eu vou começar a trabalhar o dia inteiro... aqui eu posso ficar até os 18 anos, depois tenho que arrumar um emprego e o pessoal do 'Vem, vamos embora' [projeto social da casa], arruma uma casa para nós, faz o primeiro pagamento, até os primeiros seis meses eles ajudam. Lá no interior é diferente. Eu queria voltar para minha cidade. Eu nasci lá, queria voltar para lá. É difícil não poder voltar.

Tratava-se de uma situação bastante delicada, pois, segundo a direção da instituição, o único familiar de Kelly era o pai dela, que permanecia no interior, mas com quem ela mantinha contato por meio das redes sociais.

Seguimos com nossos encontros, que, cada vez mais, eram dedicados ao tema do retorno à cidade natal, até que isso pôde se concretizar. Podemos dizer que esse desenlace, mais favorável para o amadurecimento dessa jovem mãe, foi viabilizado pela comunicação do aspecto mais urgente identificado em nossa interlocução. A instituição se dispôs, então, a concretizar o sonho de Kelly após sua permanência na casa por seis meses: voltar às origens, com o filho acolhido em seus braços e a promessa de dele cuidar suficientemente bem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar os comentários feitos em minha banca de defesa do doutorado, tive a oportunidade de rever as entrevistas realizadas com as adolescentes abrigadas a partir da perspectiva das consultas terapêuticas

propostas por Winnicott. Encontrei no relato dos encontros com Kelly a experiência mais impactante e que, penso, ilustra muito bem um possível uso desse dispositivo terapêutico no contexto institucional.

Diante da história que a adolescente teve a oportunidade de revelar, pude reconhecer que os objetivos que havia traçado para realizar o doutorado eram secundários – a necessidade de ser ouvida em suas angústias se sobrepôs ao aspecto metodológico de entrevista semiestruturada e impôs sua principal demanda: a comunicação daquilo que lhe era significativo de modo que pudesse aproximar-se de si mesma.

Nossos encontros possibilitaram, portanto, a comunicação dos traumas vivenciados ao saber-se grávida, a dissociação psico-soma como defesa, a desconexão afetiva no período gestacional, a necessidade de acolhimento e de regredir ao momento de dependência do ambiente. Também revelaram a angústia com a maternidade, a dificuldade de se vincular ao filho e, ao mesmo tempo, o reconhecimento do desejo de se sentir afetivamente envolvida com a criança. Ficou claro, ainda, a necessidade de voltar à família, ao lugar de origem, a própria infância – era esta a urgência da comunicação, que pôde ser realizada em nossos encontros.

Como lugar de acolhimento das angústias e conflitos emocionais, entendo que a instituição deve receber o comportamento antissocial da adolescente, que, neste contexto, faz referência à esperança de ser compreendida em sua comunicação.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, C. (2015). *As necessidades maternas de jovens abrigadas nos períodos pré e pós-nascimento sob o olhar de D. W. Winnicott*. Tese de doutoramento. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- LESCOVAR, G. Z. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Rev. Estudos de Psicologia*, v. 21, n. 2, maio/ago.
- OLIVEIRA, D. M. de e FULGÊNCIO, L. P. (2010). Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, abr.

- OLIVEIRA, R. C. (2006). “A fala dos abrigos”. In: *Abrigo: comunidade de acolhida e sócio educação*. São Paulo, Instituto Camargo Correa.
- OUTEIRAL, J. e ARAÚJO, S. M. B. (2001). “Winnicott e a adolescência”. In: OUTEIRAL, J. e ARAÚJO, S. M. B. *Winnicott: Seminários Paulistas*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- WINNICOTT, D. W. (1994). “O valor da consulta terapêutica”. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas. Original publicado em 1989.
- WINNICOTT, D. W. (2005a). “Tratamento em regime residencial para crianças difíceis”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1947.
- WINNICOTT, D. W. (2005b). “Alojamentos para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1948.
- WINNICOTT, D. W. (2005c). “A tendência antissocial”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1956.
- WINNICOTT, D. W. (2005d). “A psicologia da separação”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1958.
- WINNICOTT, D. W. (2005e). “Adolescência: transpondo a zona de calmarias”. In: WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1961.
- WINNICOTT, D. W. (2005f). “A luta para superar depressões”. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1963.
- WINNICOTT, D. W. (2005g). “O conceito de indivíduo saudável”. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1967.
- WINNICOTT, D. W. (2006a). “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências”. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. 3 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1968.
- WINNICOTT, D. W. (2006b). “A mãe dedicada comum”. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. 3 ed. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1988.

Intervenções grupais pais-crianças com base em consultas terapêuticas: de aperitivo a banquete psicanalítico

MARIÂNGELA MENDES DE ALMEIDA

1. PITADA INTRODUTÓRIA

A partir de ilustrações clínicas de atendimento psicanalítico grupal, inspirado na modalidade de consulta terapêutica com pais e crianças (Winnicott, 1994), procuraremos discutir o alcance desta abordagem para promover saúde psíquica.

Aludindo a ideias winnicottianas de que fazemos psicanálise quando é possível, quando não é possível fazemos outra coisa, ao lado da ideia presente em sua descrição de consultas terapêuticas, de que “o piquenique é do paciente” (Winnicott, 1994, p. 247), discutimos: que outra coisa é possível quando trabalhamos com parâmetros psicanalíticos a não ser o oferecimento do próprio olhar psicanalítico?

Nas intervenções pais-bebês/crianças baseadas em consultas terapêuticas, favorecemos, como em nossas práticas clássicas, o contato com aspectos inconscientes não ditos ou ainda não constituídos como representação, fortalecendo a comunicação entre pais, filhos e aspectos primitivos em desenvolvimento. Mais do que um aperitivo, tal modalidade, com seus recursos de acesso transversal a áreas de contato e relação mediadas pela microscopia das interações (Stern, 1997) e pelos fluxos psíquicos – tanto imaginários quanto fantasmáticos (Lebovici, 1986) –, revela-se um verdadeiro banquete psicanalítico de possibilidades de construção de rede de sentidos (Mendes de Almeida, Marconato e Silva, 2004) com potencial reflexivo e interventivo. Pretendemos demonstrar a abrangência e o potencial terapêutico destas intervenções.

Buscamos, com este artigo, favorecer a possibilidade de discutir a microscopia das intervenções interpretativas e da continência oferecida pelas

abordagens vinculares com pais-bebês e crianças pequenas, utilizando, como material ilustrativo e investigativo, vinhetas filmadas de um grupo de atendimento a pais e seus filhos de 0 a 3 anos e 11 meses, realizado em contexto ambulatorial no Departamento de Pediatria (Setor de Saúde Mental, Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp).

Com apresentação de material detalhado, viabilizada a partir da transcrição de filmagem, tentaremos amplificar a compreensão das interações lúdicas e verbais entre pais, crianças e terapeutas no contexto grupal. O leitor será mobilizado a perceber e refletir sobre detalhes sutis das interações, alinhavados a partir do olhar psicanalítico relacional no momento da realização do atendimento e a partir de ângulos e reverberações possíveis a cada subjetividade em nova interação com o material.

Parece-nos importante contribuir para o corrente debate das peculiaridades das intervenções psicanalíticas vinculares, levando em conta um de seus focos de origem, proporcionado pela experiência da consulta terapêutica e desdobramentos em variados aspectos da prática psicanalítica contemporânea com pais e bebês/crianças (Barandon et al., 2005; Cullere-Crespin, 2004). Precisaremos abrir espaço para incluir em nossas sistematizações uma ampla gama de contribuições possíveis como: intervenções não verbais; ações interpretativas; oferecimento de continência a partir de comunicações posturais; modulação de entonações (paralelos da prosódia das comunicações iniciais pais-bebê); comunicações a serem mais exploradas e investigadas na área das comunicações inconscientes, dos “*enactments*” como colocações em cena que abrem caminho para a manifestação de aspectos ainda não representáveis; compreensões em redes de sentido de expansão polissêmica e transversais quanto à integração de níveis diversos de funcionamento; hipóteses compartilhadas como apreensões e gestação de significados construídos nos espaços-útero da intersubjetividade, a partir do acesso via o que vai sendo metaforizado e produzido por nossa função sonhante através da empatia e sintonia de afeto.

A apresentação de registro detalhado permite rica discussão da microscopia clínica e se converte em interessante instrumento para aprofundar a observação e o aprofundamento dos recursos potencialmente terapêuticos

no contexto do trabalho vincular grupal com pais e bebês/crianças pequenas. O material em registro escrito será dividido em vinhetas-recortes e discutido a partir dos dispositivos clínicos utilizados neste tipo de trabalho e enquadre.

O grupo de pais e bebês/crianças pequenas que serve de material ilustrativo e instigador para este trabalho faz parte do funcionamento do Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês no Setor de Saúde Mental do Departamento de Pediatria da Unifesp e está inserido num programa terapêutico e psico-profilático que se iniciou na década de 1970, por iniciativa de uma psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, doutora Mary Lise Moisés Silveira, que oferecia a oportunidade de um acompanhamento regular do desenvolvimento psicológico a crianças de 0 a 3 anos, ancorado na noção de puericultura emocional, em paralelo ao acompanhamento de rotina que as famílias recebiam do pediatra (Bechelli e Tosta, 2006; Silveira et al., 2000). Continuadamente, acompanhando as chefias do pediatra e psicodramatista doutor Rudolf Wechsler e da psicóloga Silvia Marah Joppert, prossigo na coordenação do Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês, oferecendo os serviços aqui descritos (Mendes de Almeida et al., 2009).

As crianças e seus pais são encaminhados por várias questões, como dificuldades de alimentação, crescimento, sono, agitação e comunicação, com tempos variados de participação em nosso serviço, incluindo outras modalidades componentes de um programa de intervenção terapêutica e profilática envolvendo também a realização de quatro ou cinco sessões de intervenção nas relações iniciais com cada núcleo familiar pais-criança. O grupo se encontra semanalmente e, ao longo do atendimento, vamos tocando e aprofundando temas que parecem circular em torno do eixo principal de oscilação entre movimentos de dependência das crianças junto às suas mães e iniciativas de crescimento e gradativa possibilidade de uma relativa autonomia e independência acompanhada. Evidencia-se um processo de crescente subjetivação e discriminação entre movimentos internos das mães e reconhecimento dos aspectos psíquicos próprios também nas crianças. Fortalecem-se as relações iniciais com os pais como favorecedoras do desenvolvimento da criança no contexto social mais amplo.

Esperamos, com a apresentação das intervenções, criar um espaço de reflexão propícia e representativa acerca do pensar a experiência emocional

em seus vários níveis de complexidade e diversidade, demonstrando a ideia inicial de vivência terapêutica para além de um aperitivo, construindo redes de sentidos em banquete psicanalítico.

2. PREPARANDO A CENA: GRUPO DE ATENDIMENTO A PAIS E BEBÊS/CRIANÇAS PEQUENAS

O grupo de atendimento a pais e bebês/crianças pequenas constitui-se numa de nossas modalidades de atendimento, recebendo encaminhamentos de bebês/crianças de 0 a 3 anos e 11 meses e seus pais/cuidadores. Configura-se como alternativa terapêutica para díades pais-bebês que necessitem e se beneficiem de um acolhimento compartilhado para ansiedades e dificuldades que estejam interferindo (ou possam vir a interferir) no desenvolvimento da criança e/ou na construção da função parental dos cuidadores. Trata-se de um grupo semanal, aberto à participação de até oito díades, com entrada a qualquer momento (conforme vagas) a partir de triagem realizada em nosso setor. Realizam-se revisões semestrais para consideração de continuidade do tratamento, enquanto necessário durante este período de desenvolvimento das relações iniciais. O grupo oferece também uma possibilidade de acolhimento imediato a famílias que aguardam o atendimento em intervenção nas relações iniciais em nosso serviço.

Nas vinhetas que serão aqui detalhadas, estão presentes cinco duplas de mães/ cuidadoras com seus bebês e duas terapeutas, Ida Bechelli e eu, que, neste dia, revezavam-se no direcionamento da câmera para as cenas do registro visual e sonoro. Tal como nossas intervenções verbais, posturais e interativas, quando expressamente convidadas pelas crianças, a filmagem também oscila entre planos gerais e planos mais individuais sobre determinada interação, tentando alinhar para o grupo os movimentos significativos constitutivos das redes de sentido que emergem naquele encontro. Solicita-se previamente aos pais autorização para a filmagem e para a utilização para fins científicos. O filme também tem a função de se converter em instrumento de expansão do olhar grupal e terapêutico, como material posteriormente compartilhável, assistido e comentado conjuntamente em sessão do próprio grupo de pais-bebês/crianças.

Buscando integrar o que ouvimos das mães/cuidadoras com o que vai se passando na expressão lúdica das crianças e tentando abranger as manifestações grupais e os pontos comuns a partir das expressões singulares de cada indivíduo e cada relação ali presente, conversamos sobre a agitação de Reinaldo, o grude de Gabriel, o “normal” e o “anormal” no choro de Ana Laura, a recém adquirida possibilidade de dormir/descansar de Miguel, a necessidade de expressão de intensidade emocional das crianças, o emocional interferindo no físico, a necessidade de continência interna e relacional ao lado da continência pelos procedimentos, pelas regras, pelos limites que, em geral, acompanham a preocupação parental de tentar dar conta das ansiedades deles próprios e das crianças de forma resolutiva no imediato, sem muito espaço para tolerar transitórios “tumultos”.

Tais cenas se expressam nas observações das relações cuidadores-bebês no grupo e nos relatos acerca do cotidiano. Vamos “costurando”, como num roteiro grupal, as manifestações e interações vivenciadas, contando as histórias de cada um em linguagem emocional, buscando expandir a experiência além da conduta concreta e operativa. É curioso que, quando as mães apresentam nosso grupo para novos participantes que chegam, este aspecto da observação do brincar e da conexão entre o brincar e a relação delas com as crianças são os aspectos mais enfatizados.

3. VINHETAS CLÍNICAS: DEGUSTANDO O BANQUETE

Chegam mães e bebês e, gradativamente, temos cinco duplas de cuidadoras e bebês/crianças pequenas na sala: Reinaldo, Marcos, Gabriel, Miguel, Ana Laura. As crianças vão se aproximando dos brinquedos, sob o olhar atento das mães/cuidadoras e terapeutas.

I – A chegada – dilemas da autonomia

No início do grupo, Reinaldo vai para o interruptor da luz e se mostra bastante agitado.

Mãe de Reinaldo: “*Nossa, ontem na escola me perguntaram o que que tinha acontecido com ele que ele estava tão agitado. Eu falei que em casa ele estava tranquilo... hoje é que eu estou vendo que ele está agitado*” – compartilhando olhares sobre a criança.

Terapeuta M: “*O que será que aconteceu com o Reinaldo, hein, Marcos, que ele está agitado? Você está achando que o Reinaldo está agitado?*” – incluindo as crianças como interlocutores, convocando o olhar intersubjetivo e a conexão ação/estado psíquico, estimulando a comunicação grupal.

Reinaldo, garoto com dificuldades importantes no vínculo e na comunicação, demonstra sua agitação esfregando ruidosamente o carrinho contra a mesa, fazendo um barulho bem alto, enquanto olha para a mãe em aparente desafio e convocação. Marcos, garoto tímido, talvez fortalecido ali por nossa convocação de sua opinião, observa Reinaldo, sorri com aparente admiração e balança o brinquedo que está na mão, acompanhando o ritmo da excitação de Reinaldo.

Marcos parece não aguentar a intensa excitação, que dura pouco tempo, e logo coloca o brinquedo no chão, comportadamente, com aparente medo de perder o controle. Marcos chegou ao tratamento como uma criança muito contida e controlada, com dificuldade de expressão e autonomia numa relação bem simbiótica com sua mãe, extremamente angustiada, que esperava de Marcos atitudes previsíveis e maduras que não desafiassem sua própria necessidade de controle.

Terapeuta M: “*Ele está com o cabelo curtinho...*” – registrando mudanças?

Terapeuta M: “*Olá!... Você está pedindo licença?*” – tentando compreender motivações. internas e comunicando esta investigação; nova criança chega.

Terapeuta I: “*O Gabriel acabou de chegar...*” – irradiando eventos importantes do *setting*.

Terapeuta M: “*Oi Gabriel, tudo bom?*”

Gabriel entra de mãos dadas com a mãe e, enquanto a mãe vai se sentar, solta a mão ao se agachar em frente aos brinquedos onde Marcos está brincando.

Mãe de Reinaldo: “*Nossa Senhora, Jesus!*” – em relação à agitação de Reinaldo.

Rafael se levanta com o estetoscópio de brinquedo na mão e Marcos, após algumas voltinhas perto da mãe, parecendo perdido e solicitando pelo olhar a autorização de sua mãe para poder “pedir”, pede: “*Dá isso? Me dá esse?*”

Marcos coça a cabeça (ensimesmado ou confuso?), enquanto aponta para Reinaldo com o brinquedo (dividindo o olhar entre estas duas direções, dividido entre o próprio gesto de apontar para um outro fora da relação com a mãe e o olhar que pede autorização).

Mãe de Marcos: “*Ah, ele pegou... Deixa ver, vem cá...*” – mãe parece responder ao coçar da cabeça como se Marcos estivesse com algum desconforto físico que necessita de sua assistência, sustentando a continuidade da relação dual e a referência no concreto/ *handling* corporal. Apesar disso e de alguns “tropeços no caminho”, Marcos se sente encorajado a ir buscar o que precisa, caminhando em direção a Gabriel e sua mãe.

Terapeuta I: “*Nós começamos com a agitação de algumas crianças, né Mari?*” – recapitulando o movimento do grupo.

Terapeuta M: “*É, pois é?*” – terapeutas funcionando como dupla parental em diálogo sobre estados emocionais do grupo.

Marcos, próximo a Gabriel – que está deitado junto de sua mãe –, chega para pegar o estetoscópio. A mãe de Gabriel e a de Marcos conversam com Gabriel e “negociam” com ele a passagem do brinquedo para Marcos, que retorna, então, para o lado em que está sua mãe. O trio Marcos, Gabriel e a mãe de Gabriel parecem ter conseguido chegar a um acordo num contato/ conflito mediado pelo adulto em que as crianças puderam ter voz.

Mãe do Marcos: “*Mal ele acabou de chegar e você já pegou o brinquedo, Marcos!*” – aparenta estar criticamente mais preocupada com a suposta “inadequação” da conduta de Marcos do que com a solução conciliadora encontrada pelo trio.

Gabriel pega o tapetinho de EVA e oferece para sua mãe, que começa a se abanar.

Mãe de Gabriel: “*Tá com calor? Trouxe para mim?*” – apontando para a associação das necessidades mãe-criança pequena.

Mãe de Marcos: Observando a relação bem próxima de Gabriel com sua mãe: *“Nossa ele cresceu!”* – nostálgica quanto à relação mãe criança menor? Desejosa de uma proximidade, simultânea a um possível crescimento? Admirando essa possibilidade? Temerosa acerca deste crescimento? *“A gente fica um tempo sem ver, quando vê... cresce rapidinho!”* – transferindo aspectos da própria relação com o filho para o grupo e seus membros – ambivalência em relação ao crescimento, admiração x susto com a perda de controle.

Mãe do Gabriel: *“Você viu como ele tá agora? Agora ele não brinca mais... Todo lugar que eu vou, ele só quer ficar perto de mim”* – num misto de perplexidade e orgulho.

Terapeuta M: *“É, a Ida estava comentando isso da outra vez”* – costurando continuidades no cuidado do casal parental.

Terapeuta M: *“O Gabriel está aí, no colinho, no peitinho”* – associando conduta e estado psíquico em linguagem metafórica – polissêmica.

Terapeuta I: *“Eu estava percebendo, que será, né, o Gabriel parece que agora está mais preocupado em deixar esta mamãe, né? Tá crescendo, mas parece que está precisando ficar pertinho”* – apontando ambivalências como naturais e simultâneas no processo de crescimento.

Mãe de Gabriel: *“E ele fala mamãe, eu vou ficar com você, tá?”* – interdependência das necessidades infantis e parentais.

Terapeuta M: *“Está fazendo companhia para a mamãe, Gabriel? Tá contando história para a mamãe?”* – falando com a criança para o grupo.

Terapeuta I: *“É, né? O Gabriel parece que está tendo necessidade de cuidar da mamãe, né, Gabriel?”* – sinalizando inversão da relação de continência.

Terapeuta M: *“Ou você quer que a mamãe conte historinha pra você... bem pertinho um do outro?”* – reincluindo o outro polo da ambivalência a partir de observação do gestual da criança com o livro no colo da mãe.

Gabriel frequenta o grupo desde os 5 meses, com sua mãe que estava muito deprimida e insegura após abandono (temporário) do companheiro e perda anterior de outro bebê. Durante o período de frequência ao grupo, houve muita evolução no reconhecimento das competências mútuas mãe-criança. Entretanto, a relação do casal ainda é muito tumultuada, com muitos conflitos, separações e, após uma trégua, ocorreram novas decepções e

o retorno de um estado deprimido e melancólico da mãe. Gabriel, hoje com 2 anos e 8 meses, com uma camiseta “*I love Dad*”, demonstra, de qualquer forma, a força vital de ambos para a ampliação das possibilidades de relacionamentos. Gabriel e sua mãe, a partir da conversa e do olhar oferecido pelo grupo, conseguem encontrar uma forma de, ao mesmo tempo, considerar a necessidade infantil e o crescimento da criança com o acolhimento dos sentimentos da mãe junto ao fortalecimento de suas capacidades para cuidar.

II – O estetoscópio: a escuta do interno – explorando espaços psíquicos

Terapeuta M: “*O Marcos trouxe aqui um aparelho [estetoscópio] pra gente ver se está tudo bem. Quer que eu veja se está tudo bem com o Marcos?*” – colocando o estetoscópio sobre o peito da criança, que parece bem interessada neste “exame” que realizamos ali no grupo de como eles estão se sentindo; conversando na linguagem lúdica da criança, entrando na brincadeira: “*Vamos ver se está tudo bem? Oi, tá tudo bem com você, Marcos? Você está se sentindo bem?... Que bom que você voltou mais cedo até do que você tinha dito...*” – haviam avisado que iriam faltar em duas sessões e hoje ainda estariam viajando. “*Vocês iam viajar... A viagem foi boa?*” Marcos vai em direção à mãe com o brinquedo.

Mãe de Marcos: “*Na segunda semana, né, que foi a semana passada, ele ficou com febre a semana todinha, 38!*”

Terapeuta M: “*Ah, então acho que o Marcos está contando isso pra gente!*” – valorizando o brincar como comunicação.

Terapeuta I: “*É, olha, ele veio com o aparelho, né?*”

Mãe de Marcos: “*Mas o incrível é que ele chegou em casa e no dia seguinte estava sem febre...*”

Alguém do grupo comenta: “*Olha!*”

Mãe de Marcos: “*Fiquei impressionada.*”

Terapeuta I: “*Sentiu saudades de casa...*” – associando aspectos físicos e psíquicos.

Mãe de Marcos: “*Eu acho que foi, né?*”

Marcos, com o estetoscópio, movimenta-se pela sala e se junta a Reinaldo e sua mãe, que estavam brincando de colocar um brinquedo dentro de um buraco na mesa (abertura para passagem de fios de computador). Quando Marcos se aproxima, Reinaldo, que estava numa exploração compartilhada de um espaço fora da mãe (a abertura da mesa), retorna a uma exploração dual *junto* ao corpo da mãe, escondendo algum brinquedo na manga de sua blusa. Marcos passa a inserir o estetoscópio na abertura da mesa.

Mãe de Reinaldo: “*Tá todo mundo querendo esconder brinquedo?*” – demonstrando capacidade de observar o brincar das crianças e comentar para o grupo. Chega mais uma criança: Miguel, no colo de sua mãe, que participa pela segunda vez do grupo, tendo sido encaminhado por dificuldades para dormir. Terapeuta M: “*Oi Miguel... e o nome da mãe do Miguel, como é mesmo?*”

Mãe do Miguel: “*Sueli*”

Terapeuta M: “*Fica à vontade.*”

Terapeuta I: “*Pode ficar à vontade.*”

Ouve-se a voz da mãe de Reinaldo, comentando sobre a brincadeira do esconder: “*Você escondeu na blusa da mamãe*”.

Terapeuta M: “*Está todo mundo contando as novidades, um que ficou doente, melhorou, um que fica... tem ficado bem pertinho da mamãe para cuidar dela e cuidar dele, o Reinaldo que está mostrando a agitação, né... e o Miguel, como é que está?*” – recapitulando o percurso do grupo e inserindo os que chegam.

Mãe de Miguel: “*O Miguel essa semana dormiu duas horas e meia seguidas*” – reportando evolução sintomática.

Terapeuta I: “*Olha, para quem não dormia nada!... Não era o Miguel que não dormia nada?*” – valorizando o movimento.

Mãe de Miguel: “*Que não dormia dez minutos seguidos...*”

Terapeuta I: “*Puxa, dormir duas horas e meia seguidas... o Miguel está podendo descansar, agora, né? Ele tá podendo descansar mais*” – amplificando linguagem e tecendo sentido: do cotidiano físico para possível inter-relação com o emocional.

Terapeuta M conversa com Reinaldo e Marcos, que estão brincando ao redor da mãe de Reinaldo.

Terapeuta M: “*O Marcos foi procurar o Reinaldo, aqui de companhia, né?*”

Mãe de Reinaldo: “*Cada um está escondendo um brinquedo da sua forma...*” – observando o brincar das crianças e comentando com as crianças e com o grupo; assimilação do tom de continência terapêutica? – “*Põe em você!*” Reinaldo resmunga.

Mãe de Reinaldo: “*Você está acabando com minha blusa!*”

Terapeuta M: “*Um está escondendo o brinquedo no burquinho, e o outro na blusa da mamãe...*” – irradiando a cena para o grupo.

Mãe de Reinaldo: “*Olha o que você está fazendo com a manga da minha blusa!*”

Terapeuta M: “*Está escondendo ou estão querendo por dentro de algum lugar, né? O que será, né? Coisas importantes que eles estão querendo guardar, né?*” – tentativa de compreensão – *reverie*.

Mãe de Reinaldo: “*Põe em você aqui ó, na sua manguinha.*”

Terapeuta I: “*O Gabriel está vendo o Miguel, mas não está se arriscando muito, né, Gabriel, a sair de perto da mamãe, mas acho que ele quer que a mamãe leia o livro de história pra ele*” – observação e amplificação de movimento na conduta em associação com estado emocional e movimento interno.

Mãe de Gabriel: “*E o bebê [Miguel] observa, né?*” – engajando-se também na observação.

Gabriel se interessa por outro brinquedo e aponta para a mesa. Caminha até ela e pega o estetoscópio.

Gabriel: “*Pode pegar?*”

Mãe de Reinaldo: “*Não aperta, Gabriel, isso dói.*”

Terapeuta M: “*O Miguel está querendo dar alguma coisa para o nenê*” – explorando intenções a partir da observação do não verbal.

Mãe de Marcos: “*Ele quer trocar, porque ele gosta da música*” – inferindo estados internos. Miguel joga o brinquedo.

Mãe de Marcos: “*Ele quer ouvir a musiquinha da coruja, deixa ele ouvir.*”

III – Associando físico e psíquico – tolerando aspectos emocionais e reconhecendo competências (pais/crianças/grupo)

Após conversa grupal sobre Ana Laura acordar chorando e a dificuldade dos cuidadores em saber o que se passava com ela.

Mãe de Marcos: *“Uma criança pode adoecer por não estar gostando do ambiente que ela tá? Assim, ele estava tendo febre, e lá em casa... pode ter sido um estado emocional essa febre dele?”* – condensando aspectos em questão: conexão entre físico/psíquico.

Terapeuta M: *“O que que vocês acham?”* – convocando o grupo a pensar, expandindo a discussão.

Mãe de Reinaldo: *“Eu acho que sim, porque minha irmã teve isso, quando nós éramos crianças, minha mãe levou eu e ela para o Nordeste, e aqui... acostumada com a água da torneira e lá você tinha que pegar água em um barreiro, né? Que é um lugar onde a chuva acumula água, tinha sapo, quando a minha irmã viu aquilo, ela já teve febre, ficou duas semanas com febre direto. A minha mãe ainda falou assim ‘eu vou embora, senão minha filha vai acabar morrendo aqui dentro do ônibus’, ela não queria comer, ela não queria nada, todo dia que era para dar banho nela era uma tortura, porque tinha que pegar aquela água, ferver para dar banho, então ela falava ‘mãe, esta água está suja’ e tinha sapo, então essa febre foi aumentando, aumentando, aumentando. Ai minha mãe falou ‘eu vou embora senão minha filha vai acabar morrendo aqui’, a febre dela só acabou, ela só quis comida quando ela viu a Basílica da Aparecida do Norte. Acho que ela pensou assim: ‘eu tô em casa’. A febre foi embora, então eu acredito que seja emocional.”*

Enquanto a mãe falava, Reinaldo se mostrou agitado, esfregando o brinquedo no teclado do computador, e a mãe o segurava para que parasse.

Mãe de Marcos: *“O que chamou a atenção foi que eu cheguei na sexta à noite, ele dormiu de sexta para sábado com febre, até o meu marido não deixou dar remédio para ele, no sábado ele não tinha mais febre, no domingo ele estava sarado, voltou a comer. Lá em Minas ele também não estava querendo comer.”*

Várias pessoas falam ao mesmo tempo.

Terapeuta M: *“Conforme a gente está se sentindo, se a gente se sente melhor, mais tranquilo, isso pode interferir no estado físico... o que a gente está passando, o estado emocional, pode interferir na condição física. Vocês acham que isso acontece? Já observaram isso nas crianças?”* – intercalando sínteses com continuidade de exploração do assunto com o grupo.

Mãe de Miguel: *“Já”*

Mãe de Reinaldo: *“Eu acredito assim, ó, não sei se... mas até assim... em alguma coisa, ou talvez um brinquedo, um alimento que a criança queira que ela não sabe se expressar... ela fica doente... porque o meu filho mais velho, ele ficou, queria chocolate e minha mãe perguntou se ele queria, ele disse que não, só que depois ele teve febre. Ninguém sabia de onde que surgiu aquela febre, aí depois de tanto perguntar se ele viu alguma coisa, ele falou ‘ah, eu vi aquele chocolate que eu queria’, compraram o chocolate para o menino, a febre foi embora. Então, quer dizer, eu acho que tem muito isso do emocional ajudar a se recuperar, ou então a pessoa adoecer.”*

Reinaldo mexe no computador.

Mãe de Reinaldo: *“Ó, não pode mexer aí, vem para cá.”*

Terapeuta M: *“Por que a... [cuidadora] estava falando né, que achou a reação além do normal, não foi? Então, alguma coisa estava incomodando tanto que a reação teve que ser muito intensa...”*

Cuidadora de Ana Laura: *“Ana Laura, o que que foi filha? O que você quer? ‘Nada tia’. Está doendo alguma coisa? Está sentindo alguma coisa? ‘Não’. Alguém fez alguma coisa para você? ‘Não.’ Aí... só que aquilo... eu tenho 22 para cuidar e foi bem a hora que eles acordaram, então ela acorda chorando, já vira aquele tumulto, porque aí todo mundo vai chorar, todo mundo vai fazer as mesmas coisas, só que aí acabou e ela continuou, falei mas ‘é aí?’ Ah, por que vocês estão brigando comigo’, ‘a gente está brigando porque está tentando controlar uma situação que está saindo fora do controle, certo? Então a tia precisa brigar com você para ver se você para’. Chegou ao ponto da gente colocar ela... – tinha acabado de tomar banho, tirei a roupa dela, vamos para o banheiro de novo, vamos dar banho de novo, aí ela acalmou uns 20 minutos, foi o máximo que ela acalmou, foi uns*

20 minutos e logo em seguida ela já começou de novo e aí veio aquela situação da mão na garganta para gritar para chorar” – compartilhando ansiedades no cuidar.

Terapeuta I: *“Eu estava pensando, né, isso que a Mari falou da intensidade, o choro é de acordo com a intensidade do que ela está sentindo. A gente também controla muito, né? E às vezes a gente não consegue, só de estar ali, conter, talvez abraçar, talvez segurar... A gente quer achar uma coisa física que elimine aquele sofrimento para ele e para nós”* – aprofundando discussão da relação entre físico-emocional.

Terapeuta M concorda: *“Agora que a cuidadora de Ana Laura estava falando, vocês notaram como a Ana Laura estava olhando, estava prestando atenção, né? Estava tentando entender o que você estava pensando, o que você estava entendendo disso que aconteceu”* – enfatizando tentativas de continência mental, mostrando capacidades e recursos da criança.

Terapeuta I: *“Porque para ela também não é mensurável, né, naquela hora que ela estava sentindo, talvez ela também não conseguisse dizer o que ela estava sentindo, era de uma outra natureza, não era só física não.”*

Cuidadora de Ana Laura: *“Aí ela só foi acalmar na hora que nós estávamos nos arrumando para ir embora, que aí o outro plantão chegou, aí demos doce, só vai comer se ficar quietinha, aí foi a hora depois da janta né, aí foi a hora que ela começou a dar uma acalmada para ela receber o doce, mas aí depois que ela recebeu o doce, o outro plantão falou que ela também acalmou, ficou sossegada e no outro dia ela passou tranquila.”*

Parece haver pouco reconhecimento dos recursos parentais que ajudaram a acalmar – para além do doce...

Terapeuta I: *“É porque ela pode também descarregar, né?”* – valorizando a expressão de necessidades e sentimentos de desconforto.

Cuidadora de Ana Laura: *“No outro dia ela não deu trabalho nenhum.”*

Terapeuta M: *“Parece que o Reinaldo também encontrou uma maneira de ficar mais tranquilo ali depois de uma fase de agitação, o André também, quer dizer,*

vocês fizeram alguma coisa que permitiu que as crianças ficassem mais calmas, né?” – valorizando as competências parentais e exemplificando com o aqui/ agora do grupo.

Terapeuta I: *“Exatamente.”*

Terapeuta M: *“Tanto aqui, quanto ali, quanto ali”* – direcionando para as crianças.

Terapeuta I: *“É bom para nós também podermos confiar que a gente... que as coisas passam também né, que a gente pode viver um tumulto com eles e que não necessariamente aquilo é eterno, vai continuar... é questão de conter e pode ser que daqui a pouco passe, né... às vezes a gente fica lutando contra, né?”* – fortalecendo a função parental, a capacidade de continência de pais e crianças, a noção de “processo” no desenvolvimento e a tolerância a aspectos emocionais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: POR QUE BANQUETE PSICANALÍTICO?

Ao longo do atendimento relatado, vamos tocando e aprofundando temas que parecem circular em torno do eixo principal de oscilação entre movimentos de dependência das crianças junto às suas mães e iniciativas de crescimento e gradativa possibilidade de relativa autonomia e independência acompanhada. Evidencia-se um processo de crescente subjetivação e discriminação entre movimentos internos das mães e reconhecimento dos aspectos psíquicos próprios também nas crianças. Fortalecem-se as relações iniciais com os pais como favorecedoras dos desenvolvimentos das crianças no contexto social mais amplo.

Reproduzimos no grupo de pais e crianças uma possibilidade de continência que passa a ser vivenciada também em casa, com ênfase nas próprias capacidades parentais de tolerar estados emocionais em si e nas crianças: viver um tumulto e, ao conter, poder passar por isso e aprender com a experiência emocional.

Atentos aos processos dinâmicos desencadeados no contato com o material, pretendemos ter registrado e comunicado oscilações entre movimentos de maior ou menor integração e acolhimento aos aspectos infantis – nem sempre inicialmente conscientes – evocados nesta experiência.

No íntimo da cena clínica, espero poder ter refletido junto aos leitores sobre a microscopia das aproximações e aberturas de contato entre os pais e as crianças, acompanhando sutis mudanças e instauração, para além de um aperitivo, de “bases nutritivas-banquete” para contínuos desenvolvimentos.

No vínculo entre terapeutas e pacientes, sejam eles pais, bebês/crianças ou a própria relação pais/filhos, estão presentes elementos que conduzem as sementes do olhar psicanalítico, do pensar além da conduta e da possibilidade de transmitir o que nossa abordagem pode oferecer em qualquer contexto relacional humano.

REFERÊNCIAS

- BARANDON, T. et al. (2005). *The practice of psychoanalytic parent – infant psychotherapy*. London/New York, Routledge.
- BECHELLI, I. A. B. e TOSTA, R. M. (2006). Prevenção precoce de distúrbios psíquicos na saúde e na doença: a atuação com bebês, pais e profissionais cuidadores em diferentes contextos institucionais. In: CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2, São Paulo.
- CULLERE-CRESPIN, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- LEBOVICI, S. (1986). À propos des consultations thérapeutiques. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, n. 3.
- LERNER, R. e KUPFER, M. C. M. (orgs.). (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo, Escuta.
- MENDES DE ALMEIDA, M. et al. (2009). Atendimento conjunto pais-bebês: alternativas em psicoprofilaxia e intervenção clínica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano 22, n. 4.
- MENDES DE ALMEIDA, M.; SILVA, M. C. e MARCONATO, M. M. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 38, n. 3.
- SILVEIRA, M. M. et al. (2000). *Aplicação da psicanálise em saúde pública: sistematização de um serviço preventivo no desenvolvimento do bebê*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA, 31, Fortaleza.
- STERN, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre, Artes Médicas.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. e DAVIDS, M. (orgs.) (1994). *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre, Artes Médicas. Original publicado em 1965.

WINNICOTT, D. W. (1994). “O valor da consulta terapêutica”. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. e DAVIDS, M. (orgs.) (1965/1994). *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre, Artes Médicas. Original publicado em 1965.

Um nome, uma ausência, uma história: a construção do *self* em uma gêmea siamesa

FERNANDA DO AMARAL COSTA RIBEIRO

As consultas terapêuticas são um modelo de atendimento para crianças e suas famílias utilizado e proposto por D. W. Winnicott em sua prática clínica. Esse modelo consiste em atendimentos, em sua maior parte, de número reduzido que constroem um espaço para a comunicação com a criança. Até hoje, as consultas terapêuticas são utilizadas como base para grande parte dos atendimentos infantis. Em uma de suas definições de consultas terapêuticas, Winnicott (1984) considera que o início da técnica é de cunho flexível, e seu desenvolvimento deveria basear-se no estudo de diversos casos.

Entende-se que a técnica teve aprofundamentos, modificações e desdobramentos desde seu início. Lins (2015) destaca a ênfase dada por Winnicott ao diagnóstico do caso, que deve abranger também a realidade social do indivíduo em questão e, levando isso em conta, o modelo de atendimento não segue uma ortodoxia, mas baseia-se no *setting* que vai se construindo e moldando de acordo com as demandas do paciente e se renova com a dinâmica dos atendimentos. Este olhar diagnóstico diferenciado e que abrange o ambiente como um todo culmina em um modelo de atendimento mais breve que tem grande importância social, segundo Winnicott (*ibid.*). Desta forma, é importante a exploração de novos trabalhos terapêuticos que seguem este molde, agregando conhecimento e experiência para tal teoria.

Além disso, a prática terapêutica se constrói a partir da dinâmica percebida durante os atendimentos; desta forma, a técnica não se presta a seguir sempre o mesmo curso, o que pode contemplar diferentes intervenções e tempos de duração dos processos terapêuticos. As intervenções acontecem à medida que surgem conteúdos inconscientes, que têm espaço para emergir neste *setting*, relacionados com a queixa trazida pela família.

Vale ressaltar que um dos pontos cruciais do atendimento em consultas terapêuticas é a comunicação com a criança, que é facilitada pelo estabelecimento de vínculo com o terapeuta. A partir do vínculo é possível acessar e compreender aspectos do seu sofrimento psíquico. Sabe-se que uma criança se comunica de diversas formas – que diferem conforme as fases da vida e de acordo com sua idade. Há diversos estudos sobre teoria do desenvolvimento que podem nos dar uma noção de como essa comunicação acontece em cada etapa de desenvolvimento. Desta forma, conclui-se que os atendimentos conjuntos com pais e bebês podem contemplar o que a criança tem a comunicar com base na sua relação com os cuidadores, entendendo que esta é a sua forma de contato com o mundo. Portanto, as intervenções terapêuticas com o grupo familiar podem conferir resultados positivos para o desenvolvimento do bebê quando há sofrimento psíquico.

O enfoque deste trabalho é a comunicação e o sofrimento psíquico de um bebê, as possibilidades de trabalho e intervenção possíveis, ilustrando atendimentos nos moldes de consultas terapêuticas de uma mãe e um bebê de 6 meses, propondo reflexões a respeito da compreensão psíquica do caso.

Diversos autores destacam o tema do desenvolvimento do bebê, tanto físico quanto psíquico, e a importância que um vínculo saudável com a mãe ou figura cuidadora tem neste processo. Para embasar o desenvolvimento psíquico e emocional do bebê, utilizamos a teoria de Winnicott, fazendo uma breve revisão teórica de sua teoria do desenvolvimento emocional.

Winnicott (2000b) considera que o desenvolvimento do ego se inicia antes do nascimento e que, no início da vida, são necessários cuidados e uma atenção especial da sua principal figura cuidadora que favoreçam este desenvolvimento. Tais cuidados proporcionam condições para que o bebê vá se reconhecendo como sujeito – processo chamado por Winnicott de desenvolvimento do *self*.

Desta forma, o autor leva em consideração aspectos iniciais da vida psíquica, pensando sobre a constituição psíquica do sujeito, sendo que determinadas falhas neste início de vida podem produzir importantes marcas na criança no futuro. Entre elas destacam-se, no estudo do autor, as contribuições teóricas a respeito da tendência antissocial e a defesa do ego por meio do

desenvolvimento de um falso *self*. Estes dois conceitos podem ser vistos como uma saída do ego que não encontra condições favoráveis para o seu desenvolvimento (Winnicott, 2000).

A figura materna é parte fundamental do ambiente com o qual o bebê se relaciona no início da vida, “emprestando seu eu” para o bebê em uma espécie de intermediação para que ele conheça o mundo. A esta capacidade de atender às necessidades não só físicas do bebê, o autor dá o nome de preocupação materna primária (Winnicott, 2000):

A mãe que desenvolve um estado ao qual chamei de “preocupação materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. (Winnicott, 2000, p. 403)

É a partir da mãe, um outro significativo, que o bebê experimenta a própria continuidade e consegue organizar as próprias experiências, tanto simbólicas como estéticas e linguísticas. Para ilustrar esta ideia, o autor destaca:

[...] a mãe fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. (Ibid., p. 403)

Winnicott (2000) considera que a primeira organização de ego deriva dessas experiências, tanto positivas quanto negativas, que são permeadas pelo cuidado parental, uma vez que é este cuidado que faz a mediação do bebê com o mundo para que ele possa, então, aprender a integrar as experiências – distinguindo, por sua vez, o que é interno e o que é externo. Estas experiências geram no bebê fantasias que se relacionam com suas respostas e suas ações, fazendo um movimento entre inconsciência e consciência que fomenta o desenvolvimento do ego. A agressividade, por exemplo, quando vista sob esta ótica, implica em pequenos impulsos e gestos que são correlacionados com satisfações de ordem inconsciente e, uma vez que nem sempre

se depara com tais satisfações, o sujeito se implica em continuar agindo em busca delas, propiciando, assim, novas experiências e o seu desenvolvimento egóico (Winnicott, 2000a).

O autor comenta sobre o papel da função materna no desenvolvimento do indivíduo e sobre o papel que a própria criança tem neste processo. Considera que impulsos inconscientes estão presentes desde o momento em que nem os instintos estão claramente definidos e que, no início, as exigências inconscientes do bebê são sentidas como parte do *self* (Winnicott, 1983). Uma parcela destas exigências acaba por ser satisfeita pela motilidade (experiências motoras) da criança, no entanto, é preciso que haja certa oposição a estes desejos do *id* para que se criem novas experiências na tentativa de satisfazer tais desejos. A partir destas experiências, o indivíduo possui maior repertório para o seu desenvolvimento psíquico e emocional. A sensação de realidade advém, principalmente, da raiz motora:

O somatório das experiências motoras contribui para a capacidade do indivíduo de começar a existir e, através da identificação primária, rejeitar a casca e tornar-se o núcleo. Quando o ambiente inicial é suficientemente bom, e somente então, podemos passar para a psicologia inicial do indivíduo humano, pois a não ser que o ambiente tenha sido suficientemente bom, o ser humano não poderá diferenciar-se, e não poderá então ser estudado em termos de uma psicologia da normalidade. (Winnicott, 2000a, p. 300)

Sucintamente, a função ambiental envolve, “o manejar” (*handling*), o “segurar” (*holding*), no sentido mais amplo dos termos, denotando uma sustentação que é oferecida ao bebê – e “a apresentação de objeto”, que diz respeito à apresentação do mundo para o bebê. É destacada como importante a função do olhar; o olhar do bebê para o mundo e para o rosto de sua mãe tem função especular. O bebê desenvolve aos poucos a capacidade de diferenciar o ambiente de si próprio, e o rosto da mãe passa a ter a função importante de devolver algo do mundo e do próprio bebê para ele. Alguns bebês desenvolvem a capacidade defensiva de predizer o humor da mãe a partir da sua expressão facial e, com base nisso, abandonam as próprias necessidades quando este humor não lhes fornece a segurança de que precisa:

Muitos bebês, contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não se vêem a si mesmos. Há consequências. Primeiro, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar-se e, de uma ou de outra maneira, procuram outros meios de obter algo de si mesmos de volta a partir do ambiente. (Winnicott, 1975, p. 177)

A maior frequência destas frustrações em relação ao que o sujeito pode aguentar e o retardamento destas satisfações propiciam novas experiências, consequentes de um ambiente que não foi suficientemente bom para aquele sujeito, podendo levar a saídas defensivas que este ego encontra para continuar vivendo.

Quando um ambiente não é suficientemente bom neste sentido, o ego pode encontrar algumas saídas: baseado na agressividade e na tendência antisocial, pode se desenvolver com base nas experiências de reação ao outro, sem impulsividades próprias. A função do ambiente, e consequentemente da mãe ou daquele que exerce a função materna, é corresponder às necessidades do bebê de modo que ele possa sentir-se real, e, desta forma, desenvolver seu *self*: “Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para relaxamento” (ibid., p. 185).

Desta forma, entendemos que o papel da figura materna é crucial no desenvolvimento psíquico do bebê, pois a comunicação que um bebê tem com o mundo precisa ser compreendida e espelhada a fim de fomentar a sua constituição psíquica e emocional.

Assim, entendemos que, quando se trata de bebês e crianças pequenas, é necessário fazer atendimentos em conjunto com os principais cuidadores, pois, desta forma, é possível que o terapeuta tenha uma observação dos múltiplos aspectos que fazem parte daquelas relações, o funcionamento da dinâmica familiar e os aspectos transgeracionais acerca do cuidado parental.

Lebovici (1987) destaca a sensibilidade do bebê perante aspectos do discurso da mãe – como a prosódia, a modificação de tônus – e sua postura, o que leva o bebê a participar da conversação. O autor descreve a interação entre mãe e bebê como uma sequência de trocas recíprocas que utiliza linguagem e sinais próprios, referentes ao estado de desenvolvimento do bebê:

[...] a interação mãe-bebê é hoje concebida como um processo ao longo do qual a mãe entra em comunicação com o bebê enviando-lhe certas “mensagens”, enquanto que o bebê, por sua vez, “responde” à mãe com a ajuda de seus próprios meios. A interação mãe-bebê aparece assim como o protótipo primitivo de todas as formas ulteriores de troca. Nesta “conversação” entre a mãe e o bebê, as palavras e as frases são substituídas, muitas vezes, por parte da mãe, sempre por parte do bebê, por mensagens extraverbais: gestos, vocalizações, sorrisos, etc. (Ibid., p. 86)

O caso a seguir ilustra a comunicação do sofrimento infantil, a detecção dos sinais de sofrimento precoce e o desenvolvimento do *self* da criança facilitado pelo trabalho terapêutico. Para que se apresente o caso, é necessária uma breve apresentação do contexto em que ocorreram os atendimentos:

O Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês é parte do Setor de Saúde Mental que integra a Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), atendendo pacientes de 0 a 3 anos e 11 meses. Este é um serviço de referência que oferece atendimento a bebês e seus familiares com diversas queixas observadas no bebê e sua relação com sua família e cuidadores. Os encaminhamentos ocorrem do complexo do Hospital São Paulo/Unifesp, de serviços da comunidade – como Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo – de instituições de ensino ou até mesmo por busca espontânea.

O funcionamento do Núcleo se dá em diferentes modalidades de atendimento que ocorrem, em sua maioria, com periodicidade semanal. Todas as famílias passam por um atendimento de triagem, podendo passar também por uma avaliação aprofundada que acontece em um retorno de triagem. Posteriormente, é oferecido atendimento grupal e para os núcleos familiares. Após este momento de chegada da família ao Núcleo, de acordo com a queixa e a demanda trazidas, existem os seguintes atendimentos para os quais é possível um encaminhamento dentro do setor, sendo que o grupo de pais e bebês é aberto e pode ser frequentado sempre que a família tiver disponibilidade e se sentir à vontade para participar: intervenção nas relações iniciais, que são intervenções breves, focadas em uma queixa específica; psicoterapia pais-bebês – visando a um trabalho mais amplo e abordando múltiplas questões referentes à família em questão e acompanhamento do

desenvolvimento emocional – em que, na maior parte das vezes, não é mais visto um sofrimento intenso, mas considera-se que ainda é relevante para a família um acompanhamento psicológico que pode ser mais espaçado do que semanalmente.

Todos os modelos de atendimento são flexíveis, e as intervenções terapêuticas acontecem de acordo com a demanda e realidade da família. A construção do *setting* terapêutico acontece com base nos atendimentos e na relação com os terapeutas. As sessões permitem que a família expresse suas demandas e dão espaço para que o bebê possa expressar conteúdos que não eram acessíveis à luz da consciência. Essa comunicação acontece por meio de brincadeiras e interações sociais com os terapeutas e a família. Desta forma, terapeutas têm papel crucial, pois, a partir do seu olhar multidimensional da situação e o vínculo estabelecido com a criança, ele é um facilitador da comunicação destes aspectos inconscientes:

O enquadre de intervenção precoce fornece um campo privilegiado para a expressão dessas manifestações de diferentes níveis de conteúdos psíquicos, à medida que facilita a comunicação e a continência tanto de material consciente, organizado através da experiência relatada, e elementos inconscientes, em estado bruto, que clamam por comunicação e integração. Os dois níveis de discurso são colocados instantaneamente juntos e é parte do terapeuta deixar-se surpreender pelo que parece óbvio ou já cristalizado como padrão familiar. D. Winnicott (1971) quando se refere a suas Consultas Terapêuticas, enfatiza nossa capacidade de ser surpreendido como permitindo que um “momento sagrado” ocorra na sessão. Nesse sentido, momentos de sincronicidade e sintonia emocional entre terapeutas e pacientes, nos quais importantes significados emergem, fornecem representação para aspectos que não estavam integrados anteriormente. (Silva et al., 2004, p. 3)

No Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês, os atendimentos são pensados para acontecerem em períodos curtos, como nas consultas terapêuticas descritas por Winnicott (1984), mas podem seguir por períodos mais longos, de acordo com a demanda, quando nota-se na reavaliação que a família ainda tem questões a serem elaboradas e pode se beneficiar de mais um período de atendimento.

Os atendimentos em questão são de um caso de uma criança e sua mãe, acompanhado por mim, no Núcleo de Atendimento a Pais e Bebês, durante

dois anos e meio no período de 2016 a 2018. Foram iniciados quando o bebê tinha 6 meses de idade. Ligia e Ana Vitória¹, depois de passarem por triagem e serem avaliadas em retorno de triagem, foram atendidas nas modalidades de intervenção nas relações iniciais, psicoterapia pais-bebês e acompanhamento do desenvolvimento emocional. A transição da dupla para cada modalidade de atendimento foi avaliada de acordo com a demanda e o progresso apresentados durante o trabalho terapêutico, abordando as principais questões psíquicas envolvidas neste trabalho, focando no desenvolvimento psíquico da dupla mãe e bebê. A família foi atendida por mim, como terapeuta responsável e, em alguns momentos, também em conjunto com alunas do Curso de Especialização em Psicologia da Infância. As alunas passam alguns meses em cada modalidade do curso e passavam períodos semestrais acompanhando os atendimentos do Núcleo Pais Bebês. Neste caso, três alunas acompanharam parte do processo, no qual foi possível elaborar as representações maternas frente à gestação, ao nascimento e à morte, possibilitando o desenvolvimento psíquico da criança e da relação mãe e filha.

Ana e sua mãe Ligia foram encaminhadas para o Núcleo Pais Bebês pela psicóloga da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital São Paulo, que percebeu diversas ambiguidades em Ligia e sua dificuldade em elaborar aspectos conflituosos referentes à própria gestação e ao momento de puerpério, o que poderia influenciar na sua relação com a criança e, consequentemente, em seu desenvolvimento psíquico.

Ligia descobriu sua gestação gemelar (as gêmeas se chamariam Ana e Vitória) e fez acompanhamento pré-natal em sua cidade. Ela relata que, no sétimo mês de gestação, o médico mostrou-se preocupado durante um exame e a encaminhou para o Hospital São Paulo, onde poderia ser atendida por uma equipe mais especializada. Chegando ao hospital, logo foi internada e recebeu a notícia de que suas filhas eram gêmeas siamesas.

Ligia refere um período difícil, quando foi abandonada pelo marido e sentiu-se amparada pela equipe do hospital. Chegando o nascimento das bebês, elas logo foram levadas para a cirurgia de separação. Ligia chegou a

1 Nomes fictícios. A família autorizou o uso das informações para a apresentação de estudos e trabalhos.

ver as duas separadas por um breve momento, ciente de que uma delas estava em estado grave, correndo maior risco de morte. Poucas horas depois, Vitória faleceu, enquanto Ana permaneceu na UTI Neonatal por algum tempo. Quando foi registrar sua filha, Lígia batizou-a de Ana Vitória.

Sabe-se que o desenvolvimento psíquico do bebê tem como parte importante a relação de apego com a mãe (Brazelton, 1998). A forma como o bebê se relaciona vai se moldando de maneira congruente com o seu desenvolvimento neuropsicomotor (Stern, 1997), com base na relação materna e sua capacidade de separar-se da mãe, o que Mahler (1982) chama de processo de individuação.

A equipe de psicologia que acompanharia o caso, levando em consideração o sofrimento relatado pela mãe e observando a interação que tinha com sua filha, questionou um possível comprometimento na relação entre Lígia e Ana, o que poderia impactar o desenvolvimento da criança. Considerou-se concernente à situação encaminhá-las para o retorno de triagem, visando à compreensão mais aprofundada da situação.

Para avaliar o desenvolvimento da bebê utilizou-se como instrumento o Irdi (Indicadores de Risco do Desenvolvimento Infantil)², visando à compreensão de Ana no âmbito relacional, entendendo a qualidade da sua relação com sua mãe e quais aspectos dela em sua capacidade de relacionar-se encontravam-se saudáveis e congruentes com desenvolvimento esperado para a sua idade. Os resultados obtidos no instrumento e a observação da dupla mãe e bebê apontaram alguns sinais de risco: Ana se comunicava pouco e pouco demonstrava seus desconfortos; também não procurava os brinquedos, a não ser que lhe fossem oferecidos. Esta postura passiva da criança foi percebida como sinal de risco psíquico, classificado por Crespin (2004) como sofrimento precoce da série silenciosa. Este resultado pode ser usado como informação adicional na compreensão do caso e norteador do trabalho

2 Instrumento constituído por 31 indicadores que pode ser aplicado em crianças de 0 a 18 meses. A partir da presença ou ausência destes indicadores é possível detectar sinais de sofrimento psíquico que estão associados a problemas precoces do desenvolvimento na primeira infância (Kupfer et al., 2009).

terapêutico. Em outros aspectos, notou-se que Ana, em relação ao desenvolvimento físico, estava um pouco acima do peso e com atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

Ana e Ligia chegam para os atendimentos apresentando um ar de desconfiança e fragilidade. No início houve diversas faltas, mas, aos poucos, conforme o vínculo terapêutico foi estabelecido, a dupla comparecia às sessões com maior frequência, mesmo vindo de uma cidade localizada a pouco mais de 200 quilômetros de São Paulo. Desde o início, Ligia mostrou-se incomodada em contar sobre sua história e falar sobre seu sofrimento perante Ana, frisando também, na ocasião em que foi convidada, que não se sentiria à vontade para participar do grupo pais-bebês. Entende-se que a observação da criança com seus cuidadores, bem como o vínculo e a interação que a criança e a família estabelecem com o terapeuta podem compreender e contemplar o que a criança tem a comunicar e, desta forma, promover mudanças na relação e no sofrimento psíquico apresentados. Este modelo de atendimento, baseado nas consultas terapêuticas de Winnicott, foi o que serviu como base para os atendimentos de Ana e Ligia. O *setting* terapêutico era um ambiente onde havia espaço para falar sobre diversos temas bem como possibilidades de interação da mãe e da criança, principalmente por meio de brincadeiras. As terapeutas intervinham também interagindo e brincando, apontando aspectos da relação e dando voz aos sentimentos e necessidades percebidos no bebê que nem sempre podiam ser sentidos, interpretados e atendidos de forma adequada pela mãe.

Neste panorama inicial do caso, era nítido que tanto mãe quanto filha estavam em sofrimento. Consideramos que parte importante dele era devido à perda de Vitória. A respeito do luto, Bowlby (1993) destaca que as reações ao luto na primeira e segunda infância têm muitas características do luto patológico no adulto. A respeito do luto pela perda de filhos pequenos, Bowlby ressalta que a experiência para a mãe é tão forte e intensa quanto à perda de um cônjuge, mas que, em face dos diferentes tipos de laços afetivos existentes, devemos entender que cada um tem sua especificidade e que, neste caso, os desdobramentos de cada perda são diferentes. Estudos mostram que um bebê natimorto ou que morre cedo pode levar a mãe a um estado depressivo na

ocasião do nascimento de um novo bebê, além de uma possível incapacidade de cuidar dos filhos sobreviventes (Lewis e Page, 1978, apud Bowlby, 1993, p. 127):

Infelizmente, não faltam provas de que a perda de um bebê pode dar origem a problemas sérios, tanto para os pais, especialmente para as mães, como para outros filhos [...]. Inevitavelmente, perturbações dessas proporções, numa mãe, pode ter efeitos contrários se ela tiver outros filhos, registra-se incapacidade de cuidar dos filhos sobreviventes e, por vezes, uma rejeição franca deles.

Com base nas observações e vivências dos atendimentos, podemos entender que havia um comprometimento no vínculo entre mãe e bebê, uma dificuldade no vínculo que pode ser correlacionada com a vivência de Ligia ante o falecimento de Vitória.

Ana Vitória nos comunicou sofrimento psíquico que foi percebido a partir do seu comportamento mais passivo e embotado. Tal sofrimento pode ser compreendido como um somatório de parte do seu processo de luto em face da perda da irmã e uma resposta ao comportamento da mãe, que também enfrentava seu processo de luto. Uma vez que o vínculo entre Ana e Ligia estava comprometido, Ligia não conseguia se conectar às necessidades da filha para exercer os cuidados básicos que Winnicott descreve para propiciar um ambiente e cuidado suficientemente bons para o desenvolvimento dela. Não estava apta a dar o suporte emocional necessário para que Ana Vitória pudesse vivenciar o mundo, compreendendo-o, para então diferenciar-se dele. Assim, a constituição de *self* de Ana Vitória encontrava-se comprometida.

Em um primeiro momento, foi trabalhado principalmente o vínculo entre mãe e bebê. Percebia-se que Ligia tinha uma relação ambígua com Ana, relatando momentos de proximidade entre ela e a filha e, ao mesmo tempo, mostrando cansaço e tristeza ao cuidar dela. Com pesar, contou que, como ela e Ana estavam juntas quando se lembravam de Vitória, entendia que a filha vivia a lembrança e a tristeza junto a ela, porque ficava mais quieta nestes momentos. Nestas ocasiões, era visível a sensibilidade de Ana ao discurso da mãe, como descreveu Lebovici (1987), o sofrimento da mãe era vivido com a filha. Ligia relatava pensar com frequência em como tudo seria se Vitória

estivesse com elas. Desta forma, mostrou-se como demanda de Ligia a elaboração do luto relacionado à perda de Vitória – o que aconteceu, principalmente, mediante o relato da história das filhas desde a gestação.

Concomitantemente, Ligia pôde falar mais sobre o sofrimento que vivia desde que foi internada para ter suas filhas, expor suas representações maternas e compartilhar fantasias que tinha a respeito de Ana. Ela frequentemente associava Ana à Vitória e, de acordo com seu discurso, percebeu-se que enxergava um lado potencialmente destruidor em Ana. Desta forma, podemos pensar que, diante da perda de Vitória, Ligia tinha dificuldades em ver Ana descolada de Vitória, como sujeito independente que também sofreu uma perda, vendo-a como uma possível destruidora da vida à sua volta e da vida da irmã.

Na vinheta clínica a seguir, registrada em vídeo³, é possível notar a ambiguidade na relação entre mãe e criança e o aspecto destruidor que permeava a relação das duas.

Em um atendimento, quando Ana tinha aproximadamente 1 ano de idade, há uma cena em que ela e Ligia estão sentadas no chão, usando roupas combinando. Ligia tenta mostrar um brinquedo para Ana e pede para que ela mande beijos; com frequência ela pedia que a filha mostrasse o que aprendeu. Aparece, então, uma formiga que chama atenção de Ana. Segue este diálogo entre Ligia (L) e a terapeuta (T), mediando as ações da criança e a mãe:

L: *“Ah, ela viu a formiga.”*

T: *“Ana, acho que não é uma boa ideia você brincar com esta formiga.”*

L: *“Ela matou a formiga.”*

T: *“Ela matou a formiga?”*

L: *“Matou, ela tava andando! Ai, Ana, como você é má! Como você é má! Ah não, ela se enrolou [a formiga], olha lá a formiguinha! Aqui, ó!”* – mostrando a formiga para Ana; a criança mexe no chão procurando a formiga.

T: *“Eu não sei onde que tá.”*

L: *“O que você fez com ela?”* – dirigindo-se para Ana.

T: *“Já guardou todos os brinquedos?”*

L: *“Não guardou todos não.”*

3 As vinhetas clínicas descritas foram registradas em vídeo e tiveram o consentimento da família para filmagem e uso da imagem. Os nomes são fictícios.

Ana se levanta, mexe na caixa de brinquedos e procura o colo da mãe.

L: Em tom de brincadeira, abraçando Ana: “*Ah, você me quer? Mas eu não te quero! Eu não te quero, criança, não te quero! Olha lá a tia, mande beijo pra tia! Mande beijo, mande beijinho assim, ô!*” – demonstrando como se manda beijo. “*Um beijo da gorda!* [referindo-se a Ana], *um beijo da gorda assim, ô! Fala ‘Um beijo da gorda, ó o beijo da gorda!’*” – pausa. “*Não, chega, você já brincou o suficiente*”.

T: “*Vamos fechar a caixa então, Ana? Pronto!*”

Este episódio retrata a ambivalência na relação entre mãe e filha. É possível que o potencial destrutivo que Ligia via em Ana, “a bebê má” que matou a formiga, tenha relação com a morte de Vitória. O aspecto da Ana destruidora encena a fantasia de que, para que uma das gêmeas vivesse, a outra precisasse ser destruída. A partir desta observação, foram feitas, durante os atendimentos, intervenções fazendo a voz do que Ana poderia estar pensando perante estas ambiguidades, trazendo à luz as suas necessidades e mostrando aspectos que Ligia pôde reconhecer na filha como positivos.

Também foi possível retomar a história de Ligia como filha, visando explorar a constituição da sua maternidade e o papel que isso ocupa em sua vida. Esta questão foi importante para o trabalho terapêutico, pois foi uma porta para se pensar a sua maternidade de maneira geral e, portanto, sua relação com Ana. Era tema frequente das sessões a relação conflituosa que Ligia possuía com sua mãe, conflitos que, hoje em dia, aparecem em divergências no cuidado com os netos. Era perceptível que Ligia se colocava no mesmo patamar que Ana, pois, muitas vezes, tomava a filha como uma competidora, que disputava pelos brinquedos que colecionava há anos. Mostrava-se também incomodada com comentários que ouvia em sua cidade sobre o orgulho que tinham de Ana por tudo o que ela passou, como se a deixassem de lado em toda a história. Desta forma, percebeu-se que Ligia se sentia sem empoderamento em face da sua função de mãe, sentindo-se destituída da participação na história que viveu com Ana.

Conforme estas questões foram sendo trabalhadas em sessão, foi proporcionado um espaço para mãe e filha construírem sua relação em novos moldes, revisando sua história – que antes era vista como o sofrimento de Ana, a gêmea siamesa que passou por momentos árduos, mas sobreviveu –

e possibilitando a atuação das duas como protagonistas: Ligia e Ana, que viveram com Vitória e lutaram juntas para superarem as dificuldades de sua perda. Percebeu-se o fortalecimento do vínculo entre mãe e criança. Ligia elaborou esta situação de maneira concreta, fazendo uma junção de fotos e vídeos para contar a história de Ana Vitória. A construção dessa narrativa por imagens trouxe a possibilidade da visão desta história por um novo ângulo. Considerou-se esta concretização como parte importante do processo de integração das duas, abrindo novas portas para a sua relação. A próxima vinheta retrata este novo momento da relação das duas.

Por volta de 1 ano e meio de idade, Ana está sentada no chão brincando com uma série de copinhos e olhando para a mãe.

T: *“O que você tá olhando pra mamãe?”*

L: *“Conseguiu!”* – sobre os copinhos que Ana brincava.

T: *“A Ana tá brincando tão diferente, né? Ela tá brincando mais junto com as pessoas agora.”*

L: *“Tá, ela tá brincando bastante.”*

Ana segue com o olhar a mãe e a terapeuta, conforme elas falam, e sorri para elas quando consegue abrir e fechar os copinhos.

T: *“E você tem brincado com ela?”*

L: *“Olha, ultimamente não. Geralmente eu brinco com ela quando eu pego uma folga né, do serviço.”*

O vínculo de Ana e Ligia começava a se fortalecer. Ana já podia brincar com objetos do seu interesse e buscava o olhar e a aprovação da mãe e da terapeuta para que pudesse continuar brincando – diferente de antes, quando focava apenas os objetos oferecidos. A capacidade do bebê de buscar o olhar do outro e integrar o outro em suas ações é um sinal de desenvolvimento psíquico e emocional saudável. Ligia, por sua vez, podia participar da brincadeira, divertir-se e notar novos aspectos na filha que antes não conseguia ver.

Mãe e filha podiam interagir de uma nova maneira nos atendimentos. A mãe também podia reconhecer aspectos positivos que fazem parte de Ana, o que foi expresso durante os atendimentos na capacidade de Ligia perceber e atender as necessidades da criança, ter maior contato verbal com ela,

propiciando uma troca entre as duas, favorecendo o vínculo da dupla mãe e criança. A partir disso, foi possível para a mãe verbalizar as competências e qualidades da sua filha e, desta forma, criou-se um novo espaço para que Ana pudesse se delinear e se desenvolver como sujeito.

No início do trabalho terapêutico, as duas interagiam pouco entre si e tinham dificuldades em se expressar e se impor em face das suas necessidades na relação. Ao final de um ano de atendimento, Ligia podia brincar com a filha, conversar e contar histórias sobre o que ela fazia, ao mesmo tempo em que Ana podia mostrar que queria ou não brincar, demonstrar desconforto perante frases e comportamentos da mãe, podia demonstrar suas preferências ao brincar.

Tanto do ponto de vista motor quanto do psíquico, o desenvolvimento de Ana foi visível. Do ponto de vista psíquico pudemos ver como ela pôde procurar, de novas maneiras, a interação com sua mãe, as terapeutas e a equipe do Setor de Saúde Mental. Aos poucos, ela conseguiu se expressar de modo a expor seus incômodos e demonstrar suas preferências. No final, era vista como uma “*menininha cheia de si*” pela equipe do Setor.

Entende-se como parte importante do desenvolvimento psíquico e emocional de Ana a integração de sua história por parte dela e de sua mãe. Quando chegaram para os atendimentos, as duas estavam bastante desvitalizadas. Podemos pensar que Ana vivia esta desvitalização como consequência do que tinha vivido até aquele momento, por viver o impacto que tal história causava em sua mãe. Sabe-se que o vínculo entre mãe e bebê é fundamental para o desenvolvimento psíquico; uma vez que este vínculo estava comprometido, Ana mostrou sinais de embotamento e passividade nas suas relações interpessoais e nas interações com os objetos, o que foi visto como um sinal de sofrimento precoce. Considerando que, nos primeiros meses de vida, o bebê conta com o olhar e cuidado de sua mãe (ou principal figura cuidadora) para que possa se diferenciar dela e se desenvolver como sujeito, Ana não era destituída de afeto ou cuidados, mas vivia a falta de um olhar para ela mesma como sujeito, que dificultava o seu desenvolvimento neste sentido. Em um primeiro momento, ela era vista quase como um fantasma de sua irmã, estigma que carrega também como homenagem em seu nome. Ana implicava em uma ausência de Vitória; seu aniversário era visto como uma data que lembrava coisas ruins e não como uma comemoração. Aos poucos, ela pôde

conquistar o seu espaço e mostrar os aspectos que são só de Ana – que a constituem como o sujeito que é – e se reconhecer como tal. A possibilidade deste reconhecimento aponta para um desenvolvimento de *self* saudável. Ana, que passou por momentos difíceis com sua mãe – e com ela pode ser vista como guerreira, superando também a perda de sua irmã –, após superada a vivência do período de morte e luto, encontrou vitalidade para poder ser, de maneira integrada, Ana Vitória.

Já com cerca de 3 anos, Ana está em pé na sala de atendimento segurando alguns brinquedos. *A mãe inicia um jogo com a filha, pedindo que ela mostre as partes do corpo que sabe e incentivando que diga as novas palavras que tem aprendido. Ana mostra-se muito feliz no jogo com a mãe, olhando para ela todo o tempo e rindo bastante.*

L: “Cadê o bumbum?”

Ana aponta com a mão para seu bumbum.

L: “Cadê a barriga?”

Ana aponta para sua barriga

L: Cadê o peito?

Ana aponta para seu peito

L: “Cadê a orelha?”

Ana aponta para sua orelha

L: “Aah, cadê, o quê... cadê a prexeca? Cadê a periquita?”

Ana aponta para suas partes genitais e logo em seguida para seu bumbum.

L: “Aah, bumbum... barriga.”

A: “Barriga” – diz Ana enquanto aponta para a barriga.

L: “Cadê a bochecha?”

Ana aponta para a bochecha

L: “O que é isso daí?”

A: “Bochecha”

T: “Bochecha de quem?”

L: “Bochecha de quem? De quem é essa bochecha?”

A: “Minha” – responde bem baixinho.

L: “Fala ‘minha.’”

A: “Minha.”

Com base nesta vinheta, é possível notar a diferença na relação entre Ligia e Ana, que agora brincam uma com a outra enquanto Ligia, orgulhosa,

mostra para as terapeutas os conhecimentos adquiridos pela filha, um reconhecimento tanto de suas capacidades como de suas características que antes não conseguia fazer. A distinção das características aparece destacando o corporal na vinheta, mas começou a aparecer com frequência no discurso de Ligia durante os atendimentos, quando reconhecia as características da personalidade da filha e descrevia, por meio das histórias que contava, as travessuras que Ana fazia.

Ao mesmo tempo, a vinheta ilustra o desenvolvimento de Ana, agora crescida e dizendo algumas frases, consegue estabelecer pequenos diálogos com a mãe e a terapeuta. O reconhecimento que Ana agora pode fazer dela mesma aparece, de forma concreta, quando ela aponta cada parte do corpo que é dela, algo simbólico de um desenvolvimento psíquico que, agora, é saudável. Neste período, a partir das intervenções terapêuticas, criou-se um espaço para que fosse construído um novo olhar para Ana.

Como destacado, o olhar da mãe para o bebê tem função fundamental para favorecer o seu desenvolvimento psíquico; o olhar materno favorece a diferenciação do bebê e do mundo para que ele possa, então, reconhecer-se. A princípio, este olhar era permeado pelas dificuldades e sofrimentos relativos à história de Vitória; com o tempo, surge um novo olhar que contempla Ana de maneira mais integrada. Este novo olhar abriu espaço para novos moldes de relação que favoreceram sua diferenciação na história de sua irmã. Uma vez que a reelaboração da história de Ligia, Ana e Vitória foi feita, cada uma pôde ocupar seu espaço, e o cuidado materno pode acontecer de maneira suficientemente boa, permitindo que, a partir dessa diferenciação, Ana ocupasse seu lugar como sujeito. A concretude de conhecer seu corpo e nomear que é o corpo dela mesma demonstra que Ana se reconhece como sujeito real. Esse reconhecimento é primordial para a constituição psíquica e, segundo Winnicott, esse sentir-se real é o que propicia a construção do *self* na criança.

REFERÊNCIAS

- BOWLBY, J. (1993). “Apego e perda”. In: BOWLBY, J. *Perda, tristeza e depressão*. v. 3. São Paulo, Martins Fontes. Original publicado em 1907.
- BRAZELTON, T. (1998). “As forças vitais do recém-nascido”. In: BRAZELTON, T. *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- CRESPIN, G. C. (2004). “Os sinais de sofrimento precoce”. In: CRESPIN, G. C. *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- KUPFER, M. C. M. et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psycopath*, v. 6, n. 1, maio.
- LEBOVICI, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- LINS, M. I. A. (2015). *Consultas terapêuticas: uma prática de D. W. Winnicott*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- MAHLER, M. (1982). “A interação mãe – filho durante a separação-individuação”. In: MAHLER, M. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- SAFRA, G. (2007). “Introdução: alguns princípios fundamentais subjacentes à clínica winnicottiana”. In: FERREIRA, A. (org.). *Espaço potencial – diversidade e interlocução*. São Paulo, Landy.
- SILVA, M. C. P. et al. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 38, n. 3.
- STERN, D. (1997). “A interação pais-bebê”. In: STERN, D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- WINNICOTT, D. W. (1975). “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1967.
- WINNICOTT, D. W. (1983). “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self”. In: WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artmed. Original publicado em 1960.
- WINNICOTT, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1971.
- WINNICOTT, D. W. (2000a). “A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1950.

- WINNICOTT, D. W. (2000b). “A preocupação materna primária”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1956.
- WINNICOTT, D. W. (2000c). “A tendência antissocial”. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago. Original publicado em 1956.

Consultas terapêuticas, o pai e a criança surda

ANA CRISTINA MARZOLLA

Este capítulo se origina da minha experiência no atendimento a pessoas com deficiência auditiva que me levou a escrever uma tese sobre o pai e seu filho surdo, elaborada a partir de consultas terapêuticas com pais. Focarei aqui a interface entre consultas terapêuticas e a importância do pai na teoria winnicottiana.

Fiquei muito surpresa com a facilidade de encontrar pais que atenderam ao meu convite para falar sobre seu/sua filho(a) com surdez.

Esclareço que considero pai aquele/aquela que oferece sustentação e com quem a mãe poderá partilhar as questões do cotidiano com o bebê – como as graças ou dificuldades.

1. SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PAI

Winnicott é conhecido por enfatizar a importância da provisão materna para o desenvolvimento psíquico do bebê. Entretanto, ele não deixou de lado a importância fundamental do pai desde as fases iniciais até momentos posteriores de vida (meninice, vida familiar, adolescência etc.).

Como bem lembra Safra (2006), Winnicott fala, com raras exceções, sempre do ponto de vista do bebê. Em outras palavras, ele busca se colocar no lugar de um bebê. Portanto, ele procura entender as funções do pai para o desenvolvimento do psiquismo a partir do ponto de vista do bebê.

O pai é aquele que oferece segurança à esposa e com quem ela poderá ter possibilidade de partilhar os pequenos detalhes do dia a dia (Winnicott, 1982, p. 127). Para Winnicott, no início, o pai tem funções relacionadas à esposa, como dar-lhe sustentação, *holding*, oferecer condições para que ela possa se dedicar ao seu bebê. A preocupação materno-primária é fundamental

para que a mãe possa ter um encontro com a criança baseado numa identificação – o que apenas será possível se ela estiver protegida pelo marido, pai da criança. Assim, “[...] o processo de regressão da mãe, o processo de identificação com o bebê é possibilitado pela presença paterna que protege a mãe nesse estágio” (Safra, 2006). Os braços maternos representam o pai, ou seja: a presença do pai no corpo da mãe.

Podemos dizer, então, que a mãe pode ser suficientemente boa para seu bebê se tiver a sustentação de uma figura paterna que lhe forneça as condições para se dedicar ao seu filho. Winnicott aponta sobre a importância do marido (quando existir um) para ajudar a esposa “[...] a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito” (Winnicott, 1982, p. 129). Entendo que Winnicott está assinalando a inserção do pai, em sua vivacidade, no corpo da mãe, seja quem for a pessoa que está como mãe.

O pai que dá apoio moral à mãe de seu filho lhe dá esteio para sua autoridade, sustenta a lei e a ordem implantadas pela mãe na vida da criança. Contudo, “[...] ele não precisa estar presente o tempo todo para cumprir esta missão, mas tem de aparecer com bastante frequência para que a criança sinta que o pai é um ser vivo e real” (ibid., p. 129).

A criança precisa do pai por conta de suas qualidades e dos aspectos que o distinguem de outros homens, assim como da vivacidade de que se reveste sua personalidade (ibid.). Além disso, uma das coisas que o pai faz pelos filhos é estar vivo e continuar vivo durante os primeiros anos da criança (ibid.).

Nos estados de quietude, o bebê precisa ser sustentado pela figura materna por meio do *holding*, o que permite ao bebê ter a experiência de continuidade de ser e vivenciar essa experiência de sustentação. Assim, os braços maternos que seguram o bebê representam o pai. A firmeza do braço da mãe, que dá continuidade de ser ao bebê, que possibilita a integração que o bebê ainda não tem, é a presença paterna no corpo da mãe: a tranquilidade, a firmeza que ela pode ter por estar protegida pela presença paterna. Então, não se trata apenas de uma função materna que está simplesmente na mãe, mas desta maternidade que significa a presença do pai.

Nos estados de inquietude, ou de excitação, o bebê vai vivenciar o que Winnicott chama de amor primitivo. O bebê vai querer possuir o corpo da

mãe por todos os meios. Nesse momento, a figura paterna protege a mãe do seu bebê para não ser devorada por ele, mas também protege o bebê da sua mãe, para que a mamãe não devore seu bebê. Enfim, temos pai, mãe e filho como uma unidade, pois o pai está presente no corpo da mãe.

No período da dependência relativa, o pai tem uma contribuição muito importante: ajuda a mãe no processo de desmame que marca o início da separação eu-outro. Neste momento, ao querer a mulher para si, o pai a auxilia a retomar, pouco a pouco, a amplitude do mundo que havia sido estreitado por conta da preocupação materna primária (Rosa, 2014).

O pai tem importância também no estágio do concernimento, protegendo a mãe da impulsividade da criança e, portanto, possibilitando também à criança experimentar mais sua instintualidade. Ele coloca limites, mas sem cercear a criança. É fundamental não só o encontro de corpos, mas lembramos que ela foi sonhada, foi concebida pelo encontro do casal. Isso oferece um lugar à criança, um lugar humano, dá um lugar na relação do casal e dá um lugar transgeracional (Safra, 2006).

Os desdobramentos disso tudo provocam, como bem lembra Safra, problemas na relação mãe-bebê não se originam necessariamente na mãe! Podem estar relacionados à uma falha paterna, na falta de uma figura paterna que protege a mãe.

Para concluir, quero lembrar que o pai tem função importante ao longo de todo o ciclo vital de um(a) filho(a).

2. SOBRE A SURDEZ

O aparato da audição é importante, pois sua falta acarreta uma limitação nas possibilidades de adaptação da criança, influenciando nas suas vias de desenvolvimento – principalmente, se levarmos em conta os efeitos do diagnóstico da surdez sobre a família. O problema é que há uma “falha básica” na interlocução entre os pais ouvintes com seu filho surdo. Pode-se dizer que existe uma incongruência entre as necessidades da criança, a forma como ela percebe o mundo ao seu redor, sensorialmente – sobretudo a partir da visão, do tato, do olfato, do paladar – e a percepção que os pais têm do filho quando não têm consciência da diferença.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o grau severo de perda auditiva significa que a pessoa ouve sons entre 61 e 80 dBNA (decibel – nível de audição), enquanto o grau profundo indica que a pessoa escuta apenas os sons com mais de 81 dBNA (Quadro 1).

Quadro 1 – Graus de audição

Graus de perda auditiva	Média entre as frequências de 500, 1k, 2k, 4kHz	Desempenho
	Adulto	
Audição normal	0-25 dB	Nenhuma ou pequena dificuldade; capaz de ouvir cochichos
Leve	26-40 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume normal a um metro de distância
Moderado	41-60 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume elevado a um metro de distância
Severo	61-80 dB	Capaz de ouvir palavras em voz gritada próximo à melhor orelha
Profundo	> 81 dB	Incapaz de ouvir e entender mesmo em voz gritada na melhor orelha

Fonte: OMS (2014).

Como os sons da fala se encontram entre 20 e 50 dBNA, uma criança com perda severa ou profunda não tem acesso aos sons da fala, a menos que use aparelho de amplificação sonora individual (Aasi) ou implante coclear (IC).¹ Mesmo assim, a colocação do aparelho ou implante não significa que a criança vai passar a escutar tão logo use esses recursos. A pessoa com

1 “O implante coclear” ou “ouvido biônico” é um aparelho eletrônico digital de alta complexidade tecnológica que tem sido utilizado para restaurar a função auditiva nos pacientes portadores de surdez severa a profunda que não se beneficiam com o uso de próteses auditivas convencionais. Trata-se de um equipamento eletrônico computadorizado que substitui a função do ouvido interno de pessoas que têm surdez total ou quase total. Assim, o implante estimula diretamente o nervo auditivo através de pequenos eletrodos que são colocados dentro da cóclea. Estes estímulos são levados via nervo auditivo para o cérebro [...]” (Implante coclear, 2017).

deficiência auditiva, na grande maioria dos casos tem uma audição residual, geralmente nas frequências graves, que vai ser aproveitada pelos recursos supracitados, porém é necessário todo um trabalho fonoaudiológico que envolva o processo de adaptação da criança ao Aasi ou ao IC.

Uma surdez adquirida antes ou nos inícios do processo da aquisição da linguagem significa que a lesão que provocou o déficit de audição, de modo geral, ocorreu até o segundo ano de vida. Os efeitos de uma surdez com estas características podem ser devastadores para a criança, tanto em termos do seu desenvolvimento cognitivo quanto da sua constituição psíquica. Sem ouvir os sons ao seu redor, sem ouvir a voz da mãe – tão importante nos tempos iniciais de constituição do psiquismo –, sem ter acesso ao que se fala ao redor, o bebê surdo fica muito suscetível a se enquistar num mundo autístico, dependendo das condições do entorno, ou seja, das primeiras interações pais-bebê.

A identificação da surdez numa criança pode acarretar sérias consequências sobre o funcionamento psíquico de toda a família, na medida em que tal diferença marca de forma imprevista e definitiva a perda da ilusão do filho perfeito.

Os laços familiares sofrem um ataque, as dúvidas se instalam: Como aconteceu? Tem cura? Por que comigo? Pais relatam que não sabem mais o que fazer, como reconhecer as necessidades do filho – reconhecimento fundamental para se instalar o investimento afetivo necessário para o “vir-a-ser” dessa criança (Carvalho e Marzolla, 1998).

Saliento que estou me referindo a pais ouvintes, ou melhor, que têm seu aparato auditivo intacto em termos anátomo-fisiológicos, isto porque as questões psíquicas que perpassam a relação de pai(s) surdo(s) com filho também surdo vão ter um colorido diferente, além de que eles constituem um grupo minoritário. Em outras palavras, a grande maioria dos surdos tem pais ouvintes, assim, a família toda precisará lidar com questões sobre a interação com a criança surda.

Entendo que a maioria dos genitores, solitariamente, não vai encontrar no seu mundo interno recursos para lidar com a dor provocada pela marca de diferença constatada no filho. Mesmo nos casos em que o casal vive junto e com certa harmonia, temos que considerar que o “fato novo” –

a deficiência – promove uma desorganização na dinâmica familiar. Os genitores – individualmente ou como casal – fecham-se na própria dor e dificilmente conseguem buscar ajuda especializada para si mesmos. Via de regra, procuram profissionais para cuidar dos efeitos da deficiência no filho, em quem depositam as esperanças de “cura” (Carvalho e Marzolla, 1998).

Conforme relatei (Marzolla, 2010), uma mãe, a quem nomeei Nina, participou por cerca de quatro anos do grupo de pais que coordenei na Clínica das Alterações da Audição, Voz e Linguagem Prof. Dr. Mauro Spinelli, da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Derdic/ PUC-SP). A filha menor, Júlia (nome fictício), com 3 anos de idade, tinha ficado surda aos 2 meses em decorrência de uma meningite bacteriana precocemente detectada por essa mãe. Júlia recebera indicação de IC, e Nina estava juntando um dinheiro que não tinha, pois a cirurgia é muito cara. Na época, o único hospital que fazia a cirurgia gratuitamente era o Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais (HPRLLP) – Centro de Pesquisas Audiológicas da Universidade de São Paulo (USP), em Bauru. A fila de espera para obter o implante era imensa; o aparelho implantado era importado e pago em dólares americanos.

Estava quase tudo acertado, mas com o atentado contra as Torres Gêmeas, em 11/9/2001, na cidade de Nova Iorque, o dólar disparou. Nina compareceu à sessão do grupo, no dia 13/9, cabisbaixa; logo contou que estava se sentindo derrotada. Seu sonho do implante para a filha estava adiado. Lembro-me de perguntar a ela acerca de suas expectativas com relação à referida cirurgia. Ela contou – e vou repetir suas palavras, que ficaram cravadas em minha memória: “*Minha filha vai entrar no mundo!*” Ou seja, para Nina, sua filha, com 3 anos de vida, estava pairando em algum lugar, não propriamente neste nosso mundo.

Entretanto, ao longo do processo do grupo, Nina se deu conta da subjetividade da filha, que era capaz de perceber as coisas à sua volta, capaz de sentir, de conhecer o mundo a partir dos dados que tinha e atribuir sentido às suas experiências. A mãe estendia a patologia da filha para outros aspectos, não necessariamente relacionados à deficiência auditiva, e via a filha quase como um ser extraterrestre. Não conseguia perceber a criança vivaz à sua

frente. Não terá sido Nina, a mãe, quem estivera fora do mundo, talvez, por força do impacto do diagnóstico de surdez da filha e da força das palavras de um médico otorrinolaringologista que a alertara de que cada dia que a criança ficasse sem ouvir significava milhões de neurônios mortos? Ele, decerto, não considerou que milhares de outros neurônios estariam se ativando por meio de outras vias comunicativas. Como bem disse Sacks (1995, p. 16):

[...] deficiências, distúrbios e doenças podem ter um papel paradoxal, revelando poderes latentes, desenvolvimentos, evoluções, formas de vida que talvez nunca fossem vistos, ou mesmo imaginados, na ausência desses males [...]. É o paradoxo da doença, seu potencial “criativo”.

Acontece que nem sempre esse potencial criativo encontra condições para se expressar.

3. A EXPERIÊNCIA COM AS CONSULTAS TERAPÊUTICAS PARA PAIS COM FILHO(A) SURDO(A)

A proposta das consultas terapêuticas teve como finalidade o oferecimento de um *holding* para as angústias relacionadas ao fato de ter um(a) filho(a) surdo(a), assim como possibilitar aos pais verem a si mesmos e ao filho/à filha de maneira mais ampla. O dispositivo possibilitou que, nessas consultas, emergissem conteúdos nucleares para explicitar ao pai questões nodais de sua relação com o(a) filho(a).

Na consulta terapêutica, o terapeuta assume uma postura mais ativa (em relação a um processo analítico), realizando pontuações ou assinalamentos, interpretações que mobilizam associações, promovendo a circulação dos conteúdos inconscientes. Como diz Winnicott (1984) em sua proposta sobre este tipo de trabalho, as consultas terapêuticas têm uma importância que a psicanálise – entenda-se o processo psicanalítico usual – não possui.

Baseando-me em Lescovar (2001), quão pouco e efetivo é necessário ser feito para que as consultas com o psicanalista, variando de um a três encontros, possam significar um ganho real para o paciente e sua família. Ele diz que as consultas terapêuticas são fundamentalmente o oferecimento de

um encontro essencialmente humano, em que o psicoterapeuta se coloca em tempo, em espaço e em disponibilidade pessoal ao próprio movimento de busca de auxílio do paciente.

Minha experiência no campo da surdez e a experiência das consultas terapêuticas me levaram a perceber como os pais mantinham uma relação e uma interlocução com o filho carregadas de angústia e culpa, com grande tendência a antecipar e adivinhar significados para as intenções comunicativas dos filhos. Os riscos de fracasso no exercício da parentalidade, nas suas tarefas de acolher e propiciar autonomia para o filho ficam aumentados. Digamos que eu pude traduzir para os pais que participaram das consultas o jogo entre o baque narcísico e a possibilidade de ver o(a) filho(a) não somente a partir da surdez.

Uma questão importante surgiu: o meu trabalho como psicanalista com uma criança. Trabalho com a criança na sua totalidade, digamos assim. Esta experiência possibilitou que eu me identificasse, nas consultas, com esses pais na tristeza e, também, na vivacidade deles. Eu pude me colocar no lugar deles, como num estado de preocupação materna primária.

4. SOBRE O QUE SURTIU NAS CONSULTAS COM OS PAIS

As consultas terapêuticas mostraram que os pais que participaram da experiência mantinham uma relação e uma interlocução com o filho carregadas de angústia e culpa, com tendência a antecipar e adivinhar significados para as intenções comunicativas dos filhos. Como é sofrido lidar com o golpe narcísico! Os riscos de fracasso no exercício da parentalidade, nas suas tarefas de acolher e propiciar autonomia para o filho, ficavam aumentados.

É árduo acolher a própria angústia, e o pai é uma pessoa que também fica estigmatizada pelos profissionais e pela esposa como pai ausente, que abandona, sem que seja levado em conta como e o quanto a situação do filho(a) surdo(a) o deixa fragilizado, sem condições de responder às expectativas do entorno social de que ele seja um pai conforme a norma, ou mesmo um pai ideal.

Percebo o quanto é comum pais serem convocados para entrevistas, consultas, mas não comparecerem. É pouco habitual insistir no agendamento

de outro horário para que este pai participe de tal entrevista ou consulta, enfim, para que acompanhe mais de perto o tratamento do filho. Isso acontece com qualquer profissional da saúde, inclusive com psicólogos – que, algumas vezes, “deixam o pai de lado”. Entendi que, por meio das consultas terapêuticas realizadas, legitimei o lugar paterno para estes pais perante seu filho.

O filho com deficiência, a princípio, faz desmoronar o que o pai conhece. Como fica para um pai, diante do diagnóstico de deficiência de um filho, perante as angústias mobilizadas, conseguir cumprir essas funções num momento em que mal consegue um *holding* para si próprio? O escritor catariense Cristovão Tezza, vencedor em 2008 da 50ª edição do Prêmio Jabuti na categoria de melhor romance com o livro *O filho eterno*, expressa este susto de forma contundente, nos seguintes trechos:

Ninguém está preparado para um primeiro filho [...] ainda mais um filho assim, algo que ele simplesmente não consegue transformar num filho. (Tezza, 2007, p. 32)

Mas ninguém está condenado a ser o que é, ele descobre, como quem vê a pedra filosofal: eu não preciso deste filho, ele chegou a pensar, e o pensamento como que foi chegando novamente em pé, ainda que avançasse trôpego para sombra. Eu também não preciso desta mulher, ele quase acrescenta, num diálogo mental sem interlocutor: como sempre, está sozinho. (Ibid.)

No silêncio, com a mulher e o filho, viu-se chorando, o que durou pouco. Ele tentava desesperadamente achar alguma palavra naquele vazio; não havia nenhuma. (Ibid., p. 33)

De fato, é difícil encontrar palavras para descrever o que acontece consigo mesmo, num momento desses.

Na primeira consulta com um pai, a quem chamarei Pedro (nome fictício), tive a impressão de que, quando pairava algum silêncio, ele logo tratava de preenchê-lo, emendando alguma coisa. Levei em conta que era um primeiro encontro e, portanto, considerei a possibilidade de angústia de caráter persecutório. Entretanto, cabe também a hipótese de uma angústia relacionada ao silêncio, que remete à ausência de som que precisa ser preenchida (surdez). Silêncio vivido como solidão (Marzolla, 2010).

Pedro era pai de uma jovem, Vanessa, que tinha 16 anos na época das consultas. A surdez dela era congênita, originada por uma rubéola materna não diagnosticada durante a gestação. A surdez de Vanessa foi percebida pelos pais quando ela tinha 1 ano e 6 meses. Percebiam que não falava nada e não reagia a sons. Sua deficiência é profunda, e Vanessa é pouco oralizada: utiliza-se da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como forma preferencial para se comunicar.

Na segunda consulta, ele apresentou silêncios principalmente quando se referiu à forma como tentava “*tocar pra frente*”, isto é, seguir sua vida adiante, sem ficar detido no sofrimento causado pela surdez da filha. No entanto, paradoxalmente, algo pareceu-me ficar oculto/aparente, pois Pedro emudeceu, ou pôde emudecer, igualando-se à filha surda de alguma forma, no silêncio ali comigo – curiosamente, quando narrava a experiência de ter falado da filha para mim na nossa primeira consulta. Em outras palavras, ele pôde ficar em silêncio comigo.

Pedro projetava na filha questões que também denunciavam o sentido que atribui à surdez: ele via a filha surda como coitada, para quem é difícil dizer “não”, talvez porque Vanessa representasse um “não” para eles: a denúncia do próprio fracasso em gerar a filha idealizada, perfeita.

Pedro: *Então, se a gente vai numa festa, na casa de ouvinte, ela não quer ir. É teimosa. Só se for dos amigos dela surdos. Às vezes a gente obriga ela a ir com a gente, às vezes ela fica em casa. Mas acho que isso é da deficiência auditiva, né? Vejo outros pais reclamando da mesma coisa... É difícil negociar.*

Ana: *Será? Por que você pensa assim?*

Pedro: *É que eu vejo os outros assim também. Talvez seja porque eles pensam: eu sou coitado, porque eu sou deficiente.*

Ana: *Talvez porque os pais também sentem pena do filho quando descobrem a deficiência dele.*

Pedro: *É, pode ser... Não tinha pensado nisso, mas a gente sempre procurou dar o que ela queria, né... Ela é teimosa. Ela pede as coisas e a gente fala que não dá, ela fica brava, ela xinga. Quer dizer, eu não! A mãe. Eu ela não xinga. Ela tem mais respeito comigo.*

Pedro tem dificuldade de vê-la para além da deficiência. Tende a atribuir à surdez certas características de personalidade que a filha apresenta, como a teimosia, por exemplo. Eu busquei mostrar a Pedro outros sentidos possíveis para a teimosia

Ana: *Você percebe que isso que você está chamando de teimosia, nos exemplos que citou, pode ter a ver com a faixa etária dela, com a adolescência? Ou seja, não tem necessariamente a ver com a surdez... Ela tem outros interesses, quer estar com os amigos...*

Pedro: *É, tem a ver acho que com a adolescência. E acho que é uma coisa para puxar para os pais também, só que ela tá assim.*

Foi importante poder oferecer outros sentidos, ampliar a forma como Pedro via a sua filha. Ele sentiu-se contemplado ao dizer:

Pedro: *É bom que você tivesse uma pessoa para você desabafar um pouco, né, nesse tempo que a gente tem a luta com a doença, com a deficiência né, é importante ter uma pessoa como você, né.*

Assim, porque... Ajuda assim, porque não é pra todas as pessoas que a gente tem o... Para tá falando da vida da gente, então, pras pessoas certas disso, na área. Eu penso assim dessa maneira, de tá falando e se tivesse uma oportunidade de tá falando assim sobre minha filha, eu penso assim... No caso, falar pra qualquer pessoa assim, né. Tem que ter as pessoas certas e lidar com outras pessoas é seu trabalho.

Porque é assim, você tem que pensar que é alguma coisa que Deus deu. Você não pode ficar triste... Tem que pedir a Deus para Deus dar saúde; e tem uma coisa que... Deus... não vai voltar.

Eu disse: *Sim, a surdez não se elimina... Mas quem disse que não pode ficar triste...*

Pedro temia tomar contato com a tristeza e deprimir-se; por isto precisava “tocar pra frente” o que de certa forma implicava um impedimento de dar vazão aos afetos e sentimentos, até que surgiu sua tristeza – por uma via da negação, mas surgiu. Pedro pôde reconhecer que falar desses afetos e sentimentos” lhe trouxe certo alívio.

É difícil confrontar-se com a irreversibilidade da deficiência: seus efeitos podem ser minimizados, mas a deficiência, em si, não tem como ser elidida. Um IC não restaura o que está lesionado. É nesse momento que surge o silêncio de Pedro: quando tomou contato com sua tristeza.²

Ana: *Essa conversa de hoje te ajudou em alguma coisa?*

Pedro: *Eu acho que pra concluir o que nós já tinha na primeira vez.*

Ana: *Como...*

Pedro: *Eu acho que ajuda bastante sim, você abre mais sua... sua própria mente. Você falar o que você, né... é bom... (houve uma sobreposição de falas que tornou inaudível o comentário de Pedro, mas fica clara a preocupação dele em saber se está me ajudando, se sua entrevista está colaborando com o meu trabalho).*

Ana: *Sim, me ajudou. Mas abre a mente em que sentido?*

Pedro: *Acho que é assim de você falar não só do presente como do passado, acho que é muito bom... Eu acho, né...?!*

Ana: *Mas no que ajuda falar do passado, do presente?*

Pedro: *Eu acho que ajuda sim, porque você pergunta sempre pra comparar assim, a gente com os pais, então acho que é importante nesse sentido, assim que relembra muitas coisas. Você nem tá lembrando aquilo que já passou, né? Então ajuda muito assim, né?! Você relembra o que já passou há muitos anos, hoje então, digamos... acho que ajuda bastante, nesse sentido. Até você perguntou: “o que você acha, sua diferença você com seu pai”, você perguntou: “você faria diferente, né”; então acho... importante nesse sentido, até mesmo que eu gostaria de fazer diferente, né, mas, pelo menos XXX.*

Ana: *Bem, eu suponho que em algumas coisas você se identifique com seu pai, mas você não é seu pai. Como é que chama seu pai?*

Pedro: *Salvador.*

Ana: *Você não é o Salvador! Você é o Pedro! Então você não é igual ao Salvador, você vivia em outra época, em outra cidade inclusive, tem uma experiência diferente. Ele criou vocês no interior do Ceará, com um monte de filhos, com determinadas condições. Ele teve a própria história dele, assim como a sua mãe com os próprios pais. Ele teve 7 filhos, cada um é diferente do outro, você está vendo pelos seus filhos. Você tem 2. E cada filho é diferente: não é só pelo fato de que um é surdo e o outro não, mas também porque um é homem e o outro é mulher, por causa pelo fato de um ter nascido primeiro e o outro depois, enfim... Cada um*

2 As falas de Pedro foram transcritas tal como ele falou. Nas transcrições, XXX significa palavra ou trecho de fala não inteligível.

nasceu num momento diferente da vida de vocês, não sei se quando a Vanessa nasceu vocês queriam uma menina ou um menino, então tem uma série de coisas que fazem com que a gente seja diferente com um filho e com o outro.

Pedro: *É, verdade.*

Ana: *Você fantasia uma série de coisas durante a gravidez em relação ao filho, tudo aquilo que você quer oferecer e, de repente, quando o filho nasce, ele nunca é igual àquele filho que você imaginou durante a gravidez. Então, às vezes você está torcendo para que seja menino e é menina, ou vice-versa. Você não imaginava que fosse nascer uma filha com surdez.*

Pedro: Não sabe se parece com o pai ou com a mãe.

Ana: *É, pode parecer com o pai ou com a mãe, então uma série de coisas. Quando nasce é bem diferente.*

Pedro: *É verdade!*

Ana: E aí você vai aprendendo a ser pai, porque eu acho que você só aprendeu a ser pai quando nasceu a Vanessa.

Pedro: *É verdade!*

Apresentei um longo trecho de nossas conversas, mas não quis recor-tá-lo devido à articulação dos temas. É curioso que o pai de Pedro tenha um nome com sentido similar ao de Salvador. Dessa forma, minha fala para ele, de que ele não é o “Salvador”, assumiu um duplo sentido: de diferenciação entre ele e o pai, mas também de sua falibilidade, de sua humanidade. Também levei em conta que Pedro mencionou seu pai várias vezes durante a entrevista e com muito carinho. Entendi o quanto ele, inconscientemente, buscava ser referendado: ser um pai para os seus filhos como seu pai fora para ele. Foram importantes as colocações que fiz para ele no sentido de poder se lembrar de seus pais. Ele pôde se perceber fazendo parte de uma linhagem; além disso, possibilitaram a ele uma legitimação de seu lugar de pai e de um pai presente na vida da filha. Pedro se mostrava muito preocupado com o fato de ter falhado ao não ter identificado precocemente a surdez da filha. Será que falhei como pai? Não cuidei da minha filha? Não fui atento? Ele cuidou dela com os recursos internos e externos que tinha. Daí, uma questão importante: poucos profissionais da saúde oferecem uma escuta aos pais. Chamo atenção aqui, de modo geral, especialmente ao pai. Este fica esquecido.

À minha questão sobre como tinha aproveitado nossa conversa, Pedro afirmou que aproveitou: abriu sua mente e creio que estava sendo verdadeiro. Pedro mostrou ser um homem reflexivo.

As consultas foram realizadas por conta de minha tese de doutoramento e não tive qualquer dificuldade em encontrar pais que se disponibilizassem a fazer consultas comigo. Fiquei sobejamente bem surpreendida, pois, até então, dizia-se que o pai ficava distante e com mais dificuldade para lidar com um(a) filho(a) com deficiência. Pedro mostrou-se um homem reflexivo e, de certa forma, ávido por ser acolhido em suas questões, em pensar sobre ser pai de uma adolescente surda.

Desta forma, realço a potência das consultas terapêuticas pelo efeito que podem ter com pai e mãe de filhos que tenham algum tipo de deficiência. A liberdade que a proposta das consultas terapêuticas confere a um analista experiente tem efeito não somente na pessoa a quem ela é dirigida, no caso um pai. O efeito se estende para a dinâmica familiar.

Além disso, elas podem ser realizadas numa maternidade, num centro de reabilitação, num serviço público, ou seja, onde houver um(a) psicanalista com experiência em consultas terapêuticas e que se abra ao diferente: a deficiência.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, J. M. e MARZOLLA, A. C. *Consultas terapêuticas a pais com filho surdo*. Projeto elaborado em 1997 para ser desenvolvido em 1998, mas não implantado por vicissitudes institucionais.
- GUIA DE ORIENTAÇÃO DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA (2020). Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, Conselho Federal de Audiologia e Academia Brasileira de Audiologia. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/CFFa_Manual_Audiologia-1.pdf>.
- IMPLANTE COCLEAR (2017). Grupo de Implante Coclear do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.implantecoclear.org.br/sem-categoria/implante-coclear/>>.
- LESCOVAR, G. Z. (2001). *Um estudo sobre as consultas terapêuticas de D. W. Winnicott*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- MARZOLLA, A. C. (2010) *O pai e seu filho surdo: um olhar psicanalítico*. Tese de doutoramento. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ROSA, C. D. (2014). *E o pai? – uma abordagem winnicottiana*. São Paulo, D. W. W. Editorial.
- SACKS, O. (1995). *Um antropólogo em Marte*. São Paulo, Companhia das Letras.
- SAFRA, G. (2006). *O pai em Winnicott*. Palestra de 6/10/2006, ouvida em cd.
- TEZZA, C. (2007). *O filho eterno*. Rio de Janeiro, Record.
- WINNICOTT, D. W. (1982). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- WINNICOTT, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro, Imago.

Consultas terapêuticas ampliadas na era da pandemia

AFRÂNIO DE MATOS FERREIRA

ANA CRISTINA GOMES

ANGELA MAY

MÔNICA L. FERREIRA VALENTE

1. NOSSA HISTÓRIA

O mundo foi pego de surpresa em 2020. A pandemia nos tirou do prumo. Abruptamente, deixamos o trabalho presencial e passamos a viver no isolamento. O que seria da humanidade a partir daquele momento? Estávamos todos imersos em uma angústia compartilhada.

O luto pela perda do encontro presencial com nossos pacientes se somou ao sofrimento de não podermos estar com os nossos colegas, amigos e familiares. Em face de uma realidade tão avassaladora, sem negar a nossa vulnerabilidade, nos reunimos e criamos o que chamamos de Consultas Terapêuticas Ampliadas adaptadas à situação de pandemia.

Nosso colega Afrânio de Matos Ferreira, que criou com Magaly Marconatto Callia (*in memoriam*) o Espaço Potencial Winnicott, sempre nos provocava, sugerindo que fizéssemos um projeto clínico de consultas terapêuticas. Após 20 anos, o momento se fez presente e 14 analistas (Afrânio de Matos Ferreira, Angela May, Alice Warschauer, Ana Cristina Gomes, Ana Luisa Cordeiro, Denise A. Steinwurz, Fernanda Salomão, Lilian Finkelstein, Maria Teresa F. Nogueira, Mônica L. Ferreira Valente, Patrícia Fraia, Viviane Galvão, Paulina Ghertman, Tereza Marques de Oliveira) apaixonados pela clínica e com disponibilidade para se envolver em um projeto novo, inspirador e desafiador, voluntariamente se engajaram.

Iniciamos, então, a construção do nosso projeto, Consultas Terapêuticas Ampliadas, na modalidade on-line. Inspiradas em Winnicott,

as consultas terapêuticas foram experimentadas, estudadas, adaptadas e modificadas em função da situação de pandemia. Levamos em conta os recursos do nosso grupo e o nosso momento histórico-social e cultural.

O projeto visou, inicialmente, oferecer suporte psicológico aos profissionais da saúde. Esta escolha não se deu por acaso, mas por empatia e identificação com o sofrimento deste grupo, que se encontrava naturalmente vulnerável por estar no enfrentamento de uma doença ainda muito desconhecida.

Iniciamos os atendimentos no pico da crise; momento com muitas incertezas, informações e condução contraditórias nas diretrizes da saúde por parte dos órgãos responsáveis. Com isto, o sofrimento da população nos apontava cada vez mais a urgência de um trabalho que abrisse a possibilidade de reconhecer a necessidade de cuidar de si e dos outros, vista a progressão geométrica do número de doentes e mortos em função da pandemia.

O projeto certamente nos ajudou a processar e amenizar as nossas angústias, o que possibilitou, por meio do nosso trabalho, lançar mão da nossa criatividade. A escolha de cuidar dos profissionais da saúde configurou os nossos mundos superpostos, cuidando, na mutualidade, dos pacientes e da nossa saúde emocional nos encontros semanais que tínhamos.

A criatividade que interessa a Winnicott é o sentimento de estar vivo. Ao falar de criatividade, Winnicott não está se referindo “[...] a uma criação bem-sucedida” (Winnicott, 1975, p. 95), mas a “[...] um colorido de toda atitude com relação à realidade externa” (ibid., p. 95).

É na percepção criativa que a base da criatividade se estabelecerá e nos dará o sentimento de que a vida merece ser vivida. O viver criativo relaciona-se com a saúde. Winnicott aproxima a criatividade ao modo como os indivíduos abordam a realidade externa e a sua participação na comunidade à qual pertencem.

Difícilmente a criatividade poderá ser totalmente destruída; no entanto, menciona casos em que ela pode ser severamente prejudicada e impeditiva de um viver criativo. É o caso de excessos de dominação e submissão em casa e em campos de concentração; situações de tortura e perseguições políticas cruéis – e, aqui, podemos acrescentar a pandemia. Esta traz à tona a potencialidade da destruição da criatividade provocada por fatores ambientais como

medo, desinformação, informações contraditórias, política sanitária inconsistente, entre outras questões graves, tendo como consequência a eclosão de quadros psicopatológicos.

Dando continuidade à nossa história, percebemos que, após alguns meses de trabalho, a demanda dos profissionais da saúde foi inferior à nossa expectativa. Vários outros projetos surgiram direcionados a este público, e muitos deles também apresentaram baixa demanda. A hipótese era a de que os profissionais da saúde estavam imersos em um furacão. Talvez, não houvesse espaço psíquico para as consultas. Algumas narrativas destes profissionais indicavam que, em casa, percebiam-se exauridos, unicamente querendo tomar banho e dormir, evitando pensar e reviver a dor e o medo. Precisavam ter energia para a jornada do dia seguinte.

Em paralelo, por efeito da divulgação nas mídias e do encaminhamento de pacientes realizados por diversos profissionais, foram surgindo pedidos de consultas da população atingida, de alguma forma, pela pandemia. As queixas mais frequentes eram de medos, ansiedades, angústias e lutos. Ampliamos, então, o projeto para a população em geral e começamos a receber pedidos de atendimento de toda ordem.

A pandemia revelou questões graves que estavam latentes na população. A solidão e a dor já estavam lá; tratava-se, assim, de dores primitivas que a pandemia apenas fez eclodir em um grito recolhido de socorro. Nossa abertura para atender a população em geral foi um passo importante, e a demanda aumentou de forma abrupta. Recebemos pedidos de todas as regiões do Brasil e de brasileiros residentes fora do país.

Nesses dois anos, recebemos 266 inscrições: 213 de São Paulo e Grande São Paulo, 53 de outras regiões do Brasil e alguns casos de brasileiros fora do território Nacional.

2. CONSULTAS TERAPÊUTICAS EM WINNICOTT

Adoro falar sobre essas coisas que ilustram o uso dos rabiscos através da referência a exemplos de consultas terapêuticas, mas, ao mesmo tempo, como espero que perceba, reluto muito em colocar isso de maneira definitiva no

papel. Eu preferiria que cada profissional do ramo desenvolvesse seu próprio método, assim como eu desenvolvi o meu. (Winnicott, 1990, pp. 154-155, Carta 116 – Para L. Joseph Stone)

Iniciaremos contando, de forma sintética, como Winnicott trabalhou suas consultas terapêuticas e, posteriormente, relataremos a construção do nosso projeto e do enquadre que criamos.

Apesar de o trabalho de Winnicott sobre consultas terapêuticas ter suas raízes na década de 1940, só foi publicado depois de muitos anos e de muita experiência em análises prolongadas. A divulgação e publicação do trabalho com consultas terapêuticas é fruto da sua maturidade emocional e experiência clínica-teórica.

Em um texto de 1942, Winnicott (1993b) escreve um relatório que denominou “Consultas do Departamento Infantil”, no qual relata os casos que atendeu na Sociedade Britânica e as dificuldades apresentadas. Nesse texto, deixa claro que nem todos os problemas/sintomas devem ser encaminados para uma análise mais longa.

Vejamos o relato que o próprio autor faz:

Uma menina apresenta uma grave gagueira. Era filha única. Parecia que a criança se apegara muito a uma tia que havia tomado conta dela, enquanto os pais estavam fora. O pesar pela partida da tia só apareceu depois que a amiguinha da criança também deixou o local. Ficou então deprimida e começou a gaguejar. Uma maior investigação mostrou que seu desenvolvimento emocional havia prosseguido normalmente até então e o lar parecia ser razoavelmente estável e cheio de amor.

Como a criança morava muito longe e sua vinda para ser analisada punha-a sob o risco de um sério cansaço físico, minha resposta à pergunta paterna acerca da necessidade da análise foi a de que, na minha opinião, era normal que uma criança de três anos e meio mostrasse sintomas violentos e que, como o desenvolvimento de sua filha havia sido satisfatório em outros aspectos, a melhor atitude a tomar seria ignorar o sintoma e não procurar ajuda através da psicanálise no momento. Uma semana mais tarde, o médico ligou de novo, desta vez para dizer que o sintoma da filha havia desaparecido. (Ibid., pp. 165-166)

Agora, temos a parte interessante, o comentário dele mesmo sobre o que fez no caso acima citado:

Provavelmente estaremos de acordo quanto ao fato de ser errado exaltar o valor que a análise teria, caso fosse aplicada, em um caso no qual a análise não é aplicável. Os pais que vêm à consulta se sentem culpados com relação aos sintomas ou à doença da criança, e a maneira como o médico se comporta determina se eles irão calmamente retomar a responsabilidade que podem perfeitamente assumir, ou ansiosamente delegá-la ao médico ou à clínica. É obviamente melhor que os pais retenham tal responsabilidade até onde possam aguentá-la e isso é especialmente verdadeiro nos casos em que a análise não tem chances de minorar a doença da criança. (Ibid., p. 166)

Neste caso, Winnicott percebeu quão difícil seria encaminhar essa menina a uma análise mais prolongada; também se deu conta da existência de um ambiente consistente e suficientemente bom. Optou, desse modo, pelo atendimento em consultas terapêuticas. Na “Introdução” da primeira parte do livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, afirma: “Este livro se refere à *aplicação da psicanálise* na psiquiatria infantil” (Winnicott, 1984, p. 9; grifos nossos).

Logo em seguida, brincando com as palavras, diz: “A técnica para esse trabalho dificilmente pode ser chamada de técnica” (ibid., p. 9). Afirma e nega. Em uma brincadeira de sim e não. Assim pensando, não vemos outra possibilidade além de lermos Winnicott sempre tendo em mente as questões paradoxais. Logo de início, ele nos coloca este desafio: ser ou não ser... uma técnica? E para além disso: ser ou não ser... psicanálise?

Três modalidades de variações da técnica foram postas em prática pelo autor:

1. psicoterapia por demanda – as entrevistas não são com dia e horário fixo, e o paciente pede um encontro de acordo com suas necessidades;
2. psicanálise compartilhada – os pais, com a ajuda do analista, são os condutores da análise da criança;
3. consultas terapêuticas – sobre as quais este trabalho vai discorrer.

Nas diferentes práticas, o que Donald Winnicott considera de suma importância é a formação do analista, da qual falaremos mais adiante.

Especificamente no caso de consultas terapêuticas – a preocupação deste trabalho –, ele afirma de modo enfático, não serem “*Psicanálise stricto sensu*”. O que será que ele quis dizer com isso?

As chamadas consultas terapêuticas, ou podemos nos referir a elas como entrevistas terapêuticas, têm seu principal fundamento no inglês – *to play* –, verbo que pode ser traduzido por brincar, representar e jogar; no entanto, é preciso fazer a diferença entre o jogar de *play* e o jogar de *game*. Dois jogos, mas os jogos de *to play* se destacam de forma efusiva: o jogo da espátula e o jogo de rabiscos. Vamos falar de cada um de modo mais específico e tentar estabelecer uma relação entre eles e as consultas terapêuticas.

O jogo da espátula se origina da observação da experiência de Winnicott com os bebês e suas mães em atendimento pediátrico. Essas observações estão relatadas no artigo “A observação de bebês em uma situação estabelecida” (Winnicott, 1993). Ele realça os três tempos que permeiam o trabalho com a criança: hesitação, uso do objeto e abandono – fundações e pilares das consultas terapêuticas.

As consultas terapêuticas ocorrem em um número de sessões limitado e, segundo o próprio autor, suficiente para trabalhar na transferência com o objeto subjetivamente concebido. Também o tempo de cada encontro é variável, podendo ser longo ou curto, dependendo do que cada caso requeira. Ainda pertinente à questão tempo, temos um adendo à duração do encontro com relação à periodicidade, que pode variar de um a três encontros. Estamos abordando variedades de relação com o tempo, questão que, nessa modalidade, mereceria uma discussão mais ampla – o tempo em relação à duração de cada consulta e em relação à periodicidade dos encontros.

Em vários momentos de sua obra, Winnicott demonstra sua preocupação com o social e com as condições socioeconômicas dos seus pacientes. Suas preocupações não foram apenas teóricas; buscou desenvolver práticas que pudessem atender à demanda de pessoas menos favorecidas social e economicamente. As consultas terapêuticas se encaixam nesse padrão, apesar de não serem as únicas práticas propostas com esse objetivo por ele.

Além das questões discutidas até aqui, podemos pensar que as consultas terapêuticas apresentam, em si, um valor diagnóstico. Winnicott ressalta, em vários momentos, a importância da avaliação diagnóstica para se poder

decidir a que tipo de tratamento será encaminhado o paciente. Ele não fala de um diagnóstico fechado e definitivo, mas de um processo diagnóstico sempre em aberto, norteador do processo terapêutico, em qualquer modalidade que isso esteja acontecendo. O conceito de consultas terapêuticas, portanto, tem um valor heurístico, pois é, em si mesmo, um novo paradigma psicanalítico que levou o autor a construir novas propostas teóricas. Algumas palavras expressam a qualidade do atendimento em consultas terapêuticas, tais como: flexibilidade, singularidade e uma relação não interpretativa.

A flexibilidade refere-se, principalmente, ao método psicanalítico e à própria flexibilidade do analista. Não esqueçamos que rigidez, para Winnicott, implica em adoecimento. A flexibilidade carrega um aspecto fundamental que impõe outro ritmo às consultas terapêuticas. Citando o autor: “[...] há um intercâmbio muito mais livre entre o terapeuta e o paciente do que em um tratamento psicanalítico puro” (ibid., p. 9).

A singularidade do paciente e a do analista, bem como da própria relação, devem ser preservadas. Enquanto analistas, ao mergulharmos no mundo das consultas terapêuticas, devemos levar conosco a nossa bagagem teórica, a experiência clínica e a da vida vivida.

Winnicott, ao comparar a psicanálise tradicional e os procedimentos que propõe, em especial, em consultas terapêuticas, aponta para o respeito à individualidade de cada caso, ao mesmo tempo que ressalta a importância da liberdade do analista, enfatizando, assim, a diferença das propostas entre ambas. Apesar de afirmar que consultas terapêuticas não são psicanálise, afirma que a base delas é a própria psicanálise. Será que poderíamos pensar que consultas terapêuticas seria nada mais do que uma psicanálise ampliada?

Vejamos: “[...] o trabalho é calcado nos acontecimentos diários, dentro de um material clínico de elementos inconscientes na transferência, elementos em processo de se tornarem conscientes devido à continuidade do trabalho” (ibid., p. 9). Logo depois, podemos encontrar a seguinte frase: “A psicanálise continua sendo para mim a base desse trabalho e, se um estudante me perguntasse, eu diria sempre que o treinamento para o trabalho (que não é psicanálise), é o treinamento na psicanálise” (ibid., p. 9; grifos nossos).

Podemos pensar que Winnicott fala em duas psicanálises: uma tradicional, convencional, com base na interpretação; outra, mais flexível,

com manejo ambiental mais explícito: “É preciso enfatizar de início que essa técnica é extremamente flexível; não seria possível a alguém saber o que fazer baseando-se no estudo de apenas um caso. Vinte casos podem dar uma ideia, mas o fato é que não há casos semelhantes” (ibid., p. 10).

O terceiro aspecto é que, nas consultas terapêuticas, Winnicott não aborda as questões transferenciais, apesar de reconhecer sua existência e utilizar as interpretações com parcimônia, facilitando uma relação horizontal entre paciente e analista.

No entanto, na “Introdução” do livro sobre *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, Winnicott (1984) relata que observava que as crianças, quando iam às consultas, relatavam ter sonhado com ele na noite anterior. Isto revelava o preparo imaginativo delas em relação ao psiquiatra que ia recebê-las. Percebeu, também, que ele próprio se ajustava à noção preconcebida de cada criança e se colocava na condição do objeto subjetivo. Estar neste papel de objeto subjetivo ajuda substancialmente o trabalho nas consultas terapêuticas, mas este estado não dura muito tempo; portanto, as consultas não devem se prolongar por muitas sessões.

Winnicott usa em vários casos o jogo do rabisco, que declara ser apenas um modo de conseguir entrar em contato com a criança. Nos casos que o autor descreve, é feita uma conexão entre as consultas terapêuticas e o jogo do rabisco:

O jogo dos rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança. O que acontece no jogo e em toda entrevista depende da utilização feita da experiência da criança, incluindo o material que se apresenta. Para se utilizar a experiência mútua, deve-se ter em conta a teoria do desenvolvimento emocional da criança e o relacionamento desta com os fatores ambientais. (Ibid., p. 11)

Ele elenca uma série de características necessárias para que o terapeuta, o qual talvez possamos chamar de terapeuta “adequado”, esteja habilitado a atender neste trabalho. De forma sucinta:

1. capacidade de identificar-se com o paciente sem perder a própria identidade;
2. ser capaz de conter os conflitos do paciente e, simultaneamente, esperar que o próprio paciente possa dar um destino a eles;

3. não procurar ansiosamente pela cura;
4. o terapeuta deve ter confiança profissional e mantê-la a despeito das dificuldades da vida (pensamos que ele quis dizer que o terapeuta deve inspirar confiança e consistência por meio de sua atitude profissional);
5. a técnica, que Winnicott reluta em chamar de técnica é, segundo ele, “extremamente flexível”, exigindo flexibilidade por parte do terapeuta.

Em síntese, podemos afirmar que o respeito à singularidade – tanto a do analista quanto a do paciente – deve ser fator relevante; o desenvolvimento desse tema por Winnicott é de suma importância. Consideramos que há aspectos que podem, sim, ser compartilhados e elaborados em um grupo de supervisão horizontal.

Pensamos que, apesar de Winnicott ter sido um pioneiro nesse trabalho e na sua divulgação, podemos dar a nossa contribuição baseados na nossa experiência clínica, fazendo algumas considerações e relatos dos atendimentos que, eventualmente, estejamos fazendo com o uso da “técnica” de consultas terapêuticas. Além disso, podemos fazer algumas considerações dando especial atenção à manutenção da singularidade do analista, bem como às condições cultural, política e contemporânea – sem deixarmos de lado as questões relacionadas à flexibilidade e à temporalidade no âmbito deste trabalho.

3. O NASCIMENTO DO NOSSO ENQUADRE

Quando Winnicott teorizou a respeito das consultas terapêuticas, ele não estava no contexto atual, de uma pandemia, muito menos com o dispositivo do atendimento on-line, mas estava no meio da Segunda Guerra Mundial. Ele sugere que o trabalho seja feito em poucas consultas, “[...] em uma primeira entrevista ou em entrevista reduplicada” (ibid., p. 12). Entretanto, no livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, ele relata casos que foram atendidos em diversas sessões, permeadas por atendimentos aos pais e/ou à equipe hospitalar.

A proposta de Winnicott, de as consultas terapêuticas serem realizadas em poucas sessões, tinha um sentido: ele acreditava que, nas primeiras sessões, o paciente estaria ainda com o terapeuta enquanto objeto subjetivamente concebido, o que facilitaria ao paciente expressar suas necessidades, conflitos e angústias. Hoje, sabemos que essa passagem do terapeuta subjetivamente concebido para o objetivamente percebido não depende apenas do tempo, mas de fatores como a constituição psíquica do paciente e a qualidade da relação.

Optamos por oferecer de um a cinco encontros, possivelmente pela gravidade da situação em que estávamos mergulhados. Avaliamos que de uma a três sessões seria insuficiente; talvez cinco sessões fosse um número razoável com o dispositivo on-line e gratuito que nascia com a característica da urgência e sofrimento nos quais estávamos aprisionados pela pandemia. Apesar deste número limitado de sessões, esperávamos que estes encontros se tornassem significativos e profundos.

Este número limitado de sessões daria um contorno tanto para o analista como para o paciente, indicando que este trabalho teria início, meio e fim. Com qualidade de sustentação e *holding* para a dor na direção de uma esperança, com a qualidade de intervenção e um direcionamento à situação de pandemia.

A nossa experiência, nestes dois anos de atividade, comprovou a potência e a eficácia desta modalidade de atendimento. Os pacientes puderam experimentar uma relação acolhedora e uma escuta atenta nestes encontros, onde conseguiram elaborar questões centrais e retomar a esperança, reencontrando a linha da vida.

3.1 Caso Lucy

Lucy, uma jovem bailarina clássica com uma carreira decolando, a ponto de ser convidada a atuar no exterior, contraiu Covid-19 logo no início da pandemia, momento em que pouco se conhecia da doença. Foi internada e entubada; como consequência, seu equilíbrio, em virtude de labirintite, foi fortemente afetado. Perdeu a habilidade de dançar e o seu contrato de trabalho no exterior.

Iniciamos as consultas na pós-internação, podendo atendê-la dentro de sua casa, uma vantagem de estar on-line. Lucy permanecia em isolamento, sozinha, muito deprimida e transfigurada pelo inchaço devido às medicações.

No decorrer das consultas, foi ficando claro que Lucy estava precisando elaborar outros lutos, além da perda do equilíbrio e do contrato de trabalho. Seu pai havia falecido recentemente. Sua mãe casou-se de novo. Seu irmão se envolveu com questões antissociais e estava foragido. Lucy estava sozinha, enlutada e envergonhada.

Nas consultas, às vezes, percebia-se que Lucy não entendia o que o terapeuta dizia: o que importava era presença, acolhimento e sonoridade, corporificados na voz do analista. Sentia-se “dançando” com o analista em uma relação de mutualidade.

Lucy contou que, no período de internação, quando estava quase perdendo a esperança de viver, pedia para ouvir óperas e músicas relacionadas a temas de *ballet*. Com a música, recuperava a vivacidade, a capacidade e o ritmo da respiração. “*A arte me salvou*”.

Lucy procurou um fisioterapeuta e começou a se preparar para o vestibular de Psicologia. Ela despediu-se do nosso trabalho dizendo que, se não puder voltar a dançar, poderá ser psicóloga, suas duas paixões. Retomou sua linha de vida, aceitando as limitações atuais, refazendo seus projetos, recuperando sua esperança.

O trabalho cotidiano do psicanalista é o de proporcionar um espaço potencial que favoreça a transferência e os fenômenos transicionais. O analista se ocupa em oferecer um espaço e uma escuta atenta e ética, uma hospitalidade encarnada. O *setting*, nas consultas terapêuticas, exige flexibilidade e elasticidade por parte do analista. Torna-se importante que possamos nos adaptar conforme as necessidades de cada paciente.

Vivemos situações bastante novas e absolutamente surpreendentes, como: entrar nas casas dos pacientes, nas situações de intimidade; ser visitados por outros familiares do paciente durante nossas sessões; andar durante a noite pelas ruas do outro lado do mundo, enquanto estamos despertando

e nos colocando disponíveis em São Paulo pela manhã; ter sessões em praça pública, pois o paciente não consegue um local privativo em sua casa; e tantas outras modalidades.

Oferecemo-nos para acolher e reconhecer as necessidades básicas de cada um dos pacientes. Juntos, remamos em uma jornada compartilhada, esperando que os pacientes pudessem dar encaminhamento ao seu sofrimento, retornar ao cotidiano e nos dispensar, como uma criança que abandona a espátula e seu objeto transicional quando não mais necessita dele. A maior parte dos pacientes nos deixou reconhecendo que nesta hospedagem foram acolhidos e alimentados.

A particularidade das nossas consultas é escutar, testemunhar o sofrimento, intervir ou emoldurar o problema, facilitar para que o paciente possa reorganizar a sua vida e estabelecer prioridades de ação. As consultas terapêuticas não seguem o modelo interpretativo, mas sim o interventivo.

Quanto ao testemunho, Roussillon (2019) formula que o paciente encontre no analista uma testemunha que valide e dê crédito ao seu mundo interno e àquilo que se produziu psiquicamente, ajudando-o a nomear tal produção.

Este autor oferece uma contribuição importante na medida em que confere à nossa escuta a relevância da presença psicossomática do analista, em consonância com a proposta de Winnicott. Roussillon nos ensina que devemos ficar atentos a todas as mensagens, verbais e não verbais, do paciente para que compreendamos os seus comportamentos, atos e manifestações como mensagens e informações valiosas e imprescindíveis sobre suas expectativas a respeito do analista. Assim, avaliamos que é o paciente, em seu desamparo, que guia a nossa intervenção, o que enfatiza o que foi postulado por Winnicott.

4. A GRATUIDADE E A EXPERIÊNCIA DE MUTUALIDADE

Dado o momento social em que vivíamos – de pandemia –, decidimos pela gratuidade do nosso atendimento, doando o nosso tempo de forma devotada e vivenciando uma experiência compartilhada, uma hospedagem não precificada. Acolhemos desempregados, médicos, enfermeiros,

domésticas, famílias, adolescentes, manicures. Supomos que a gratuidade fez com que estas pessoas pudessem experimentar um processo terapêutico, as nossas consultas terapêuticas ampliadas.

Esta condição nos coloca em um encontro com o outro no qual a tônica é a do acolhimento com uma escuta atenta. Os encontros são pontuais, e a imersão é profunda e direta. Como em um mergulho onde vamos resgatar alguma coisa que nos é muito valiosa, temos de ir diretamente ao encontro das questões emergentes. Nesta experiência, não há tempo para se deixar tomar pelo entorno, algo tem que ser recuperado. Estamos falando, então, da recuperação do sentido da vida, da esperança, da possibilidade de seguir adiante.

Esta experiência ocorre na mutualidade e permite um resgate, nas profundezas do Eu, de um tesouro perdido e congelado que agora emerge para um possível destino. Talvez, algo da ordem do sagrado, o senso do sagrado em uma dimensão ontológica, como Safra coloca:

A pessoa não se instaura de forma definitiva, mas, sim, em ciclos. O indivíduo pode ter elementos de seu ser que se inscreveram no encontro com o outro e muitos outros que não chegaram a evoluir e a se simbolizarem. Esse fenômeno leva o indivíduo a experimentar a necessidade de encontrar um objeto que possa promover a evolução dos aspectos de seu ser que não chegaram a acontecer pelo encontro com um outro ser humano, condição necessária para colocar em marcha o processo de devir de si-mesmo.

Cada vez que depara com um determinado aspecto que, potencialmente, poderia vir a se constituir na relação com um outro como um elemento de si, a pessoa experimenta, novamente, uma vivência de alegria, de júbilo, de encantamento. A experiência vivida dessa forma é, frequentemente, nomeada pela pessoa como sagrada. (Safra, 1998)

Oferecer, assim, a oportunidade de se experimentar o que não pôde acontecer no seu devido tempo.

4.1 Caso Carlos

Carlos, com 70 anos, inicia o primeiro encontro com a seguinte fala: *“Quero tirar algumas coisas do passado que me incomodam e que fico remoendo, quero seguir em frente...”*. Conta que, quando era muito pequeno, o seu irmão

de 29 anos morreu, e como isto o impactou desde então. Este irmão cuidava muito dele, pois tinham uma diferença importante de idade; era continente e lhe oferecia um olhar de admiração, coisa que não sentia com a sua mãe, com a qual tinha e tem muitos problemas. Esta primeira consulta foi intensa: o paciente se emocionou em vários momentos. Fazia muito tempo que não falava sobre a morte do irmão e de seus sentimentos em relação a ele. Na segunda consulta, começa dizendo que saiu da consulta anterior se sentindo “*meio anestesiado*”, “*estranho por um bom tempo*”, mas, aos poucos, foi voltando a si. Depois disto, “*me senti diferente*”. Sente que mexeu “*em coisas que estavam amortecidas, e que, há muito tempo, não tocava nelas*”. Estando melhor, afirma: “*voltei a sentir o desejo de procurar a mãe e, nos dias seguintes, tive momentos em que conversei com a minha esposa e chorei muito*”.

Pensamos que houve aqui o desencapsulamento de uma situação vivida que ficara congelada pelo fato de o paciente sentir que o tema da morte do irmão era um tabu entre seus familiares.

5. ATENDIMENTO ON-LINE E REFLEXÕES NECESSÁRIAS

A pandemia de repente nos jogou nos atendimentos on-line; o que era exceção virou regra. Surge um novo enquadre e foi nesse cenário que nasceu nosso dispositivo. A hospedagem, neste momento, não se dá nos nossos consultórios, estamos diante de telas. Às vezes, estamos em nossas casas ou em qualquer outro lugar. A sensorialidade entre paciente e analista poderia ficar prejudicada significativamente, mas não é o que percebemos. Visitamos e somos visitados em uma intimidade outrora nunca imaginada. As sessões acontecem no carro, na laje, no parque, no banheiro, no quarto; somos, inúmeras vezes, surpreendidos pela presença de outros familiares, o que nos exige uma flexibilidade criativa e um cuidado para que o paciente – e nós mesmos – consigamos ter nossas intimidades preservadas. O ambiente concreto do paciente – e não só o ambiente subjetivo – passa a fazer parte dos nossos encontros.

5.1 Caso Mitiko

Mitiko, que mora do outro lado do mundo, tem de sair de casa para poder falar das suas questões. As consultas se dão à noite, enquanto ela leva para passear o seu animal de estimação. Vale ressaltar que, pelo fuso horário, a analista estava na claridade do dia e a paciente na penumbra da noite, o que fazia com que a analista, no atendimento on-line, fosse tomada por este jogo de luz do claro e do escuro, provocando uma experiência estética e sensorial inusitada. A paciente fazia as consultas caminhando pelo seu condomínio, e sua imagem aparecia e desaparecia na tela conforme a iluminação da rua; em alguns momentos, ela parava por um tempo, sentava-se em alguma mureta, e o seu rosto aparecia por completo na tela; porém, logo levantava e retomava o seu caminhar. A analista acompanhava este ir e vir da paciente na tela, tentando se manter conectada pela voz, capturando, de relance, a sua presença “física”, sendo tomada por toda esta experiência sensorial e estética que ressoava com o seu pedido de ajuda. Ela dizia: *“eu preciso, finalmente, pensar em mim, dar um rumo à minha vida; preciso de alguém que me ajude a organizar tudo isto”*. Precisa enfrentar uma situação que vinha deixando de lado há bastante tempo.

No atendimento on-line, cuidamos do *setting*; no entanto, precisamos estar abertos ao inusitado. Nesta modalidade não podemos cuidar do *setting* da mesma maneira que fazemos no presencial. De qualquer forma, o impacto deste fenômeno precisa ainda ser refletido e teorizado.

As consultas terapêuticas, como já explicitamos, são um dispositivo que foge da psicanálise dita como tradicional. O psicanalista, quando não pode fazer psicanálise, segundo Winnicott, faz algo diferente, faz o que é possível fazer. Perguntamos se o que estamos fazendo nas consultas terapêuticas é psicanálise e entendemos que sim: fazemos psicanálise, ampliada e modificada.

6. DAS POSSIBILIDADES E IMPOSSIBILIDADES DAS CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Alguns pacientes pertencem a uma parcela da população que conta e contou com algum tipo de suprimento ambiental “suficientemente bom” ao longo da vida. Tiveram suporte de uma família suficientemente boa, amigos

que foram capazes de acolher e dar suporte no dia a dia, pela amizade e pelo compromisso relacional. Estes pacientes conseguem aproveitar, em um momento de crise, as consultas por nós oferecidas, retomando a sua linha de vida e nos dispensando rapidamente. Tivemos vários exemplos que foram extremamente frutíferos.

6.1 Caso Marcelo

Marcelo estava por defender a sua tese e se sentiu abandonado pelo orientador, que estava ocupado com outros projetos e não conseguiu dar seguimento na orientação do seu doutorado. Teve, também, a sua bolsa cortada; estava sem dinheiro, e a sua família não tinha condições financeiras para ajudá-lo a pagar uma terapia. O analista, percebendo a necessidade deste rapaz, comprometeu-se a acompanhá-lo até o momento da defesa da sua tese, realizando seis encontros, terminando o processo quando ele conseguiu finalizar a sua defesa. No caso, não se tratava de alguém gravemente comprometido, pois tinha uma família e amigos acolhedores. Precisava de um suporte com uma escuta sensível e continente que reconhecesse as suas necessidades, oferecendo apoio até o momento da defesa.

Temos, por outro lado, pacientes que não tinham quase nenhuma provisão ambiental e apresentavam questões emocionais muito severas, necessitando de atendimentos e tratamentos de longo prazo. Tivemos muitas dificuldades para acolher e encaminhar estes pacientes, mas sempre fizemos o possível para não deixá-los desamparados. Vivemos em um país carente de uma rede social e psicológica de apoio governamental, especialmente para os que vivem no campo e nas cidades, que se encontram longe dos grandes centros. Percebemos que, para estes pacientes, as consultas terapêuticas funcionaram como um acolhimento provisório, até que pudéssemos encontrar algum destino para eles.

6.2 Caso Tereza

Tereza, enfermeira, trabalhava sem tirar folgas semanais. O atendimento aos pacientes com Covid-19 exigia dela e dos profissionais mais tempo e horas extras. A cada dia, mais casos, mais exigências. Possivelmente, Tereza se fragilizou e adoeceu, pegou Covid-19 e, infelizmente, infectou o marido e seu pai que vieram a óbito. Tereza não pôde enterrar dignamente seus entes mais queridos, não pôde ter velório e nem ritual de sepultamento. As consultas foram uma oportunidade para Tereza chorar por seus mortos, mas longe de poder elaborar seu luto e seu sentimento de culpa. Em vista desta situação, optamos por encaminhá-la para um trabalho de longa duração. O número de sessões foi também alterado para que a paciente pudesse se despedir do analista, no seu tempo, evitando assim um novo luto.

Alguns casos nos alertaram, dado o número de mortes, um fenômeno que, antes da pandemia, não nos chamava atenção. Verificamos que os rituais de passagem ficaram muito prejudicados. Prantear e enterrar os mortos dignamente ficou impedido pelo perigo de contaminação, aumentando as dificuldades com a elaboração do luto.

Recebemos, no projeto, pacientes com quadros graves, com risco de suicídio, quadros psicóticos, depressões profundas e o que nos coube foi acolhê-los e encaminhá-los a terapias de longo prazo. Árdua e difícil tarefa que nos angustiou profundamente. Tivemos longas discussões, refletindo, a partir destes casos, se o que estávamos fazendo com eles seriam mesmo consultas terapêuticas ou algum tipo de triagem. Efetivamente nos perguntávamos: o que estamos fazendo?

Pela nossa energia e disponibilidade para estes atendimentos, temos a certeza de que foram consultas e que enriqueceram a todos. Consideramos, a despeito do fato de os pacientes estarem à deriva, que o uso da consulta terapêutica ampliada funcionou como um resgate, colocando os pacientes em um circuito benigno, um circuito do cuidado.

O atendimento on-line nos deu as possibilidades de ir para lugares que nunca imaginávamos poder chegar. A tecnologia nesse momento foi

uma grande aliada, encurtou distâncias, acelerou processos e rompeu com a noção de espacialidade e temporalidade como a conhecíamos. As fronteiras se diluíram.

Após esse tempo de grandes investimentos profissional e emocional, decidimos fazer uma pausa para reflexão e, possivelmente, criar perspectivas futuras para o nosso trabalho. Este texto representa este momento de elaboração.

REFERÊNCIAS

- FIGUEIREDO, L. C. (2021). *A mente do analista*. São Paulo, Escuta.
- LINS, M. I. A. (2015). *Consultas terapêuticas. (Clínica Psicanalítica)*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- RODMAN, R. (1990). *O gesto espontâneo*. São Paulo, Martins Fontes.
- ROUSSILON, R. (2019). *Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia*. São Paulo, Blücher.
- SAFRA, G. (1998). *A vivência do sagrado e a pessoa humana*. Núcleo, Fé e Cultura, PUC-SP, 17 jan. Disponível em: <https://www.pucsp.br/fecultura/textos/psicologia/1_vivencia.html>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- WINNICOTT, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago.
- WINNICOTT, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro, Imago.
- WINNICOTT, D. W. (1987). *The Piggle: relato de um tratamento de uma menina*. 2 ed. Rio de Janeiro, Imago.
- WINNICOTT, D. (1990). *O gesto espontâneo*. Org. por Robert Rodman. São Paulo, Martins Fontes.
- WINNICOTT, D. W. (1993a). “A observação de bebês numa situação estabelecida”. In: WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp.139-164.
- WINNICOTT, D. W. (1993b). “Consultas do departamento infantil”. In: WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 165-185.
- WINNICOTT, D.W. (1994a). “O jogo do rabisco”. In: WINNICOTT, Clare et al. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 230-243.

- WINNICOTT, D. W. (1994b). “O valor das consultas terapêuticas”. In: WINNICOTT, D. W. et al. *Explorações Psicanalíticas D.W.* Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 244-248.
- WINNICOTT, D. W. (1999). “Tipo de psicoterapia”. In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa.* São Paulo, Martins Fontes, pp. 93-103.

SOBRE OS AUTORES

Afrânio de Matos Ferreira. Psicólogo, psicanalista, fundou e coordena o Espaço Potencial de São Paulo e o curso Winnicott: experiência e pensamento. Professor, supervisor e coordenador de cursos e de atendimentos clínicos no Instituto Sedes Sapientiae. Coordenador de cursos e professor na Escola de Magistratura. Voluntário no Projeto Consultas Terapêuticas Ampliadas. Membro do Departamento de Psicanálise com Crianças do Instituto Sedes Sapientiae. Publicou capítulos de livros e artigos.

E-mail: afraniodematos@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4466730066787446>

Ana Cristina Gomes. Psicóloga clínica, psicanalista, mestre pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Membro do Espaço Potencial Winnicott: Estudo e Pesquisa em Psicanálise (EPW-SP) do Departamento de Psicanálise com Criança do Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana (IBPW).

E-mail: krisalida@uol.com.br

Currículo Lattes: <http://cnpq.br8390203928>

Ana Cristina Marzolla. Psicóloga e psicanalista com formação pelo Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Mestra e doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento Humano da PUC-SP. Psicóloga na Clínica Escola Ana Maria Poppovic.

E-mail: acmarzolla@pucsp.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3990362801882724>

Angela May. Psicóloga pela Universidade Paulista (Unip) e psicanalista pelo Departamento de Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Membro fundador do Projeto Consultas Terapêuticas Ampliadas. Membro do Espaço Potencial Winnicott do Instituto Sedes Sapientiae. Membro efetivo do Departamento de Psicanálise com Crianças do Instituto Sedes Sapientiae.

E-mail: angelamay@outlook.com.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3697182364574401>

Cigala Peirano. Mestre pela Universidade Paris VIII e doutoranda da Escola Doutoral: E139, Connaissances, Langage, Modélisation – Clinique Psychanalyse Développement (CLIPSYD). Universidade Paris Nanterre.

E-mail: cigalapeirano@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9415228025023847>

Claudinei Affonso. Psicólogo, psicanalista, docente, supervisor e coordenador do curso de graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Coordenador do curso de extensão da Educação Continuada da PUC-SP – Sujeitos da Psicanálise. Trabalha na área de direitos humanos de crianças e adolescentes e prevenção de maus-tratos. Atua como psicólogo e supervisor clínico.

E-mail: claudineiaffonso@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2161252957461821>

Elisa Maria de Ulhôa Cintra. Psicanalista, professora da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica (PUC-SP). Coordenadora do Laboratório Interinstitucional de Psicanálise Contemporânea (Lipsic) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Ipusp)/PUC-SP. Autora dos livros *Melanie Klein: estilo e pensamento* (Editora Escuta, 2004), *Por que Klein?* (Editora Zagodoni, 2018). Possui artigos publicados na *Revista Ide* (Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo – SBPSP) e na *Revista Cadernos de Psicanálise* do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ).

E-mail: elcintra01@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0632019830303314>

Fernanda do Amaral Costa Ribeiro. Psicóloga clínica graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Aperfeiçoamento em Psicologia Hospitalar Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde (Cepps), aperfeiçoamento em Psicologia da Maternidade (Hospital e Maternidade São Luiz), aprimoramento em Psicologia Clínica – Abordagem Junguiana das Questões Amorosas (PUC-SP) e Psicologia da Maternidade (Hospital e Maternidade São Luiz). Especialista em Psicologia da Infância (Unifesp). Experiência em instituições de saúde, com atendimento de pais e bebês e atendimento de crianças, adolescentes e adultos.

E-mail: fernanda.doamaral.cr@gmail.com

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/5811919117660577>

Maria Regina Cocco. Psicóloga, psicanalista winnicottiana, psicoterapeuta. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialização em Crianças e Adolescentes pelo Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Santa Casa de São Paulo. Especialização em Psicoterapia Breve pela Universidade São Marcos. Filiada à Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana. Atua em consultório particular.

E-mail: reginacocco@yahoo.com.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8732176600279431>

Mariângela Mendes de Almeida. Psicóloga clínica e psicoterapeuta com mestrado pela Tavistock Clinic e University of East London e doutorado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro associado ao Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Participante da Clínica 0 a 3 e do Grupo Prisma de Psicanálise e Autismo (GPPA). Coordenadora do Núcleo de Atendimento a Pais-Bebês no Setor de Saúde Mental do Departamento de Pediatria da Unifesp. Docente do Instituto Sedes Sapientiae. Participante da Associação Latino-americana de Observadores de Bebês, Método Bick (Alobb), da Rede Internacional de Estudos sobre a Psicopatologia e a Psicanálise do Infans (Rieppi) e da Coordenação Internacional entre Psicoterapeutas Psicanalistas- Autismo (Cippa).

E-mail: mamendesa@hotmail.com

Currículo Lates: <http://lattes.cnpq.br/0896452104756694>

Marie Rose Moro. Professora de Psiquiatria de Criança e de Adolescente, PhD, especialista em Psiquiatria Transcultural, psicanalista, chefe de serviço, pesquisadora do Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), presidente da Associação Internacional de Etnopsicanálise (Aiep).
E-mail: marie-rose.moro@cch.aphp.fr

Michele Carmona Aching. Psicóloga clínica, mestre e doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Especializada em Psicologia da Infância pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora convidada do Curso de Pós-Graduação em Psicanálise na Perinatalidade e Parentalidade do Instituto Gerar. Professora do Centro Habitare.
E-mail: miaching@gmail.com
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6903256607714820>

Mônica Lazzarini Ferreira Valente. Psicóloga e psicanalista, concluiu a especialização em Psicoterapia da Criança com Base Psicanalítica no Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Espaço Potencial Winnicott e membro efetivo do Departamento de Psicanálise com Crianças do Instituto Sedes Sapientiae. Em 2020 fez parte do grupo fundador do Projeto Consultas Terapêuticas Ampliadas.
E-mail: molfvalente@uol.com.br
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1741362957309948>

Rosa Maria Tosta. Professora associada do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento Humano da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente da graduação e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica no Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura (PUC-SP). Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar, com doutorado e mestrado em Psicologia Clínica. Atua como psicoterapeuta e supervisora em clínica privada. Membro fundador do Laboratório Interinstitucional de Psicanálise Contemporânea (Lipsic), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e da

PUC-SP. Membro do Espaço Potencial Winnicott do Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sandor Ferenczi. E-mail: romtost@pucsp.br / rosamariarmt@terra.com.br
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2950654276812500>

Tereza Marques de Oliveira. Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Formação em Psicanálise com Criança pelo Instituto Sedes Sapientiae e em Psicopatologia do Bebê pela Universidade Paris XIII/USP. Membro do Departamento de Psicanálise com Crianças, do Espaço Potencial e professora do curso Da Observação à Intervenção na Relação Pais-Bebê, do Instituto Sedes Sapientiae. É fundadora, supervisora da Clínica Social e coordenadora dos cursos do Centro Habitare Espaço Mãe Migrante Marie Rose Moro.
E-mail: tereza.m.o@hotmail.com
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7774899750918522>

Thames Borges-Cornette. Psicóloga, psicanalista, etnopsicanalista, psicoterapeuta especializada em Clínica Transcultural e Psicoterapia, pesquisadora do Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm).
E-mail: thames.borges@gmail.com
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3640008813310944>

Vanessa Chreim. Psicóloga e psicanalista, Doutoranda em Psicologia Clínica e Mestre em Psicologia Clínica na PUC-SP. Professora convidada no Centro de Estudos Psicanalíticos, Professora convidada no Departamento de Psicanálise com Crianças do Instituto Sedes Sapientiae. Membro do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisa Sandor Ferenczi. Autora do livro *Dimensões da Recusa* (Blucher, 2021) e outros textos sobre o tema. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6068454759895978>
E-mail: vachreim@hotmail.com

