



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ÉRIKA TELES DAUER

**AS CONSTRUÇÕES DO MATERNO EM CONTEXTOS DE POBREZA E
VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA CLÍNICA
DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL**

FORTALEZA

2021

ÉRIKA TELES DAUER

AS CONSTRUÇÕES DO MATERNO EM CONTEXTOS DE POBREZA E
VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA CLÍNICA DO
CUIDADO MATERNO-INFANTIL

Tese apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de Concentração: Sujeito e Cultura na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof.^a Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D262c Dauer, Érika Teles.

As construções do materno em contextos de pobreza e vulnerabilidade psicossocial : contribuições para uma clínica do cuidado materno-infantil / Érika Teles Dauer. – 2021.
199 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2021.

Orientação: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.

1. Cuidado materno-infantil. 2. Pobreza. 3. Trauma. 4. Confiança. 5. Clínica psicanalítica institucional. I. Título.

CDD 150

ÉRIKA TELES DAUER

AS CONSTRUÇÕES DO MATERNO EM CONTEXTOS DE POBREZA E
VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA CLÍNICA DO
CUIDADO MATERNO-INFANTIL

Tese apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de Concentração: Sujeito e Cultura na Sociedade Contemporânea.

Aprovada em: 09 / 04 / 2021 .

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Karla Patrícia Holanda Martins (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Verônica Morais Ximenes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Caciana Linhares Pereira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A minha tia Lelé (*in memoriam*), pela
dedicação materna à minha família.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, pela aceitação e incentivo à pesquisa.

À querida Prof.^a Dra. Karla Patrícia Holanda Martins, pela disponibilidade e orientação em um percurso compartilhado desde o meu mestrado.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof.^a Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro, Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite, Prof.^a Dra. Verônica Moraes Ximenes e Prof.^a Dra. Caciana Linhares Pereira, por partilharem de seus valiosos conhecimentos e experiências, auxiliando na construção deste trabalho.

Ao Iprede, que se ofereceu como um rico campo de pesquisa. E às suas crianças e mães, pela oportunidade de convivência que provocou diversos questionamentos e inquietações.

Aos meus pais, Armando e Ana Cristina, por toda entrega, incentivo e assistência oferecidos ao longo da minha caminhada pessoal e profissional. E ao meu irmão, Armandinho, por sempre se fazer presença e ajuda quando preciso.

Ao meu companheiro, Olavo, pelo apoio e paciência.

Ao amigo, Daniel Franco, pela inspiração e disponibilidade para interlocução desde o início de minha vida acadêmica.

À amiga Beatriz Sernache, pela companhia de longas datas, em uma trajetória repleta de angústias, dificuldades, dúvidas e vitórias.

Os técnicos do Programa de Pós-Graduação, Eveline Assunção e Renê Feitosa, pelo suporte administrativo.

RESUMO

Este trabalho encontra origem na prática clínica com as famílias atendidas pelo Instituto da Primeira Infância (Iprede), as quais, em sua maioria, participam do cenário social brasileiro atravessado pela pobreza e vulnerabilidades psicossociais, que poderá provocar restrições e privações ao exercício da liberdade e à realização de suas necessidades fundamentais. Frente à iniciativa de montar um grupo com as mães, evidenciou-se como a dimensão de sua sexualidade oferece uma dosagem à provisão de cuidados indispensável à saúde materno-infantil. No entanto, essa tarefa é complexificada nas situações em que as mães precisam estar constantemente envolvidas em questões cruciais para a própria sobrevivência, podendo acarretar na irrupção do traumático quando vivenciam experiências de desamparo, desautorização e desorganização subjetiva. Através de um percurso metodológico de natureza bibliográfica, que encontra na perspectiva psicanalítica intersubjetiva o eixo de suas reflexões, investigam-se sobre as construções do materno nos contextos de pobreza e vulnerabilidades psicossociais, com o objetivo de contribuir para uma clínica do cuidado materno-infantil. As teorizações de Ferenczi e Winnicott serviram de ponto de partida para a compreensão de uma natureza humana pautada nas relações objetais, ressaltando a função que a mãe e a família desempenham nas operações de constituição e desenvolvimento. A depender do modo como se estabelece o vínculo entre o indivíduo e seu cuidador primário, a presença do outro poderá alcançar potencial facilitador ou traumático à subjetivação. Em nosso percurso, a relação de cuidados materno-infantis representou uma importante matriz para fundamentar o estabelecimento de uma clínica orientada para a singularidade da experiência e sua ressignificação, a partir de uma prática que ofereça o reconhecimento e proporcione a elaboração das expressões de sofrimento, dor e mal-estar, respeitando as diferentes formas de organização individual e comunitária. Desse modo, as condutas terapêuticas deverão reconstruir as bases do cuidado materno, procedendo à maneira de uma mãe carinhosa que apresenta ao bebê o mundo em pequenas porções e possibilitando ao paciente (re)viver experiências confiáveis. No que diz respeito ao contexto da nossa investigação, por meio da oferta de auxílio e segurança para lidar com as desproporções do ambiente social, as práticas clínicas poderão propiciar a criação de meios facultativos aos processos de introjeção, bem como a construção de novas alternativas e formas de vida.

Palavras-chave: cuidado materno-infantil; pobreza; trauma; confiança; clínica psicanalítica institucional.

ABSTRACT

This work has its origins in clinical practice with the families served by the Instituto da Primeira Infância (Iprede), who, in their majority, are part of the Brazilian poverty and psychosocial vulnerable social scenario, which may lead to restrictions and deprivations to their right of freedom and in the fulfillment of their fundamental needs. Faced with the initiative of setting up a group with the mothers, it became evident how the dimension of their sexuality offers a measure to the provision of care that is essential to mother-infant health. However, the complexity of this task increases in situations where the mothers need to be constantly involved in crucial issues for their survival, which may even lead to the development of trauma when they experience conditions of helplessness, deauthorization, and subjective disorganization. Through a bibliographic methodological path, based on inner thoughts of the intersubjective psychoanalytic perspective, the constructions of the maternal in the contexts of poverty and psychosocial vulnerabilities are investigated, to contribute to a clinic of mother-infant care. Ferenczi and Winnicott's theorizations were a starting point for the understanding of human nature based on object relations, highlighting the role that the mother and the family play in the infant's psychic constitution and development. The presence of the other may reach a potential facilitator or traumatic to subjectivity, subject to how the link between the individual and his primary caregiver is established. In our study, the relation of mother-infant care was an important foundation for establishing a clinic oriented towards a singularity of the experience and its reframing, working from a practice that offers recognition and provides the elaboration of expressions of suffering, pain, and malaise, taking account of the different forms of individual and community organization. In this way, therapeutic approaches should reconstruct the bases of maternal care, proceeding in the manner of a loving mother who presents the world bit by bit to the baby and enabling the patient to (re) live reliable experiences. Regarding the context of our investigation, through the offer of help and security to deal with the disproportion of the social environment, clinical practices may encourage the creation of alternative paths to introjection, as well as the construction of new alternatives and Life forms.

Keywords: mother-infant care; poverty; trauma; confidence; institutional psychoanalytic clinic.

RESUMEM

El origen de esta pesquisa se encuentra en la práctica clínica, en la escucha de las familias que concurren al Instituto de la Primera Infancia (Iprede), donde en su mayoría, hacen parte de la escena social brasileña que atraviesa la pobreza y vulnerabilidad psicosocial, causales de restricciones y privación al ejercicio de la libertad y en la realización de sus necesidades fundamentales. Ante la iniciativa de conformar un grupo con las madres de esas familias, se hizo evidente cómo la dimensión de la sexualidad convoca a la necesidad de una prestación de cuidados que es fundamental para la salud materno-infantil. Sin embargo, esta tarea se complica en situaciones en las que las madres necesitan estar constantemente involucradas en temas cruciales para su propia supervivencia, lo que puede resultar en el estallido de un trauma al vivir experiencias de impotencia, desautorización y desorganización subjetiva. A partir de un recorrido metodológico bibliográfico, que encuentra en la perspectiva psicoanalítica intersubjetiva el eje de sus reflexiones, se investiga las construcciones de lo materno en los contextos de pobreza y de la vulnerabilidad psicosocial, con el objetivo de contribuir para la clínica de atención materno-infantil. Sirvieron como punto de partida para la comprensión de la naturaleza humana basada en las relaciones objetales, las teorizaciones de Ferenczi y Winnicott, destacando el papel que juegan la madre y la familia en las operaciones de constitución y desarrollo. Dependiendo de cómo se establezca el vínculo entre el individuo y su cuidador principal, la presencia del otro puede llegar a ser en potencial, facilitador o traumático para el proceso de subjetivación. En nuestro camino, la relación del cuidado materno-infantil representó una matriz importante para sostener el establecimiento de una clínica orientada a la singularidad de la experiencia y su resignificación, basada en una práctica que ofrece reconocimiento y aporta la elaboración del sufrimiento, dolor y malestar, respetando las distintas formas de organización individual y comunitaria. De esta manera, los abordajes terapéuticos deben reconstruir las bases del cuidado materno, accionando como una madre amorosa que presenta el mundo al bebé en porciones pequeñas y dando posibilidades al paciente de (re)vivir experiencias confiables. En cuanto al contexto de nuestra investigación, a través del ofrecimiento de ayuda y seguridad para lidiar con la desproporción del entorno social, las prácticas clínicas pueden incentivar la creación de medios opcionales para los procesos de introyección, así como la construcción de nuevas alternativas y formas de vida.

Palabras clave: cuidado materno-infantil; pobreza; trauma; confianza; clínica psicoanalítica institucional.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS CONCEITUAIS E DO PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
2.1	Pobreza e vulnerabilidade psicossocial.....	27
2.2	Dois modelos psicanalíticos: o pulsional e o relacional.....	32
2.3	O pensamento das relações de objeto a partir de Ferenczi.....	37
2.4	A noção de ambiente e a perspectiva intersubjetiva em Winnicott.....	46
3	OS PROCESSOS DA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA ARTICULADOS ÀS PRODUÇÕES FERENCZIANAS: QUANDO O CUIDADO É CATALISADOR.....	55
3.1	A introjeção e o contexto intersubjetivo.....	56
3.2	O desenvolvimento da criança e a proteção oferecida pelos cuidados maternos: os caminhos dos sentidos de realidade.....	67
3.3	Confusão de línguas e desautorização: o traumático em Ferenczi.....	77
4	DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E CUIDADOS MATERNOS NAS TEORIZAÇÕES WINNICOTTIANAS: RUMO À INDEPENDÊNCIA.....	89
4.1	Amadurecimento emocional e a natureza do objeto: uma soma de começos.....	91
4.2	Provisão ambiental e adaptação materna: o início da confiança.....	99
4.3	Agressividade e a erotização: o <i>holding</i> das experiências infantis.....	107
4.4	Afetos e sexualidade da mãe como operadores do nascimento psíquico.....	115
5	PROPOSIÇÕES PARA UMA CLÍNICA DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL.....	125
5.1	Balizadores da clínica psicanalítica para a Saúde Pública.....	125
5.1.1	<i>O papel da psicanálise nas práticas de cuidado na Saúde Pública.....</i>	<i>131</i>
5.2	A adaptação e o estabelecimento da confiança: a qualidade da experiência afetiva.....	135
5.3	A clínica psicanalítica e o trabalho com o sofrimento.....	148
5.4	O cuidado junto à Saúde Pública.....	154
6	CONCLUSÃO.....	180
	REFERÊNCIAS.....	187

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa é produto da nossa participação, iniciada no ano de 2013, junto ao Instituto da Primeira Infância (Iprede), organização não governamental conveniada pelo SUS e situada na cidade de Fortaleza – CE. Fundada em 1986, com o nome de Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade, a instituição surge em um contexto onde se fazia indispensável a assistência às famílias com casos de desnutrição infantil. Através de ações desenvolvidas há mais de três décadas, foi verificada a necessidade de ampliar a compreensão da problemática nutricional ao se constatar que as crianças atendidas apresentam importantes carências de ordem social. Desde então, o seu trabalho passou a contemplar o desenvolvimento na primeira infância, sinalizando para questões resultantes da articulação entre a privação alimentar e o processo de constituição psíquica.

Além do atendimento infantil, o Iprede oferece apoio aos membros familiares com projetos de prevenção, intervenção e inclusão social, corroborando com a compreensão de que não é possível alcançar resultados satisfatórios quando as ações não envolvem todo o núcleo familiar. Nessa perspectiva, a instituição atua na área da assistência psicossocial de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade e pobreza a partir de dois percursos principais: (1) da criança, na intenção de promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância; e (2) da mulher¹, na tentativa de possibilitar um conjunto de novas experiências capazes de romper o ciclo de desmotivação e a sensação de impotência oriundas da exclusão e da pobreza, somadas à possibilidade de ressignificação de sua própria história pessoal (IPREDE, 2010).

Contemplando o desenvolvimento infantil em uma concepção ampliada, o Iprede realiza suas atividades em regime ambulatorial através de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das mais diversas áreas: enfermeiros, nutricionistas, pediatras, psicólogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e médicos de diferentes especialidades; os quais oferecem atendimentos individuais e em grupo, atividades de estimulação precoce e terapêuticas. As famílias comparecem à instituição com frequência quinzenal, sempre no mesmo dia da semana e durante o turno da manhã ou tarde.

¹ Dentre as ações desenvolvidas, destacam-se o projeto Mãe Colaboradora, que promove atividades de formação socioeducativa com vistas a proporcionar habilidades e competências para o mundo do trabalho; a realização do Grupo Conviver, que oferece um espaço de fala e escuta privilegiada; e a Unidade Profissionalizante da Mulher Lídia de Almeida Bezerra, inaugurada no ano de 2009, investindo na formação pessoal e profissional das mães ao oferecer cursos de capacitação com módulos em cidadania e trabalho e com módulos técnicos ocupacionais, com o objetivo de fomentar a inclusão produtiva das mulheres (IPREDE, 2010).

Nas visitas, são oferecidos auxílios, por exemplo, vale-transporte para o responsável e leite para todas as crianças da família não lactantes.

Nos campos de pesquisa e ensino, a instituição tem sido um importante espaço para realização de estágios e estudos vinculados aos Programas de Graduação e Pós-Graduação dos cursos de Medicina, Psicologia, Nutrição, entre outros. No ano de 2007, foi produzido um trabalho colaborativo entre o Iprede e o Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância Cesar Victora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), em parceria com o grupo de saúde mental da Universidade Federal de São Paulo e Universidade Mackenzie, financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Supervisionado por Marleide Tavares Machado e contando com uma equipe de investigação composta pelos pesquisadores: Álvaro Leite, Rita Brasil, João Amaral, Sullivan Mota, Maria Lino e demais profissionais colaboradores, o estudo objetivou identificar as condições de vida e saúde de crianças e suas famílias atendidas na instituição e, dentre os métodos utilizados, realizou-se uma entrevista estruturada com a mãe ou responsável pela criança para coletar informações sobre variáveis socioeconômicas, ambientais, morbidade da criança, violência doméstica e saúde mental das mães (IPREDE, 2008).

No mês de julho do ano de 2014, a partir do desenvolvimento de uma pesquisa de mestrado vinculada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFC, sob orientação do professor doutor Álvaro Leite, outro estudo transversal foi realizado no Iprede, contando com a participação de 170 crianças de até 36 meses de idade e suas mães para avaliar as adversidades psicossociais vivenciadas pelas famílias atendidas (MOURA, 2014). Mais recentemente, novos estudos sobre as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas das famílias e o desenvolvimento e saúde das crianças e suas mães foram realizados entre os anos de 2017 e 2018, supervisionados pelos professores doutores Álvaro Madeiro Leite e João Freitas do Amaral e associados às pesquisas promovidas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Faculdade de Medicina da UFC (FERRAZ, 2018; GOMES, 2018; MENESCAL, 2018; ROLIM, 2018). Em decorrência dos trabalhos estarem fortemente relacionados, optamos por destacar os dados mais recentes.

No tocante às condições sociais e econômicas, através da análise dos 357 questionários aplicados às mulheres que frequentam a instituição e possuem filhos de zero a 5 anos e 11 meses, obteve-se que somente 15,7% das mães estão empregadas, com isso, 84,3% são desempregadas. Em 45,5% das famílias, o responsável financeiro é o marido/companheiro, 23% a mãe da criança, 11,8% ambos e 19,7% outros (avós, tios e parentes). As famílias são pertencentes às classes B2 (1,4%), C1 (2,2%), C2 (15,7%) e D/E

(80,7%), sendo 44,3% caracterizadas por uma situação de pobreza extrema (renda mensal por pessoa de até R\$42,00), 17,6% pobreza (entre R\$43,00 e R\$124,00), 26,1% vulnerável (entre R\$125,00 e R\$227,00), baixa classe média 8,4% (entre R\$228,00 e R\$364,00) e 3,6% com renda percapta acima de R\$365,00². Somam-se também os dados sobre a condição alimentar, onde 25,8% das famílias vivenciam uma insegurança alimentar grave, 27,5% média, 26,1% leve e apenas 20,7% possuem segurança alimentar³. Ressaltou-se que 78% das entrevistadas residem nas Secretarias Regionais V e VI da Prefeitura de Fortaleza, áreas que concentram o maior número de bairros populosos e menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), e 99% delas estão inscritas e recebendo o benefício do Programa Bolsa Família (MENESCAL, 2018). Verifica-se que, em sua maioria, as famílias vivenciam um cenário atravessado pela pobreza e vulnerabilidades psicossociais que, em decorrência das condições adversas que as envolvem, poderá provocar restrições e privações ao exercício da liberdade e à realização de necessidades fundamentais à sobrevivência.

Quanto ao número de gestações, 29,1% das mães investigadas engravidaram uma vez, 31,7% duas, 19,3% três e 20,9% quatro ou mais vezes. Em média, 6% revelaram que sofreram ao menos um episódio de aborto. Em relação à idade materna, 9,5% são menores de 19 anos, 74,8% possuem entre 20 a 34 anos e 15,7% são maiores de 35 anos. Com base na análise dos dados, Menescal (2018) alcançou que a maior parte das mulheres teve o seu primeiro filho com pouca idade. A notícia da gestação foi recebida de diferentes formas: 18,2% das mulheres não queriam ter engravidado de jeito nenhum, 29,7% quiseram engravidar naquele momento e 52,1% gostariam de ter engravidado em outro momento, mas ficaram felizes quando souberam da gravidez. Durante a gestação, cerca de 97% das mulheres realizaram as consultas do pré-natal e houve prevalência de uso de cigarro (12,3%), bebida alcoólica (8,4%) e drogas (4,8%). No mais, 71,1% dos partos ocorreram a termo, sendo 45,4% vaginal, 53,2% cesariano e 1,4% fórceps.

Sobre o percentual de escolaridade materna, 6,7% são analfabetas ou estudaram por um período de até quatro anos, 34,7% estudaram entre cinco e nove anos, 41,5% entre dez e doze anos e 17,1% acima de 13 anos. Acerca da cor da pele materna, 82,6% são pretas ou pardas, 11,8% brancas, 2% amarela e 3,4% indígenas. Quanto à situação conjugal, 9,8% das mulheres são separadas ou viúvas, 66,1% estão casadas ou em união consensual e 24,1% são

² Estratificando as por classe social conforme a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

³ Segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

solteiras. Um terço das entrevistadas (36,7%) apresenta sofrimentos psiquiátricos (MENESCAL, 2018).

A maioria das crianças do estudo (62%) se encontra na faixa etária igual ou menor que 35 meses⁴, sendo do 47,3% sexo masculino e 52,7% do sexo feminino. Destas, 23,8% frequentam a instituição a menos de 6 meses, 19,1% de 7 a 12 meses, 24,4% de 13 a 24 meses e 32,7% acima de 25 meses. A baixa participação em creche (22,4%) ou escola (25,5%) pode intensificar a manutenção da condição de vulnerabilidade social das famílias. A convivência com o pai biológico é realizada por 66,7% das crianças. No entanto, em 95,8% dos casos, a mãe é o cuidador principal da criança, 2,2% a responsável é a avó materna, 0,6% o pai e 1,4% outros (MENESCAL, 2018). Observa-se a promoção de um cuidado infantil fortemente correlacionado ao sexo feminino, refletindo na influência que as mães têm sobre o desenvolvimento do filho, aliado ao papel de liderança na família e na comunidade, o que justifica a realização de ações institucionais voltadas para o percurso da mulher (IPREDE, 2010). A posição de cuidadora também foi facilmente identificada por nós nos corredores do Iprede, pois as crianças estão sempre acompanhadas por uma figura feminina (mãe, avó, irmã, tia, vizinha etc.); os poucos homens que comparecem geralmente aguardam a conclusão dos atendimentos nos arredores da instituição.

O estudo de Menescal (2018) também evidenciou as experiências adversas vividas durante a infância das mães. O maior número de respostas positivas foi: 52,7% para pessoa com dependência química ou alcoolista na família; 47,3% negligência emocional; 44,8% negligência física; 45,4% divórcio dos pais; 42,3% abuso físico; 39,8% abuso emocional; 33,1% exposição à violência doméstica. Tiveram menor prevalência as experiências de abuso sexual e convivência com presidiário na família, ambas com 18,5%; e pessoa com problema psiquiátrico na família com 16,8%. Metade das mulheres entrevistadas relatou ter passado por quatro ou mais formas das experiências citadas. Conforme discutiremos em nosso trabalho, acreditamos que estas situações estão fortemente relacionadas com os começos da mãe, considerando sua disponibilidade identificatória e o ambiente por ela partilhando, de maneira que a construção de sua maternagem faz referência às experiências vividas pela mulher em sua posição de filha, mulher, cidadã etc., podendo repercutir nos componentes afetivos e sexuais maternos.

⁴ Período nomeado como primeiríssima infância e considerado fundamental para o desenvolvimento e formação da subjetividade da criança. As experiências positivas nessa fase proporcionam a formação de vínculos mais fortes e seguros, possuindo reflexos na qualidade da vida adulta e podendo romper os ciclos de pobreza e vulnerabilidade (BRASIL, 2021).

Ademais, é interessante ressaltar algumas variáveis investigadas por Moura (2014) que poderão auxiliar a contextualização do campo. No tocante às atitudes da mãe quando a criança não se comporta bem, os dados apontam para a punição física de natureza grave de bater mais de uma vez seguida na criança (11,6%), 75,1% dão palmadas e 64,3% gritam com o filho. As mulheres relataram as formas de violência conjugal física mais prevalentes sofridas pelo companheiro durante a gravidez: tapa com mão aberta (10,5%); chute (5,2%); soco (6,4%); espancamento (5,8%); uso ou ameaça de uso de arma (5,8%). Sobre as formas de violência física sofrida por parte do companheiro nos doze meses anteriores a entrevista tem-se: tapa com mão aberta (11,1%); chute (5,2%); soco (7%); espancamento (6,4%); uso ou ameaça de uso de arma (6,4%). Contatou-se que a 30% das mães apresentaram humor e pensamento depressivos e 24,1% revelaram ter tido ideia de acabar com a própria vida. Ao longo de nossa pesquisa, ressaltaremos as consequências das vivências de violências, abuso ou abandono sofridas pela criança e sua mãe, as quais poderão resultar em sentimentos de ansiedade e fenômenos de despersonalização, desamparo e desautorização subjetiva, colocando em risco a continuidade da existência do indivíduo (FERENCZI, 1931/2011; 1933/2011; KUPERMANN; MARTINS, 2017; WINNICOTT, 1965/1994; 1967a/2019).

Desde o ano de 2006, vem se firmando uma parceria entre o Iprede e um grupo de pesquisadores formado por profissionais da instituição, voluntários, professores e alunos dos Programas de Graduação e Pós-Graduação dos departamentos de Medicina e Psicologia da Universidade de Fortaleza e Universidade Federal do Ceará. Como resultado dessa associação, desenvolveram-se diversas pesquisas no campo da saúde materno-infantil que sinalizam para as relações existentes entre a problemática alimentar, em especial, o sintoma da desnutrição, e as dificuldades que se instalam nas relações da criança com o agente de cuidados (CARVALHO, 2011; CARVALHO; LIMA; MARTINS, 2013a; 2013b; DAUER, 2015; DAUER; MARTINS, 2015; LIMA *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2011; MARTINS *et al.*, 2016; MARTINS; GOMES, 2012; MARTINS; VILHENA, 2014; MARTINS; NEVES; DAUER *et al.*, 2018; NEVES, 2015; SIMÃO, 2017).

Acrescenta-se que, em decorrência da iniciativa de montar um setor de detecção e intervenção precoce, ano de 2012 a instituição passou a receber consultoria do professor doutor Alfredo Jerusalinsky. A partir dessa nova perspectiva de trabalho, juntamente com o desenvolvimento das investigações supracitadas, o campo de atuação da instituição passa a considerar as questões referentes à relação mãe-bebê, contemplando ações de intervenções no vínculo orientadas por uma fundamentação psicanalítica.

Entre os anos de 2013 a 2016, participamos da realização uma pesquisa interinstitucional que utilizou como metodologia o instrumento IRDI – Indicadores de Risco do Desenvolvimento Infantil⁵. Um grupo de psicólogos e estagiários oriundos das referidas universidades foi responsável por aplicá-lo para verificar a existência de risco psíquico ou de desenvolvimento na criança. Quando o risco era detectado, ela era encaminhada junto à mãe ou responsável para o atendimento clínico psicanalítico⁶. Na época, a equipe de trabalho dispôs de acompanhamento e formações oferecidas através de treinamentos, seminários e supervisões. Nos encontros, era possível discorrer sobre as questões internas do serviço, dificuldades encontradas e sugestões⁷. O trabalho em torno do instrumento IRDI possibilitou a nossa aproximação com as questões relacionadas à constituição psíquica e ao desenvolvimento da criança e à posição subjetiva materna.

Nas supervisões e discussões dos casos acompanhados pelo setor de intervenção precoce, a dificuldade em realizá-los era compartilhada pelos profissionais quando o discurso materno ultrapassava os aspectos da relação materno-infantil. Durante as sessões, as mães não se restringiam à problemática alimentar do filho, falando livremente sobre diversos assuntos: conflitos com o companheiro, demais filhos, parentes e vizinhos, experiências de abuso e violências sociais, consumo de álcool e drogas, envolvimento em facções criminosas etc. Na ocasião, relacionamos essa ocorrência à vontade de possuírem um espaço próprio de fala, pois, embora a instituição desenvolva uma prática que privilegie o trabalho com as mães, por outro lado, o trabalho clínico com a criança poderá desconsiderar a dimensão subjetiva da mulher quando a limita à posição de agente de cuidados, desprezando os outros elementos que compõem a sua função libidinal.

⁵ O IRDI é um instrumento composto por 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. Tais indicadores foram formulados para serem utilizados por pediatras e demais profissionais da saúde da atenção básica em consultas regulares, com a intenção de detectar precocemente sinais de risco que podem estar relacionados à ocorrência subsequente de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil. O instrumento é resultado de uma pesquisa clínica realizada por um grupo de psicanalistas e pesquisadores universitários brasileiros e contou com o incentivo do Ministério da Saúde e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) (KUPFER; VOLTOLINI, 2008; KUPFER *et al.*, 2009).

⁶ Todas as intervenções aconteciam na presença de uma figura feminina (mãe, avó, irmã mais velha etc.). Houve sessões em que esteve presente mais de um membro familiar, porém são escassos os registros da participação do pai. Em especial, cito o caso desenvolvido em minha dissertação de mestrado que, em decorrência da mãe estar no final de uma gestação, foi enfatizada a importância do pai participar dos atendimentos da filha, porém ele nunca compareceu (DAUER, 2015).

⁷ A pesquisa não está mais em desenvolvimento, porém o setor de intervenção precoce incorporou tais procedimentos. A aplicação do IRDI passou a ser realizada por psicólogas e voluntários (profissionais e estagiários de Psicologia). Os casos que necessitam de intervenção são atendidos por psicólogos institucionais e voluntários com formação psicanalítica.

Mediante a escuta das mães⁸, foi despertado o desejo de investigar sobre as construções do materno no contexto de pobreza e vulnerabilidade psicossocial em que participam, sustentando uma escuta orientada pelos pressupostos psicanalíticos dentro da instituição. Por conseguinte, durante os meses de novembro e dezembro de 2017 e janeiro de 2018, propomos a criação de um grupo com as mães na intenção de conhecer as narrativas de vida das mulheres. Essa experiência inicial contemplou a formação de dois grupos com a realização de seis encontros cada, com duração média de 60 minutos, teve frequência quinzenal e máximo de seis participantes por grupo. Não foi elaborado um roteiro prévio para as reuniões, sendo as narrativas livres. O grupo foi coordenado por mim e contou com a participação de uma bolsista PIBIC de Psicologia – UFC. A descrição das experiências do grupo encontrará mais detalhes no decorrer de nosso trabalho, mas apresentaremos agora alguns recortes que inspiraram os objetivos da presente pesquisa.

Ao chegarem à instituição, as famílias aguardam o chamado para comparecer aos atendimentos e demais atividades no espaço de acolhimento. Neste ambiente, observa-se o predomínio da figura do sexo feminino, pois, como assinalado, a maioria das crianças atendidas comparece acompanhada por suas mães, tias ou avós. Nos momentos em que são interrogadas sobre o pai da criança, são comuns os relatos de abandono. Entendemos que, na contemporaneidade, novos arranjos familiares transformam a formalização dos lugares antes fixados ao pai, mãe e filhos. Com o avanço do declínio do patriarcado e a emancipação feminina, assistimos a diminuição da autoridade moral do pai e da exclusividade do seu poder econômico, bem como a ascensão das novas formas de parentalidade e configurações familiares, contudo, o que aqui enfatizamos, é a ausência recorrente da figura masculina nas famílias que frequentam o Iprede.

Mesmo oferecendo assistência aos membros familiares, muitas ações desenvolvidas se concentram na saúde da criança e a maioria delas conta com a presença e participação da mãe. As crianças possuem uma rotina na instituição e as mães acompanham os filhos na intenção de receber orientações e fornecer as informações necessárias. No momento do atendimento, o profissional responsável encaminha-se ao espaço do acolhimento e pronuncia o nome da criança, o que já é suficiente para que mãe e criança o acompanhem. O agendamento das visitas à instituição é realizado previamente a cada quinze dias e as famílias

⁸ Salientamos que os atendimentos relacionados ao IRDI (tanto aplicação quanto intervenção) ocorrem na presença do bebê e de sua mãe. Nestes momentos, destacamos uma maior aproximação com as mães, mas não desprezamos outros contados que também produziram em importantes reflexões, a exemplo, citamos os diálogos realizados nos corredores da instituição e participações nos atendimentos de puericultura.

comparecem nas datas estabelecidas com a garantia de que serão cuidadas, mas apenas são informadas sobre as consultas e atividades programadas na ocasião do chamado.

Com a proposta de montar o grupo com as mães, a atitude dos profissionais da instituição de “chamar o nome da criança” nos sinalizou algo importante. Como a intenção era que as mães comparecessem ao encontro sem as crianças, ao convidá-las para a atividade, optamos por pronunciar o nome das mulheres, prática que, como assinalado, difere da dinâmica institucional; e logo recebemos a advertência: “é melhor vocês chamarem às mães pelo nome da criança, elas atendem melhor”. Insistimos na necessidade de convocá-las por seus nomes, apesar disso, a situação se desenrolou do modo como o funcionário previu. As mães apenas responderam ao chamado quando, na terceira tentativa, verbalizou-se: “mãe de (nome da criança)”⁹.

Em seguida, durante o primeiro encontro, ao serem indagadas sobre o motivo de não responderem quando as chamamos por seus nomes, as mulheres comentaram que, como sempre verbalizam apenas o nome da criança, sequer se atentaram para o que estava sendo dito. Interoguei se esse fato provocava algum mal-estar, mas não foi feita referência a nenhum incômodo e pronunciaram: “já estamos acostumadas”; “aqui é tudo para eles (filhos)”.

Para a realização do grupo, todas as mães previamente selecionadas¹⁰ foram entrevistadas individualmente por nós e aceitaram o convite para participar, porém, mesmo sabendo do que se tratava, ao serem chamadas para a primeira reunião, algumas perguntavam se poderiam levar o filho; outras expressavam forte descontentamento com o chamado e insistiam: “o que vocês vão fazer com a gente? É pra fazer o que? É só conversar?”.

Nos encontros iniciais, a partir das resistências de algumas mães em deixarem as crianças com as mães-colaboradoras¹¹, somadas às expressões de incômodo e desconforto ao serem convocadas, ficamos nos perguntando de quem era o interesse pelo grupo. Se de fato careciam as mães de um espaço próprio na instituição e desejavam ocupá-lo ou se essa era uma interpretação e uma necessidade nossa de dar voz – e escutar – estas mulheres. Sublinha-se que em nenhum momento conseguimos reunir todas as mães selecionadas para participar da atividade, embora se tratassem de grupos pequenos, compostos por apenas seis participantes. Mesmo acordando questões referentes ao interesse, horário e frequência,

⁹ Também sinalizamos para uma prática compartilhada pelos profissionais em muitos serviços de saúde materno-infantil, quando se referem às mães através do diminutivo “mãezinha”.

¹⁰ Os critérios de inclusão foram disponibilidade e interesse em participar do grupo. Foram excluídas as mães que possuíam fala pouco elaborada ou desorganizada ou filhos com data próxima para alta da instituição.

¹¹ Mulheres que participam do projeto Mãe Colaboradora.

durante a realização dos encontros, algumas mães estavam presentes na instituição, mas deixaram de comparecer, seja por estarem acompanhando os filhos em outro atendimento ou por falta de interesse. Também aconteceram situações em que, ao nos perceberem transitando pelos corredores, algumas se esconderam para não serem encontradas e convidadas a participar.

Em virtude da dificuldade de adesão das mulheres aos encontros, questionamos se não estávamos reproduzindo uma visão relacionada aos imperativos culturais que depositam na mãe o dever de dedicação total ao filho, considerando-as, com frequência, a responsável principal, quase exclusiva, pelas atividades que envolvem o cuidado, proteção e alimentação de suas crianças. Por mais que convidássemos as mulheres por seus nomes próprios, estávamos chamando-as para participar do “grupo de mães”. Por meio das resistências em comparecer, estariam as mulheres recusando o convite de ocupar um espaço em que seriam percebidas somente enquanto mães? Tão logo nos deparamos com essa possibilidade, optamos por convidá-las para o “grupo de mulheres” e, naturalmente, fomos encontrando uma menor dificuldade em reuni-las, quando comparada aos momentos iniciais¹². Esse fato também coincidiu com o desenrolar dos encontros e a continuidade dos assuntos abordados, por mais que eles estivessem relacionados à maternagem, esse não era o principal foco.

Algumas mulheres expressavam as suas opiniões com maior frequência, outras, limitavam-se a observar, mas sempre demonstrando identificação com o que era dito, seja através do riso ou da atenção com que escutavam os relatos. Quando questionadas sobre o motivo do silêncio, respondiam que tinham vergonha, que não sabiam o que dizer. Comentavam sobre a possibilidade de ajuda do atual companheiro nas tarefas domésticas e nos cuidados com os filhos, porém, era mais frequente a participação de suas mães¹³, no caso, a avó das crianças. As participantes também discorreram sobre seus relacionamentos amorosos, familiares e de amizade, gostos e preferências pessoais (por exemplo, de atividades e lugares que frequentavam para lazer e, em especial, as relacionadas à comida, compartilhando algumas receitas), problemas de saúde, lembranças da infância e adolescência.

Encontrávamos no período do final do ano, por isso, alguns assuntos repercutiram em comentários sobre os eventos de Natal e Ano Novo. As mulheres expuseram sobre o modo

¹² Importante salientar que foi também nesse período que nos familiarizamos melhor com os procedimentos institucionais: separação dos prontuários das crianças para que as mães não estivessem acompanhando-as em outro atendimento, contato com as mães-colaboradoras para que ficassem com as crianças e reserva e organização da sala onde aconteciam as reuniões.

¹³ Sinalizam para uma ajuda não só física, mas também financeira.

como comemoravam essas datas, os cuidados que tinham com a arrumação da casa, da mesa e da comida, as roupas que costumavam comprar, os locais e parentes que visitariam. Uma participante que se destacava por seu silêncio, mas bastante assídua nos encontros, comentou sobre os diversos artifícios de caráter sexual que utilizou com o marido para conseguir o dinheiro necessário para comprar as roupas novas para as comemorações e, ao conseguir êxito na negociação, enfatizou: “ainda comprei as mais bonitas que tinham lá”. Outra narrou sobre as dinâmicas que realiza com os familiares e amigos, propondo um momento de reflexão e espiritualidade. Uma pequena parte mencionou que não gosta dessas celebrações, pois perderam pessoas importantes nesse período do ano. No último encontro, além de “jogar conversa fora”, as mulheres também se autorizaram a expor sobre suas insatisfações com alguns procedimentos institucionais. Ao final, avaliaram a experiência do grupo como prazerosa, já que “aqui não tem muita coisa pra gente” e acrescentaram: “vão formar um novo grupo? Vão chamar a gente de novo?”.

Com base nos recortes apresentados, foi possível atentarmos para os diferentes interesses que integram o desejo das participantes. Ao considerar o singular de cada fala, a maneira como a dimensão da sexualidade compareceu nas narrativas das mulheres aponta para um aspecto que oferece significativos desdobramentos a nossa investigação. À vista disso, pontua-se o modo como elas demonstram não se limitarem à posição de viverem exclusivamente como mães de suas crianças. Julgamos que essa postura é de fundamental importância para a saúde materno-infantil, visto que, por não encontrar no bebê a totalidade de sua satisfação, a mãe poderá demarcar limites em sua relação com o filho, oferecendo certa dosagem à provisão de seus cuidados e possibilitando a constituição do sujeito nascente.

No processo de amadurecimento emocional do indivíduo, ressalta-se a necessidade de considerar a posição subjetiva materna no vínculo formado com sua criança. Nas etapas primitivas do desenvolvimento, em decorrência do estado de prematuridade do recém-nascido, a mãe torna-se especialmente orientada para o atendimento das urgências do bebê, oferecendo uma adaptação sensível e desempenhando uma conduta de antecipação. Nesse período de absoluta dependência dos cuidados ambientais, não há sobrevivência física ou emocional sem o suporte materno, dessa forma, repetidas falhas ou privações na experiência de cuidados poderão provocar efeitos prejudiciais ao filho. Na continuação de seu processo maturativo, na medida em que avança em direção ao estado de individuação e independência, faz-se estrutural a gradual desadaptação materna, acarretando à criança a crescente percepção dos cuidados que a presença da mãe envolve, aliada à conquista de sua

capacidade de tolerar os resultados da frustração, com o reconhecimento e aceitação da realidade externa (WINNICOTT, 1945/2000; 1960/2007).

Observa-se que o trabalho materno se desdobra em torno de operações fundamentais que oferecem o ritmo e os encaminhamentos à estruturação psíquica do bebê, devendo ser inicialmente marcado por sua adaptação e, posteriormente, por sua sucessiva desadaptação. Ao passo que os primeiros estágios do desenvolvimento pressupõem uma maior dedicação da mãe à criança, oferecendo uma sustentação e antecipação que esta ainda não é capaz de suprir sozinha; os últimos estão mais fortemente relacionados com os processos de separação e independência, em que a mãe é capaz de alternar os cuidados do filho com outras atividades, permitindo-se gozar de interesses para além da criança. Esses momentos coincidem, muitas vezes, com a experiência do desmame, a entrada do bebê na creche, o retorno da mãe ao trabalho (dentro ou fora do lar), bem como demais atividades que participam de sua vida social (relacionamentos com conjuge, filhos, familiares, amigos etc.). Destacamos, portanto, o quanto os afetos e a sexualidade da mãe simbolizam balizadores essenciais para as operações necessárias ao desenvolvimento e crescimento emocional da criança. Nesse sentido, situamos a nossa investigação nas etapas referentes à alternância e alteridade materna, quando a mulher pode efetuar uma negociação em sua relação de cuidados com a criança, intercalando a dedicação ao filho com os demais interesses que integram o seu desejo, apontando para sua sexualidade.

Compreendendo a importância de se operar um enlaçamento materno que efetua um trabalho em torno da criança, sinalizamos como os encaminhados oferecidos pela mulher de suas práticas sexuais estabelecem forte relação com a posição que a criança desempenha em seu desejo e, conseqüentemente, com as operações indispensáveis à constituição psíquica do bebê. A partir das marcas inconscientes adquiridas, por exemplo, enquanto filhas, somadas ao contexto de escolhas que participam do seu desejo e considerando o ambiente que está inserida, a mãe se apoiará para exercer sua maternagem e, através dos seus acertos e fracassos adequados, poderá estabelecer as marcas simbólicas primordiais da criança. Consoante assinala Guerra (2013), ao passo que os cuidados iniciais dedicados ao filho representam o ponto de partida na estruturação da subjetividade do recém-nascido, eles também podem caracterizar o ponto de retorno às vivências infantis do cuidador.

Com vistas a exemplificar a série de significados que a problemática alimentar pode abranger, tomaremos como exemplos algumas situações vivenciadas pela equipe clínica na instituição. Nas crianças atendidas, foi possível observar uma procura angustiada pelo corpo materno onde, mesmo a criança já ingerindo outros alimentos, encontra livre acesso ao

seio. Com frequência, os casos de desnutrição coincidem com a interrupção repentina da amamentação que, muitas vezes, ocorreu em consequência de uma nova gravidez. Sinaliza-se também para recusa de determinados tipos de alimentos – um caso em especial chama atenção, pois a criança recusa a comida quando preparada pela mãe, porém aceita a “da rua”. Acrescentam-se a pouca tolerância à ausência da mãe e os atrasos significativos na conquista da fala, que repercutem nas brincadeiras em silêncio ou com poucos ruídos.

O trabalho na clínica precoce tem início a partir do reconhecimento dos sinais clínicos que apontam para impasses na constituição psíquica e desenvolvimento. Por meio da leitura das produções infantis, inclusive as comportamentais, observadas no jogo, nas relações mãe-criança e profissional-criança, além dos gestos, movimentos e expressões da criança, pode-se encontrar acesso aos conteúdos que estão sendo inscritos em seu corpo pelo Outro. Será através dessa leitura que algo poderá se fazer notar como um alerta. É a partir do seu corpo que a criança pode expressar sentidos para além das manifestações biológicas, revelando as dificuldades vivenciadas na relação mãe-bebê. Pontua-se a importância de compreender o sintoma da desnutrição infantil como um signo pertencente a uma lógica discursiva que poderá articular diversos significados no campo da oralidade (DAUER, 2015).

Na intensão de pensar sobre uma concepção geral do cuidado em psicanálise, inspirado nas publicações de Winnicott (1960/2007; 2019) e Bion (1970), Figueiredo (2012) elucida a presença implicada do agente de cuidados de forma comprometida e atuante em suas tarefas de acolher, sustentar e conter o bebê, reconhecendo e antecipando as suas necessidades, “[...] na medida, quando e se for pertinente” (p. 138), de modo a assegurar a continuidade e continência de sua posição simbólica no mundo. Soma-se também a função interpelativa do cuidador, que desperta a pulsionalidade infantil ao seduzir e intimar a criança a responder por sua existência, fazendo com que ela entre em contato com a realidade compartilhada: “[...] antes de aprender a falar, seja sorrindo, seja olhando, estendendo os braços etc., ele [o sujeito] vem-a-ser como resposta à doce interpelação que a mãe lhe faz [...]” (p. 139). Essa pluralidade de funções requer uma intervenção equilibrada e dinâmica para que nenhuma se sobressaia demasiadamente, a ponto de comportar modos de aprisionamento psíquico, imobilidade ou incapacitação. Inicialmente, as funções básicas da implicação são realizadas pelo casal parental, mas, considerado as diversas transformações que constituem o sujeito, compreende um vasto campo de *objetos transformacionais* envolvidos nesse processo, por exemplo, as instituições educacionais formais e informais.

Para poder moderar seus afazeres, une-se à presença implicada, a capacidade do cuidador de manter-se também em reserva, ou seja, esperar e apostar em seu “objeto” de

cuidados, protegendo-o contra a sua existência e fazeres excessivos ao depositar antecipadamente a confiança na capacidade de vir-a-ser do outro, de vir a participar como agente do circuito de trocas e compartilhamento. Dessa maneira, Figueiredo (2012) destaca um necessário equilíbrio entre as funções de implicação e de reserva para o desenvolvimento da mutualidade nas trocas de cuidado. Será mediante a existência de uma reciprocidade primitiva entre a mãe e o bebê que se construirá na relação um ritmo compartilhado, equilibrado e espontâneo, oferecendo uma experiência de integração diante da continuidade do crescimento emocional e a posterior instalação da criança em uma rede discursiva.

Falhas normais e inevitáveis nas práticas de cuidado acompanham esse processo, sendo imprescindíveis para uma relativa autonomia do indivíduo. Todavia, contínuos desvios e extravios das atitudes cuidadoras poderão provocar desequilíbrios entre as posturas de implicação e reserva, acarretando ambivalências e interrupções no compartilhamento afetivo e sintonia dos cuidados e, conseqüentemente, na introdução da criança nas trocas simbólicas e na cultura, produzindo subjetividades cronicamente traumatizadas. Enfatizamos a função de cuidador que o outro materno exerce para o bebê, sendo a participação ativa do semelhante o protótipo da relação de cuidado primordial à sobrevivência física e psíquica do indivíduo e seu ingresso e participação na comunidade dos homens.

Acreditamos que essa tarefa materna é complexificada nas situações em que as mães participam de um cenário marcado pela pobreza e vulnerabilidades psicossociais, quando precisam estar constantemente envolvidas em questões cruciais para a própria sobrevivência. Por implicar em múltiplas privações nos vários âmbitos da vida e estar relacionada à vivência de muitas formas de violências, desigualdades e discriminações, a situação de pobreza desprotege socialmente grande parte da população, configurando-se como uma ameaça permanente à existência pessoal e exigindo um incessante movimento de elaboração das adversidades vividas, podendo resultar em desequilíbrios e rupturas na provisão dos cuidados adaptativos à criança (FIGUEIREDO, 2012; CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012; MOURA JR. *et al.*, 2014).

Em decorrência da quebra dos fundamentos do contrato social que impede o acesso da população pobre aos recursos institucionais organizadores da vida (saúde, educação, moradia, trabalho, segurança), o sujeito não possui as suas necessidades fundamentais contempladas na qualidade das políticas sociais. Nessa perspectiva, compreendemos que a pobreza causa ao indivíduo um estado de vulnerabilidade frente ao outro ao qual dirige um pedido de socorro e reconhecimento de sua condição, estando relacionada à irrupção do traumático quando se vivência a experiência de desautorização, que ocasiona efeitos

disruptivos à subjetividade humana (FERENCZI, 1933/2011; KUPERMANN, 2019b; ROSA, 2002).

A desautorização é fruto do não reconhecimento da experiência subjetiva, aqui exemplificada pela situação de privação e exclusão social. Na busca por auxílio e reconhecimento para a sua condição, o indivíduo depara-se com reações de silêncio, descrédito ou indiferença que promovem a negação de seu sofrimento. O “não” sofrido repercute a nível narcísico, podendo acarretar sentimentos de culpa, punição, abandono, juntamente com a atualização da experiência de desamparo, risco de confrontação com o traumático e desorganização subjetiva. Contrariamente às atitudes de silenciamento e exclusão, a escuta do testemunho do sujeito oferece a possibilidade de elaboração simbólica e construção de sentidos ao que pode ser vivido como traumático (FERENCZI, 1933/2011; ROSA, 2002; 2018; KUPERMANN; MARTINS, 2017).

A partir do que é próprio do dispositivo analítico e em articulação com o cenário de nossa investigação, faz-se fundamental pensar a psicanálise como uma prática de cuidado no atendimento a populações que compartilham de contextos atravessados pela pobreza, fome, violências e exclusão social, os quais poderão resultar na experiência de desamparo, acarretando efeitos de desobjetivação tanto às mães como às crianças. Situações em que o psicólogo-psicanalista é chamado para atuar em companhia de outros profissionais, como corre em instituições multi e interdisciplinares, a exemplo do Iprede, que desenvolve suas ações a partir do estabelecimento de vínculos de acolhimento, adaptação e confiança com as famílias atendidas. Inspiradas nesse trabalho institucional, propomos contribuir para uma clínica pública materno-infantil que encontra como principal norteador a oferta de um cuidado sensível à singularidade da experiência subjetiva.

Por compreenderem o desenvolvimento psíquico a partir da perspectiva psicanalítica intersubjetiva, que evidencia a forma como o indivíduo foi recebido, acolhido e protegido em sua condição de imaturidade e dependência, proporcionando um contexto propício ao seu desenvolvimento emocional, as contribuições de Ferenczi e Winnicott serviram de ponto de partida para a nossa investigação. Mediante uma postura e atuação profissional que considera os aspectos subjetivos e intersubjetivos, é possível sustentar a oferta de serviços de saúde que encaminhem suas práticas terapêuticas de modo a favorecer um cuidado que ofereça reconhecimento e auxilie na elaboração das expressões de sofrimento, dor e mal-estar, respeitando as diferentes formas de organização individual e comunitária (FIGUEIREDO, 2012; MADER, 2016; MARTINS; VILHENA, 2014; MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2014; ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2008).

Dito isso, este trabalho, que se insere na linha de pesquisa “Sujeito e cultura na sociedade contemporânea”, encontra na clínica e teoria de fundamentação psicanalítica o eixo de suas reflexões para compreender sobre a construção de uma maternagem adaptativa em contextos caracterizados pela conjuntura de pobreza e vulnerabilidades psicossociais, na intenção de colaborar com a construção de uma clínica que positiva o cuidado materno-infantil. Sua estrutura é dividida em quatro capítulos, somados a esta introdução e às considerações finais.

No primeiro capítulo, demarcamos as categorias conceituais de pobreza e vulnerabilidades psicossociais, juntamente com o percurso metodológico que orienta a nossa investigação. Para tanto, retomamos o tema das relações de objeto em psicanálise a partir da obra dos teóricos americanos Jay Greenberg e Stephen Mitchell (1983/1994), que vem inspirando a produção de diversos psicanalistas contemporâneos. Dentre eles, destacamos as análises realizadas por Mezan (1985/1988; 2002; 2014) e Gurfinkel (2017/2019) sobre as diferentes concepções acerca do desenvolvimento do sujeito psíquico, revelando suas possíveis confluências e divergências: a perspectiva pulsional, que se origina com o modelo freudiano; e a perspectiva intersubjetiva, que sinaliza para uma compreensão da natureza humana pautada nas relações objetais. Reconhecendo a importância das contribuições de Ferenczi (1928a/2011) à compreensão relacional, ao pontuar o papel crucial que o ambiente familiar estabelece à subjetivação, aliado ao avanço empreendido por Winnicott (1953/2019) a partir do paradigma da transicionalidade, tencionamos as possibilidades e os limites das aproximações teórico-clínicas entre esses dois autores que influenciaram a complexidade do campo intersubjetivo.

No segundo capítulo, trabalhamos mais perto da obra de Ferenczi, que compreende o processo de constituição psíquica em relação com a oferta de cuidados dedicada durante os anos da infância. Através da adaptação proporcionada pelo ambiente, o desenvolvimento do indivíduo pode ser pensado a partir dos mecanismos de projeção e introjeção, os quais estão estreitamente relacionados à ilusão de onipotência infantil. Para o estabelecimento da vida afetiva, considera-se a realização de uma “imunização progressiva” e de um “cuidado catalisador”, auxiliando a criança na simbolização das experiências que excedem a sua capacidade elaborativa, ao oferecer uma mediação na relação vivida com o mundo externo. Com a limitação do sentimento de onipotência, impõe-se progressivamente à criança a vivência de frustração, consequência do reconhecimento das forças da realidade. Entretanto, quebras bruscas ou frequentes à onipotência infantil poderão resultar em efeitos prejudiciais ao psiquismo, acarretando entraves no processo de simbolização e alcançando

potencial traumático de caráter patológico, em especial, quando se vivencia a desautorização. Sendo assim, mesmo que Ferenczi não tenha se dedicado especificamente a uma teoria sobre desenvolvimento infantil, acreditamos que o autor apresenta importantes considerações sobre os processos de estruturação subjetiva ao alertar para a possibilidade de se vivenciar experiências com valor desestruturante.

Em nosso terceiro capítulo, encontramos em Winnicott a importância da adaptação viva do cuidador às necessidades do recém-nascido, de maneira a proporcionar os sentimentos de confiabilidade e segurança na mãe e no ambiente para o amadurecimento emocional. Através do *holding* materno, ao sustentar e conter os afetos experimentados pelo filho, é possível prover os cuidados iniciais em uma intensidade e ritmo adequados à experiência de “continuar ser”. Esse manejo sensível e adaptativo apoia-se na capacidade identificatória materna, que oferecerá as bases para saúde mental do bebê e para o exercício da futura mãe, encontrando em sua sexualidade o seu principal operador. As práticas sexuais da mãe possibilitam a realização de um trabalho em torno da criança, efetuando as operações cruciais à constituição psíquica e ao desenvolvimento do bebê. Sabemos que inexiste uma equivalência entre a disponibilidade dos recursos materiais e a garantia de uma maternagem adequada, no entanto, não desprezamos a chance da relação materno-infantil espelhar as privações e exclusões vividas no âmbito social. Nesse prosseguimento, refletimos sobre as possibilidades da realização de uma maternagem adaptativa quando a família participa de um ambiente de privação multidimensional.

Seguindo esse percurso, teremos reunido as principais proposições teórico-clínicas de Ferenczi e Winnicott para embasar o nosso quarto e último capítulo, onde propomos a ampliação do *setting* analítico para a esfera pública, na intenção de pensar a revisão e transformação de dispositivos clínicos capazes de ofertar atenção e acolhimento às expressões de sofrimento e mal-estar humano, contribuindo para uma clínica materno-infantil nos serviços de saúde. Através de uma prática clínica que considera a singularidade do indivíduo, mediante a construção de um vínculo de confiança e cooperação entre profissionais e usuários, é possível dedicar cuidados sensíveis às diferentes formas de organização e enfrentamento individual e comunitária da clientela atendida. Quando se participa de cenários de pobreza e vulnerabilidades psicossociais, tem-se facilitada a ocorrência de limitações e privações que perturbam continuamente à existência pessoal, desamparando grande parcela da população. Por impulsionar a contínua atividade de simbolização e elaboração das desproporções ambientais vividas, essas experiências poderão promover comprometimentos na subjetividade e risco de confrontação com o traumático. Desse modo, nas situações em que

os recursos psíquicos estão reduzidos ou impossibilitados, acreditamos que a compreensão psicanalítica pode orientar a condução de um tratamento que privilegia o sofrimento subjetivo, colocando em jogo um cuidado afetivo e relacional.

Por fim, ressaltamos que mesmo não se tratando de uma investigação desenvolvida na prática clínica, a experiência adquirida no Iprede acompanhou toda a construção de nosso trabalho, oferecendo significativa contribuição às questões ora apresentadas.

2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS CONCEITUAIS E DO PERCURSO METODOLÓGICO

Desde sua origem, o Instituto da Primeira Infância (Iprede) trata de crianças com distúrbios nutricionais, com foco de atenção na desnutrição e sua associação às doenças infecciosas e situação de risco nutricional, fatores determinantes na morbi-mortalidade infantil, configurando-se como um importante problema de saúde pública. A instituição, que encontra início em um momento anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi pioneira na assistência às populações de baixa renda que na época não possuíam acesso aos atendimentos da Previdência Social. Nesse período, soma-se a existência de intensos movimentos migratórios das comunidades rurais para a capital cearense, ocasionados em decorrência do fenômeno da seca e da problemática da fome que assolavam a região Nordeste. Atualmente, a organização do terceiro setor é referência em todo o estado do Ceará na área de nutrição infantil, oferecendo acompanhando de casos de desnutrição e sobrepeso/obesidade e auxílio às crianças e suas respectivas famílias que vivem em situação de pobreza e vulnerabilidades psicossociais, com vistas a considerar a complexa rede de condições e determinantes que atravessam suas realidades de vida (IPREDE, 2008; IPREDE, 2010; NEVES, 2015).

Como salientamos, a nossa participação no Iprede inspirou fortemente a realização da presente pesquisa. Portanto, considerando as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas das famílias assistidas pela instituição, neste capítulo, buscaremos definir as categorias conceituais de pobreza e vulnerabilidade psicossocial, juntamente com a apresentação do percurso metodológico fundamenta esta investigação.

2.1 Pobreza e vulnerabilidade psicossocial

Com frequência, as experiências que envolvem a pobreza estão centralizadas no aspecto monetário, refletindo a deficiência de renda e de poder de consumo dos indivíduos. Na lógica capitalista, o valor da renda se torna o principal critério para estabelecer um limiar entre os pobres e a não pobres. Contudo, como identificam Moura Jr. *et al.* (2014), essa perspectiva monetária e unidimensional torna-se insuficiente para caracterizar as situações de pobreza que acarretam privações nas múltiplas questões relacionadas à saúde, educação, políticas de geração de emprego e renda, esporte e lazer. A compreensão da pobreza limitada aos seus indicadores econômicos desconsidera as dimensões psicossociais que compõem esse fenômeno, acarretando uma análise reducionista e limitada.

Moura Jr. (2012) e Moura Jr. *et al.* (2014) ressaltam que a identificação da pobreza correlacionada apenas à insuficiência financeira restringe a participação dos componentes ideológicos, políticos e psicológicos, podendo funcionar como uma estratégia de manutenção do *status quo*. Nesse cenário de opressão social, as pessoas pobres se tornam vítimas de muitas formas de discriminação, sendo interpretadas por uma visão negativa, como violentas, culpabilizadas por sua situação de pobreza, vagabundas, sujas, doentes e causadoras de mazelas sociais. Para Góis (2008), os efeitos dessa desigualdade poderão gerar atitudes de conformismo, passividade ou violência, conflitos e desagregação familiar e comunitária, doenças físicas, alcoolismo, toxicomania, sofrimento e transtornos mentais; podendo também perpetuar o círculo vicioso entre a pobreza/miséria e a desorganização da vida coletiva no lugar de moradia, geralmente, na periferia dos grandes centros urbanos.

Na intenção de contribuir para o estudo desse fenômeno, Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012); Moura Jr. (2012) e Moura Jr. *et al.* (2014) justificam a necessidade da adoção de perspectivas multidimensionais para compreenderem a pobreza em sua complexidade, incorporando as dimensões social, política e simbólica. Ao proporem uma abordagem integral da pobreza, os autores não excluem o enfoque monetário, mas privilegiam uma compreensão mais abrangente e contextualizada da estrutura social e das condições de vida de seus indivíduos, possibilitando a inserção de novos elementos para uma leitura ampliada do evento. Partindo da concepção multidimensional, elegem a Abordagem das Capacitações proposto por Amartya Sen (2000), que concebe o homem como dotado de potencialidades que são contextuais, sociais, culturais e pessoais, destacando a centralidade da esfera social tanto para o entendimento de suas condições de vida, como para o desenvolvimento de novas possibilidades de existência e de transformações da realidade.

Na situação de pobreza, a estrutura social cerceia o modo de vida humano, impondo restrições ao indivíduo do exercício de suas liberdades e da realização de suas capacitações inerentes à sobrevivência, tais como alimentação, saúde, moradia, renda, segurança, acesso à educação, lazer etc. Todavia, por estar fortemente relacionada ao âmbito social, não é possível estabelecer previamente as capacitações básicas universais, visto que essa delimitação considera que contextos heterogêneos poderão desenvolver diferentes tipos de privações. Diante disso, a pobreza deve ser analisada de forma crítica e multidimensional, em articulação com as questões históricas, políticas, ideológicas e psicológicas de suas origens e manutenção, necessitando de estratégias específicas para o seu enfrentamento, em especial, junto aqueles que estão em uma condição de maior vulnerabilidade (MOURA JR., 2012; MOURA JR. *et al.*, 2014; SEN, 1980; 1996).

Em decorrência do cerceamento da realização de suas necessidades, Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012) sinalizam que o indivíduo pobre pode encontrar-se envolvido em correntes ideológicas de opressão, marginalização e responsabilização pela sua situação de pobreza. Nessas circunstâncias adversas de sobrevivência material e simbólica, propagam-se concepções negativas que culpabilizam o sujeito por insucesso econômico, ampliando as desigualdades e violências sociais e provocando sofrimento e alienação em grande parte da população. Ao desprezar as realidades psíquica, social e cultural, juntamente com os diversos fatores que integram o bem estar humano, a economia capitalista propicia o estabelecimento de atitudes de submissão e conformismo que restringem as possibilidades e movimentos de mudança das condições sócio-psicológicas que a população é submetida.

Nesse panorama multidimensional, tomando como base a situação de pobreza vivida pelos povos latino-americano e brasileiro, Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012) refletem sobre as práticas coletivas que contribuem para a emergência de modos de subjetivação específicos, que, em geral, estão voltados para a passividade, apatia e violência, reproduzindo e perpetuando uma realidade de opressão e injustiça. Os autores observaram que as características psicológicas dessa população – anulação do sofrimento, da angústia e do desespero frente as suas carências materiais – expressam um psiquismo fundado em reações defensivas e adaptativas a uma realidade atravessada por condições adversas, opressoras e marginalizantes.

Para Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012) e Góis (2008), na população inserida em uma realidade de pobreza, as estratégias psíquicas de sobrevivência alicerçadas pelo fatalismo e pela identidade de oprimido e de explorado influenciam significativamente a constituição subjetiva, de forma que as pessoas que se encontram nessa condição se percebem impotentes frente à estruturação da realidade e manutenção da desigualdade e exclusão social. Como efeito de uma situação de naturalização da pobreza e da dependência, tem-se uma total aceitação do destino e a inevitabilidade da realidade que se vive. No entanto, tais estratégias não determinam uma completa rigidez psíquica, que impossibilitaria qualquer capacidade do ser humano de desenvolver suas potencialidades, bem como avançar na construção e elaboração de sentidos. Mesmo em condições de existência desumana, restam, ainda que reduzidas, possibilidades de simbolização e transformação.

Moura Jr. *et al.* (2014), fundamentados pelas publicações de Chiappero-Martinetti e Moroni (2000) e Elvas e Moniz (2010), sinalizam que, semelhante à concepção multidimensional da pobreza, a análise do bem-estar deve ocorrer a partir de uma perspectiva ampliada e multifacetada, ultrapassando os índices que priorizam a renda e aquisição bens de

consumo. A avaliação do bem-estar precisa estar associada aos aspectos sociais, devendo considerar os indicadores relacionados à saúde, longevidade, educação e relações coletivas. Sendo assim, indicam a identificação do senso de comunidade como um importante critério capaz de evidenciar as interrelações entre o coletivo e as vivências pessoais. Conforme discutiremos ao longo de nosso trabalho, os grupos comunitários poderão constituir uma rede de apoio e suporte mútuo, capaz favorecer o compartilhamento e reconhecimento subjetivo entre os seus membros e auxiliá-los no enfrentamento da violência e sofrimento social (Martins *et al.*, 2011); participando, com isso, do bem-estar pessoal do sujeito.

Ao investigar sobre a dimensão subjetiva em condições de pobreza, Ximenes *et al.* (2016) apontam que os modos de vida das pessoas pobres encontram relação com as singularidades dos contextos e culturas que elas compartilham e devem considerar as formas de enfrentamento produzidas para esse fenômeno. Para isso, realizam uma análise multidimensional das diferenças entre os habitantes das áreas urbana e rural com o objetivo de identificar a autopercepção do indivíduo como pobre frente a sua realidade social. Os autores compreendem que o aspecto subjetivo da pobreza seria resultado da avaliação das condições de vida gerais do indivíduo, incluindo a sua renda. Apesar disso, em decorrência de um pensamento social que restringe pobreza à renda, corre-se o risco de favorecer uma autopercepção estigmatizada da pobreza baseada somente na referência monetária, sendo considerada pobre a pessoa que não possui os rendimentos necessários ao suprimento de suas necessidades.

A partir dos indicadores relacionados à educação e à habitação, Ximenes *et al.* (2016) identificam o ambiente rural como o mais privado multidimensionalmente. A dimensão de saúde não apresentou diferenças significativas entre os moradores de ambas as regiões, tendo um menor índice de privação. Muito embora, para além das perspectivas baseadas em âmbitos concretos, os autores assinalam que a autopercepção de pobreza é mais alta na área urbana, ou seja, os moradores da zona rural se sentem menos pobres quando relacionados aos primeiros. Tal conclusão leva em consideração a comparação social exercida entre os indivíduos, consequência da forte influência dos meios de comunicação, por exemplo, as propagandas publicitárias e os incentivos ao consumo. A cidade de Fortaleza é reconhecida como uma das mais desiguais do mundo, podendo acarretar a existência de parâmetros sociais elevados e elitistas, ocasionando um aumento da percepção de pobreza mesmo quando há uma diminuição da situação de privação (GUARDIOLA *et al.*, 2013; UN-HABITAT, 2013; WANG *et al.*, 2011).

O estudo evidenciou que os moradores das áreas rurais possuem uma percepção de pobreza mais ligada a indicadores concretos da realidade, especificamente, trabalho e renda. Já no contexto urbano, somados ao fator financeiro, os aspectos subjetivos da pobreza também estão vinculados aos âmbitos da educação, habitação e saúde. Desse modo, tanto a cultura como a dimensão subjetiva da pobreza podem influenciar o modo como o indivíduo conceitua e interpreta o seu contexto de privação, indicando a necessidade desse fenômeno ser examinado a partir de uma abordagem multidimensional, ultrapassando o uso de índices centrados em elementos objetivos e materiais, tais como: padrão de vida, saúde e educação (XIMENES; MOURA JR., 2013; XIMENES *et al.*, 2016).

Em uma linha de pesquisa semelhante, Ximenes *et al.* (2017) buscaram analisar os impactos da seca na saúde mental de moradores de uma comunidade rural do Ceará. A seca é um fenômeno natural e físico que ocorre com certa prevalência na região Nordeste, acarretando consequências econômicas, produtivas, sociais e psicológicas à população, podendo potencializar a situação de pobreza e vulnerabilidade psicossocial. Do ponto de vista psicológico, os resultados da investigação evidenciaram os sentimentos de tristeza, insegurança quanto ao futuro e desânimo, os quais poderão repercutir na sensação de bem-estar e saúde psíquica; somados à identificação de elevada prevalência de transtornos mentais nas mulheres da população analisada. É provável a situação de seca provoque sofrimentos que extrapolam as dimensões física, produtiva e financeira, impactando na saúde psíquica e não sendo possível restringir a sua análise somente à compreensão de seus efeitos climáticos.

O cenário característico da situação pobreza extrema que atinge a população mais vulnerável dos grandes centros urbanos – por exemplo, a carência de serviços de saneamento básico (água, esgoto, coleta de lixo), desemprego, falta de assistência à saúde, educação, somadas as demais situações que impedem o indivíduo de obter os meios necessários a sua sobrevivência, representa uma agressão contra o ser humano e sua qualidade de vida. A essas realidades, podem-se acrescentar experiências de violências familiar, doméstica e policial, abusos, abandono, consumo excessivo de álcool e drogas etc. Conforme abordaremos no decorrer de nossa investigação, a exclusão do acesso a bens e serviços e a desproteção social da parcela da população pobre do modelo econômico neoliberal expõe o sujeito ao risco de confrontação com o traumático, podendo acarretar na experiência de desamparo ao promover efeitos de desubjetivação (ROSA, 2002; 2018).

Com vistas a perpetuar o poder de dominação e regular as relações do contrato social, o discurso hegemônico e universalizado promove o apagamento e silenciamento das individualidades, desalojando o sujeito de seu lugar discursivo e impedindo a possibilidade de

uma elaboração que poderia dar sentido à irrupção do traumático. De forma que, quanto mais se desprezam as diferenças individuais ao se propagar o ideal ilusório de uma igualdade que naturaliza os impasses históricos e econômicos, evitando dar visibilidade aos conflitos sociais e políticos, mais se reforçam os processos de segregação, abandonando o indivíduo em uma solidão de exceção, que o responsabiliza e culpabiliza por sua condição social-pluri-determinada. (KUPERMANN; MARTINS, 2017; ROSA; ESTEVÃO; BRAGA, 2017; ROSA, 2002; 2018).

Tendo em consideração um ambiente atravessado pela pobreza e exclusão social, acreditamos que nas situações onde o indivíduo não encontra auxílio e reconhecimento para a sua condição de vulnerabilidade, ele poderá vivenciar um verdadeiro desamparo subjetivo. Essa experiência traumática é capaz de limitar os recursos libidinais e a sexualidade da mãe, gerando consequências às trocas afetivas na relação com sua criança e impasses ao desenvolvimento e crescimento emocional infantil. Tais articulações serão aprofundadas por toda extensão da presente pesquisa.

2.2 Dois modelos psicanalíticos: o pulsional e o relacional

A obra dos teóricos americanos Jay Greenberg e Stephen Mitchell (1983/1994) sobre o estudo do tema das relações de objeto na teoria da psicanálise vem inspirando diversos autores contemporâneos que se dedicam à história das ideias psicanalíticas¹⁴. Partindo da evolução de um modelo original freudiano, que possui o conceito de pulsão como o grande elemento articulador, a análise dos psicanalistas destaca a formulação de um segundo modelo para a compreensão da natureza humana pautado nas relações de objeto. Desse modo, apresentam a história da psicanálise em referência à existência de dois grandes modelos de psique: o pulsional e o relacional; que estão relacionados a diferentes concepções acerca do desenvolvimento do sujeito psíquico e, conseqüentemente, das noções de psicopatologia e saúde.

Seguindo as indicações apresentadas por Gurfinkel (2017/2019), com a proposta de realizar um estudo comparativo entre os dois modelos psicanalíticos, Greenberg e Mitchell (1983/1994) enfocam as reações de acomodação e transformação que atravessaram a teoria psicanalítica a partir do surgimento da noção da relação de objeto, em contraponto à

¹⁴ Em especial, no contexto brasileiro, no prefácio que dedica à obra de Decio Gurfinkel (2017/2019), Renato Mezan destaca as publicações de Luís Cláudio Figueiredo (2002; 2003; 2013), Carmem Lucia Valladares de Oliveira (2017), Leopoldo Fulgêncio (2007; 2020), juntamente como as suas próprias hipóteses apresentadas em “O tronco e os ramos” (2014).

unilateralidade do modelo pulsional. Para tanto, examinam cuidadosamente da obra freudiana, juntamente com a análise de importantes autores psicanalíticos (em especial, britânicos e norte-americanos) que se dedicaram ao estudo das relações objetais, de modo a evidenciar as possíveis confluências e divergências teórico-clínicas. No âmbito de nosso trabalho, não objetivamos aprofundar tais questões, mas acreditamos ser importante sinalizar brevemente para o percurso metodológico que possibilitou a concepção de uma perspectiva intersubjetiva em psicanálise, escolhida para orientar esta investigação.

No que diz respeito ao modelo pulsional inaugurado por Freud, demarca-se principalmente a dimensão intrapsíquica da vida humana, centrada nas fontes endógenas da pulsão e seu polo opositor. Embora a produção freudiana não desconsidere a importância das relações interpessoais, o desenvolvimento humano é compreendido em articulação com o princípio do prazer-desprazer, sendo a libido – fonte energética não direcionada – capaz de engendrar todo o movimento responsável pela a atividade psíquica. Consoante explicita Gurfinkel (2017/2019, p. 59): “o papel dos objetos é aqui compreendido principalmente em relação à descarga da pulsão: eles podem inibi-la, facilitá-la ou servir como seu alvo”. Logo, o objeto não constitui um fim em si mesmo, mas representa um meio para a obtenção do prazer, podendo ser abandonado ao longo das diferentes escolhas objetais que o indivíduo realiza. As relações com os outros está sempre referida ao conceito de pulsão, onde o objeto é, sobretudo, objeto da pulsão.

Em alternativa à ideia de que a pulsão seria o elemento articulador da origem e do funcionamento psíquico, o modelo objetal apresenta uma abordagem conceitual fundamentalmente diferente, ao considerar que as relações com as pessoas representam “os tijolos fundamentais” na construção da vida mental. Portanto, “[...] a criação – ou recriação – de modos específicos de relacionamento com os outros substitui a descarga pulsional como a força motivadora do comportamento humano” (GREENBERG; MITCHELL, 1983/1994, p. 3). Desse modo, as compreensões acerca do desenvolvimento, psicopatologia e saúde encontram como foco central a relação do indivíduo com os outros reais, ressaltando o papel que o semelhante desempenha para a constituição e estruturação psíquica. Conforme acrescenta Gurfinkel (2017/2019, p. 37): “[...] esses ‘outros’ não são meramente alvo das pulsões ou objetos internos da fantasia, mas eminentemente sujeitos que codeterminam estruturalmente a formação da personalidade de seus pares”.

Essa nova concepção do objeto em relação ao que caracteriza o modelo pulsional vem se tornando uma forte e importante perspectiva para as produções psicanalíticas atuais, acarretando uma diversidade de respostas e construções teóricas. No entanto, conforme

sublinha Gurfinkel (2017/2019), ao retomar a obra de Greenberg e Mitchell (1983/1994), as compreensões sobre a dualidade desses modelos não se relacionam necessariamente de forma excludente, muito menos tentam minimizar a importância de determinada perspectiva em detrimento de outra. Inclusive, em algumas teorias, tem-se a formação dos “modelos mistos”, quando as proposições do segundo modelo são introduzidas e mantidas junto às do primeiro – como ocorre com Balint, Kohut e André Green.

Nesse percurso, destacamos os trabalhos de Renato Mezan (1985/1988; 2002; 2014) que investigam sobre o entrecruzamento dos diferentes ramos do pensamento psicanalítico, sinalizando para o modo como o modelo original freudiano influenciou todo o desenvolvimento teórico posterior. Em sua obra, Mezan (1985/1988, p. 76) aborda sobre as derivações do pensamento freudiano por compreender que, na história da psicanálise, “[...] existem vários modelos teóricos psicanalíticos e escandalosamente não idênticos ao freudismo, que no entanto permanece como a fundação de todos eles”.

Através dos avanços empreendidos na teoria psicanalítica, partindo dos caminhos trilhados por Greenberg e Mitchell (1983/1994) e Mezan (2002; 2014), Gurfinkel (2017/2019) examina a maneira como o pensamento freudiano foi apropriado, ampliado e recriado, sinalizando para a crença na noção de um progresso em psicanálise, resultado de uma construção coletiva, aliada à complexidade do campo. Portanto, ao realizarem uma análise histórica e epistemológica dos estudos psicanalíticos, os autores conferem singularidade ao lugar ocupado por Freud, ainda assim, sem desprezar os desdobramentos empreendidos pelos colaboradores pós-freudianos, considerando a psicanálise um produto coletivo.

Ademais, ao revisitar os modelos propostos por Greenberg e Mitchell (1983/1994), Mezan (2014) compartilha da proposta de existência dos paradigmas¹⁵ pulsional e objetal, mas considera a existência de um terceiro, o subjetal, fruto da análise da obra lacaniana que resultou no postulado dos registros imaginário, simbólico e real. Esse postulado metapsicológico ocuparia lugar análogo à centralidade da pulsão e do objeto nos outros modelos.

Inspirado na análise de Greenberg e Mitchell (1983/1994), somado às transferências com o percurso de Mezan, Gurfinkel (2017/2019) analisa extensamente os modelos pulsional e relacional, destacando os processos de passagem e coexistência entre ambos ao longo da construção da disciplina psicanalítica. Examina a obra de autores pós-freudianos – Abraham, Ferenczi, Balint, Fairbairn e Winnicott, que se dedicaram ao

¹⁵ No âmbito deste trabalho não desenvolveremos as distinções terminológica e conceitual das noções de “modelo” e “paradigma”, tomando-as aqui como categorias equivalentes.

pensamento das relações de objeto, na intenção de estabelecer os vínculos de filiação, convergência e divergência entre eles, atentando para o campo em que se inscrevem suas ideias e as práticas clínicas. Sem desprezar os processos intrapsíquicos, os teóricos acima citados oferecem uma compreensão do desenvolvimento e estruturação psíquica a partir de uma perspectiva relacional, sinalizando para o modo como a subjetivação do indivíduo se encontra intimamente relacionada ao vínculo estabelecido e aos cuidados recebidos pelo outro de referência.

Ao apontar para a dialética dos movimentos de continuidade e ruptura no âmbito das teorias psicanalíticas, Gurfinkel (2017/2019) narra a construção de uma história que não ocorre de modo linear e harmônico, mas progride a partir de direções variadas, descontínuas e irregulares; acarretando uma multiplicidade de pensamentos e práticas que constituem a psicanálise e promovendo uma atitude de respeito e tolerância aos diversos modos de trabalho dos analistas pós-freudianos. Mediante a dualidade dos modelos propostos por Greenberg e Mitchell (1983/1994), o autor ressalta a importante transformação conceitual que o pensamento das relações de objeto possibilitou à teorização psicanalítica: “[...] existem várias versões da história das ideias; penso que essa diversidade reflete, por um lado, a complexidade do campo, e por outro, o modo dinâmico e vivo com que tais histórias são continuamente reconstruídas” (Gurfinkel, 2017/2019, p. 51).

Frente à riqueza da história da psicanálise, Gurfinkel (2017/2019) aponta que a versão pela qual um autor decide empreender a sua narrativa encontra-se estreitamente referida ao ambiente geográfico e o momento histórico em que ele está inserido, bem como ao atravessamento das diversas influências de filiações a instituições e grupos, transferências, concepções teórico-clínicas etc. Considera-se, portanto, a sua inserção em um ambiente humano e relacional: “Pois, na construção do conhecimento e, mais particularmente, em psicanálise, a história das ideias está necessariamente imbricada com a história das pessoas, atores ou personagens que a viveram e fizeram” (p. 52).

Em suas obras, Greenberg e Mitchell (1983/1994), Gurfinkel (2017/2019) e Mezan (1985/1988; 2002; 2014) apontam que as sementes para o desenvolvimento posterior do pensamento das relações de objeto já se encontram presentes na teoria freudiana, no entanto, por adotar um “caminho conservador” de “acomodação” junto ao modelo pulsional original, ao autor não foi possível realizar os desdobramentos necessários a essa nova concepção. Para Green (1998/2005), mesmo considerando as relações do ego com o mundo externo, Freud buscou evidenciar sua descoberta que se apresentava como mais nova e original, no caso, o determinismo pulsional.

Frente ao exposto, compreendemos que a elaboração do modelo relacional é consequência das diversas “reações de transformação” do paradigma freudiano, sendo resultado de um processo dinâmico e complexo das diferentes formas de absorver o saber construído por Freud. Dessa forma, ao avançar nas proposições sobre a origem e o funcionamento do psiquismo, o grupo de pós-freudianos investigados por Gurfinkel (2017/2019) procedeu certo distanciamento das teorizações sobre a pulsão, para enfatizar as relações de objeto e sua perspectiva intersubjetiva. De outro modo, compartilhando dos diferentes ramos de pensamento que compõem à psicanálise, a perspectiva de orientação lacaniana também realiza importantes articulações no que diz respeito à noção de objeto, no entanto, não consideramos que participa do contexto intersubjetivo¹⁶. Retrata-se, com isso, uma dialética de continuidade e ruptura em meio à multiplicidade dos pressupostos teórico-clínicos que compõem à psicanálise, mas sem esquecer que “é em Freud que devemos buscar os pontos de derivação das escolas pós-freudianas” (MEZAN, 2014, p. 74).

Por fim, ainda que Freud não tenha desenvolvido propriamente um pensamento das relações de objeto, sinaliza-se que não há nenhum modelo relacional que possa renunciar a compreensão pulsional. Consoante sugere Green (1998/2005; 2002/2008), a dicotomia entre a teoria das pulsões e a teoria das relações objetais refere-se mais a uma delimitação teórica explicativa do que uma incompatibilidade ou superação de um modelo pelo outro. O intersubjetivo não substitui nem se opõe ao intrapsíquico; a causalidade psíquica é fruto da articulação dessas duas dimensões e conserva uma relação de co-determinação.

Junqueira e Coelho Jr. (2013) examinam que a noção de objeto se encontra presente como parte constitutiva do psiquismo desde o início da obra freudiana, oferecendo a possibilidade de articulação com a teoria das relações de objeto, sem que se empreendam deformações às ideias originais de Freud. Os autores expõem a necessidade de pensar a pulsão em conjunto com o objeto, permitindo considerar a motivação e o modo como as relações objetais incidem na constituição e funcionamento do psiquismo: “[...] é no instante de encontro entre *a* pulsão e *um* objeto que o aparelho psíquico se produz” (p. 93, grifos dos autores).

¹⁶ Acerca do exposto, Gurfinkel (2017/2019) compara o conceito winnicottiano de transicionalidade à noção de objeto presente na fase do espelho para Lacan, embora compreenda que tais concepções estão ancoradas em modelos metodológicos distintos. Em concordância com Mezan (2014), reconhece a existência de um terceiro paradigma na história da psicanálise: “A linhagem filosófica específica de Lacan – Hegel e o estruturalismo – seria responsável por uma especificidade tal de suas construções que torna difícil assimilá-la aos modelos pulsional ou relacional” (GURFINKEL, 2017/2019, p. 80).

2.3 O pensamento das relações de objeto a partir de Ferenczi

Conforme assinalado, será esse pensamento teórico-clínico no campo psicanalítico que encontra no relacionamento com os outros o “foco central¹⁷” da vida psíquica humana que Gurfinkel (2017/2019) irá qualificar como originário de uma perspectiva intersubjetiva do desenvolvimento; em comparação a uma compreensão que enfatiza prioritariamente a dimensão intrapsíquica da natureza humana. No contexto intersubjetivo das relações de objeto, os processos do desenvolvimento psíquico e, conseqüentemente, as noções de saúde e suas possíveis distorções em direção à patologia encontram-se eminentemente referidos aos sujeitos que codeterminam estruturalmente a formação da subjetividade do indivíduo (GREENBERG; MITCHELL, 1983/1994).

De acordo com Gurfinkel (2017/2019), a concepção relacional do desenvolvimento do indivíduo já encontraria referência tanto nas produções freudianas, bem como através de Abraham e Ferenczi, no entanto, possuiu maior florescimento nas décadas de 1940 e 1960, constituindo-se como uma significativa perspectiva para o cenário psicanalítico contemporâneo. Nesse período, autores pós-freudianos como Anna Freud, Melanie Klein, Michael Balint, Ronald Fairbairn, Donald Winnicott empreenderam importantes influências ao pensamento das relações de objeto. Ademais, existem diversos autores contemporâneos que se dedicaram ao tema, tais com Masud Khan (1924/1989), André Green (1927/2012), Christhofer Bollas, dentre outros.

No tocante ao desenvolvimento de um pensamento das relações de objeto, Gurfinkel (2017/2019) considera que Ferenczi foi o responsável por pontuar o papel crucial que os cuidados familiares desempenham no desenvolvimento da criança. Já o avanço empreendido por Winnicott compreende o paradigma da transicionalidade, responsável por produzir uma “pequena revolução” ao focar as relações entre os processos internos e o ambiente.

Nesse cenário, orientaremos o nosso trabalho com base na perspectiva intersubjetiva, com ênfase nas obras de Ferenczi e Winnicott, na intenção de sinalizar para o modo como os processos de desenvolvimento e subjetivação do indivíduo fazem referência à forma como o este foi inicialmente acolhido e cuidado. Pontuamos que não temos a intenção de desconsiderar ou ultrapassar a dimensão intrapsíquica enfatizada pela teoria pulsional,

¹⁷ “O foco central se refere, aqui, à motivação básica que move cada um de nós – o ‘para que’ vivemos – e, articulado a isso, ao ponto de vista que adotamos para descrever o desenvolvimento do ser humano, à formação do psiquismo e suas possíveis distorções em direção à patologia – e, ainda, em decorrência, a como concebemos o próprio conceito de saúde” (GURFINKEL, 2017/2019, p. 36).

todavia, por ora, o recorte realizado recai sobre a investigação dos avanços e contribuições do modelo relacional¹⁸. Frente ao exposto, propomos pensar as possibilidades e os limites das aproximações teórico-clínicas entre esses dois autores, mas longe da tentativa de sobrepor ou igualar tais perspectivas teóricas, muito menos cair no equívoco de uma compreensão linear, harmônica ou simplificadora das ideias desenvolvidas pelos diferentes autores.

No retorno que realiza da obra de Sándor Ferenczi, Kupermann (2919a; 2919b) localiza na trilogia escrita em 1928¹⁹ importantes princípios que regem o seu estilo clínico, o qual representa um verdadeiro marco fundador no pensamento psicanalítico das relações de objeto. Com a apresentação dos artigos sobre a elasticidade da técnica e o problema do fim da análise, articularam-se concepções acerca da teoria clínica e do encontro transferencial, provocando uma mudança de direção no percurso teórico-clínico da psicanálise, constituindo a força motriz para a elaboração da perspectiva intersubjetiva. A esse período, nomeia “virada de 1928”, na intenção de fazer referência à consagrada “virada freudiana de 1920”, caracterizada pela formulação da pulsão de morte e da segunda tópica do aparelho psíquico. O autor justifica a escolha pelo termo “virada” para referir-se às contribuições desenvolvidas por um autor em ao menos três dimensões:

[...] primeiro, criando categorias metapsicológicas próprias, referidas ao processo de constituição subjetiva, bem como a psicopatologia que lhe é correspondente; além disso, estabelecendo uma teoria da clínica capaz de lidar com os quadros psicopatológicos descritos de acordo com suas concepções acerca das origens do sofrimento humano; finalmente, propondo reflexões ético-político-institucionais que se referem tanto à direção do tratamento – ou a sua concepção de cura –, quanto à crítica acerca das resistências do próprio psicanalista ao poder de afetação do encontro clínico, e das competências que lhe são exigidas para exercer de maneira adequada seu ofício (KUPERMANN, 2919a, p. 51).

Nesse sentido, Kupermann (2919a; 2919b) compreende a “virada” empreendida por Ferenczi – ou ainda, guardando evidentes diferenças, em Freud, Klein, Winnicott e Lacan – como um movimento de retorno de modo a proporcionar uma abertura potencial à riqueza da obra inaugural, possibilitando avanços e reformulações a partir do reconhecimento, conservação e diálogo das diferenças. Essa atitude muito se diferencia da tentativa de retorno a uma verdade última que, em decorrência das oposições ou incompatibilidades teórico-clínicas, arriscaria fechar o sentido do ato de instauração de uma discursividade.

¹⁸ Ainda que, conforme explicitado, lembremos a inexistência de uma dicotomia ou superação entre as teorias pulsional e relacional, sinalizando para a importância de possibilitar a abertura para o diálogo entre as perspectivas psicanalíticas para compreender a estruturação e o funcionamento do psiquismo, em especial, no que diz respeito à etiologia e o tratamento das “patologias-limite” (JUNQUEIRA, 2010). Entretanto, o nosso trabalho não contempla o objetivo de realizar as possíveis articulações entre tais modelos.

¹⁹ A adaptação da família à criança (FERENCZI, 1928a/2011); A elasticidade da técnica psicanalítica (*Id.*, 1928b/2011); O problema do fim da análise (*Id.*, 1928c/2011).

Como consequência da dependência da criança em relação ao seu meio circundante, a compreensão do ambiente, inicialmente formado pelos pais e seus substitutos, ganha destaque na produção ferencziana, desempenhando lugar fundamental na estruturação psíquica do indivíduo. Ferenczi (1928a/2011) ressalta o papel do adulto e da família, responsáveis por oferecer um cuidado adequado e adaptativo à sensibilidade da criança, de modo a proporcionar as providências de ordens fisiológica e psicológica imprescindíveis ao estabelecimento de sua saúde futura. Diante do exposto, Kupermann (2019a; 2019b) sublinha que se opera uma torção na compreensão freudiana do conceito de adaptação, ao inverter a direção dos vetores presentes na relação. Diferentemente do modelo intrapsíquico que privilegia a “unilateralidade” da imposição do princípio de realidade à satisfação pulsional infantil, na perspectiva relacional, será o ambiente familiar que deverá ir ao encontro da criança, na tentativa de conservar no mundo externo o sentimento de onipotência vivenciado no útero materno. Conforme apresentaremos, essa transformação repercute na situação analítica, visto que passa a ser do analista a tarefa de adaptar-se à técnica psicanalítica para permitir um trabalho psíquico ao paciente, necessitando, portanto, dispor de uma flexibilidade elástica. Na intenção de preservar as possibilidades de intervenção junto àqueles que apresentavam fortes dificuldades ou limitações na interação clínica, propõe-se o desenvolvimento de uma capacidade empática, de “sentir com” o analisando.

Ao apresentar a compreensão de uma subjetividade que se constitui na relação com o outro, Ferenczi (1928a/2011, p. 5) considera que a prematuridade biológica do indivíduo poderá ser compensada no encontro com a presença de um adulto dedicado a intermediar as necessidades biopsicofisiológicas do recém-nascido. Nesse ponto, a preparação fisiológica do feto aliada ao instinto dos pais possibilitam que a experiência do nascimento represente um “[...] verdadeiro *triumfo*, exemplar para toda a vida” (grifo do autor). O estado de desamparo e dependência do recém-nascido não produziria isoladamente o fator traumático. Ao contrário, a adaptação da família aos cuidados da criança torna a transição do útero ao colo materno e, posteriormente, ao mundo, a mais suave e delicada possível (KUPERMANN, 2019a; 2019b).

A adaptação familiar e a oferta das provisões adequadas possibilitam a “imunização progressiva” do recém-nascido diante dos ataques físicos e psíquicos que participam de sua experiência de reconhecimento da realidade (FERENCZI, 1929/2011). Essa imunização pode ser simbolizada pelo trabalho contínuo do cuidador em mediar a relação da criança com o mundo externo. Ao oferecer acolhimento às pulsões infantis, o adulto disponibiliza o tratamento e a metabolização dos afetos e sentidos que excedem à capacidade

de simbolização da criança, facilitando os processos necessários a sua constituição e desenvolvimento. Sobre isso, Pinheiro (2016b, p. 117) acrescenta “sem o apoio de um mediador, essas crianças são privadas de um filtro ou de um intermediário que as defenda do mundo externo”.

Considerando o percurso de Ferenczi (1913/2011; 1928a/2011; 1929/2011; 1931/2011; 1933/2011), acrescentado às contribuições de Pinheiro (2016b), podemos delimitar a elaboração de duas categorias traumáticas na teoria ferencziana. A primeira é caracterizada pela compreensão de um trauma que participa da constituição psíquica, tornando-se inevitável e indispensável à subjetivação do indivíduo. Nessa perspectiva, o reconhecimento do mundo externo seria fruto de falhas gradativas na provisão de cuidados aliado ao aumento da complexidade das condições ambientais, acarretando a progressiva limitação do sentimento de onipotência infantil, a construção do sentido de realidade e a consequente adaptação da criança às exigências dessa. Frente a uma via de fragmentação que estrutura o funcionamento psíquico, Maciel Jr.; Ledo (2018, p. 223) lembram “[...] que o trauma potencializa a vida, pois cria a condição de ruptura em um equilíbrio estabelecido segundo o qual o ser vivo se modifica”. Evidencia-se, portanto, a existência de traumas que impulsionam adaptações e mudanças imprescindíveis à fundação e organização do psiquismo nascente, sinalizando para a noção de uma progressão traumática estruturante.

Todavia, caso a adaptação familiar não consiga oferecer a proteção e os cuidados necessários à criança, as exigências da realidade compartilhada poderão acarretar efeitos prejudiciais ao psiquismo. Na segunda categoria são contempladas situações em que o cuidado dos pais parece falhar com mais frequência, podendo incluir tanto o ingresso da criança na sociedade de seus semelhantes (a partir da experiência do desmame, o aprendizado das normas de higiene, os sistemas de educação excessivamente repressivos etc.), como também uma violência sexual eventualmente sofrida. Nas diferentes situações, frente à dificuldade dos adultos em operar uma mediação entre as pulsões infantis e o mundo externo, somado à escassez de recursos da criança para metabolizar e assimilar as situações vividas, elas poderão alcançar um valor traumático, provocando impasses em seu processo de simbolização e exercendo um caráter patológico.

Ferenczi (1928a/2011) considera que os eventos com potencial traumático se encontram intimamente relacionados à dificuldade de reconhecimento por parte dos adultos da sexualidade infantil. Quando demasiadamente excessivas, as exigências civilizatórias submetem a criança a um modo de funcionamento capaz de acarretar intensas modificações ao aparelho psíquico, ultrapassando as possibilidades de simbolização da experiência e

limitando bruscamente a sua onipotência. Diante do exposto, aconselha: “[...] os pais e educadores a prestar muito mais atenção às reações da criança para assim saber avaliar suas dificuldades” (p. 6), na intenção de poderem orientar e intermediar o seu desenvolvimento sexual junto às imposições sociais. Nas situações em que a experiência vivida não pode ser simbolizada e integrada psiquicamente, tal acontecimento poderá por acarretar a desorganização subjetiva, adquirindo efeito desestruturante.

Nesse seguimento, Ferenczi (1929/2011) evidencia o modo como as condições de adaptação e acolhimento familiar repercutem na economia narcísica da criança, apontando para a importância da realização de um trabalho do cuidador frente à condição de imaturidade da criança. À medida que o filho é protegido com amor, a atividade parental administra as doses de “imunização” necessárias aos processos de desenvolvimento e subjetivação, possibilitando a consideração que a vida merece ser vivida. De outra sorte, os sinais de pessimismo, desinteresse e desconfiança do indivíduo poderão estar relacionados a entraves na experiência do acolhimento materno, refletindo em uma capacidade de adaptação insuficiente, ou ainda, na perda da vontade de viver. Não obstante, lembramos que a disponibilidade familiar para a provisão dos cuidados à criança está atravessada pela lógica de um funcionamento social, devendo considerar o acesso da população às políticas públicas, bem como às condições que contemplem a realização das necessidades humanas fundamentais, conforme discutiremos ao longo de nossa investigação.

Muito além dos eventos que envolvem o reconhecimento e a aceitação do funcionamento social, Ferenczi (1933/2011) apresenta o trauma produzido por uma experiência sexual como a violência mais extrema que a criança poderá sofrer. Tais episódios traumáticos estão relacionados tanto às seduções incestuosas de um adulto como ao abuso sexual, provocando profundos prejuízos ao desenvolvimento infantil. Tendo em vista a função de interprete do cuidador, quando ocorre a confusão de línguas entre as brincadeiras infantis e os desejos sexuais do adulto sem limites, a criança não encontra o auxílio necessário à tradução e representação de suas vivências, desse modo, as tendências incestuosas do adulto poderão gerar um verdadeiro curto-circuito em seu psiquismo. A imposição da linguagem da paixão à linguagem da ternura infantil invade a subjetividade da criança com a genitalidade do adulto, impondo excitações excessivas ao pequeno sujeito que impossibilitam a sua absorção e provocam desorganização psíquica desestruturante (MIRANDA, 2012; PINHEIRO, 2016b).

As consequências se agravam quando a violência sofrida pela criança ocorre acompanhada do comportamento de indiferença ou negação de sua experiência. Na tentativa

de compreender o acontecimento vivido, a criança narra o evento para um adulto de sua confiança. Porém, por considerar que a cena narrada é parte de fantasias ou mentiras, este rejeita todo o conteúdo verbalizado, desacreditando o relato ao afirmar que nada aconteceu. O descrédito do adulto que se acrescenta à experiência infantil não se limita o fato vivido, mas repercute na estrutura narcísica da criança. Em virtude disso, ela perde a capacidade de inscrever e falar sobre a cena que lhe ocorreu, que ficará incompreensível e inqualificável para si. Logo, é a presença do descrédito do adulto de referência que confere o valor desestruturante à situação traumática, impossibilitando a sua introjeção (MIRANDA, 2012; PINHEIRO, 2016b). Por não encontrar ajuda e reconhecimento no olhar do outro, “[...] a criança vê-se sozinha e abandonada na mais profunda aflição [...]” (FERENCZI, 1933/2011, p. 115).

As seduções incestuosas sofridas provocam um medo intenso na criança, que se percebe totalmente sem recursos para protestar contra a força e a autoridade do adulto. Na esperança de empreender uma defesa, a partir da clivagem de sua personalidade ainda prematura e inocente, ela se identifica com o agressor, dedicando extrema submissão às suas vontades. Como consequência dessa identificação, também é introjetado o sentimento de culpa do adulto, levando a criança a se perceber como alguém que merece ser punida por seu “erro”. Desse modo, a clivagem psíquica, efeito do descrédito sofrido, poderá resultar em manifestações de desorientação em que a criança vivencia uma grande confusão: ela é “[...] ao mesmo tempo inocente e culpada, e sua confiança no testemunho de seus próprios sentidos está desfeita” (FERENCZI, 1933/2011, p. 117).

Em decorrência do choque traumático, a criança sente-se machucada, decepcionada e desprezada. A experiência de abandono acarreta a clivagem de sua personalidade em duas partes: uma sensível, mas brutalmente ferida, destruída e impossibilitada de desenvolver-se; e outra que de tudo sabe, mas nada sente, exprimindo uma resistência passiva às agressões e estímulos externos. Para proteger-se do desamparo vivido, uma parte de si própria passa a desempenhar a função de cuidados, adquirindo precocemente as características adultas de maturidade e sabedoria, no entanto, por obra de uma dor incompreensível e insuportável. Nessas condições, Ferenczi (1933/2011) acrescenta que a criança poderá apresentar um surpreendente e súbito amadurecimento, semelhante ao fruto que fica maduro e saboroso rápido demais quando precocemente é ferido pelo bico de um pássaro.

A agressão sexual é acompanhada do fator surpresa, visto que a situação vivida é bastante diferente daquela que a criança imaginava encontrar: um ato proibido foi praticado.

A dessimetria entre a representação infantil antecipada e o acontecimento real resulta em grande desconhecimento e incompreensão, obrigando a criança a adaptar-se rapidamente à estranha situação, ou ainda, a amadurecer precocemente. Para se proteger dos excessos passionais do adulto desmesurado, ao identificar-se ao agressor, a criança introjeta uma nova representação na tentativa de prever as situações futuras e, com isso, poder organizar uma resposta. Consoante enfatiza Pinheiro (2016b, p. 139): “[...] o eu tem por função representar antecipadamente tudo o que for possível fazê-lo de maneira a prevenir-se da surpresa e garantir, assim, a noção de unidade narcísica”.

Na situação traumática, o agressor é alguém amado pela criança, mas que perde seus limites por não reconhecer a sexualidade pré-genital infantil, tomando-a como outro igual. Como resultado da catástrofe desse encontro, por não poder se desligar do adulto idealizado sob o risco de cair em abandono, a identificação com o agressor provoca a imagem de uma invasão violenta no eu da criança, promovendo uma cisão egóica em duas partes que não mantêm contato entre si: ao mesmo tempo que uma é tomada por uma prematuração forçada, a outra é eternamente ferida e carente de cuidados. À proporção que a clivagem narcísica oferece uma proteção contra o ambiente hostil, acarreta igualmente fragilidade e vulnerabilidade narcísica (GURFINKEL, 2017/2019; PINHEIRO, 2016b).

Junto ao inesperado da ação proibida cometida pelo adulto transgressor, Pinheiro (2016b) revela uma segunda surpresa para a criança: o descrédito do adulto de confiança; colocando em prova a relação afetiva que a criança estabelecia com ele. Ao não corresponder à expectativa infantil que busca por compreensão e ajuda, a confiança depositada no cuidador é perdida, privando a criança das possibilidades de elaboração da violência sofrida, produzindo impasses no processo de introjeção e prejuízos na constituição de sua subjetividade. Com isso, “o descrédito teria o poder de tirar a certeza das próprias percepções, como se a partir daí a criança não pudesse mais confiar nos próprios sentidos” (p. 140).

É possível observar que a obra ferencziana reconhece a origem exógena do evento traumático, ou seja, o trauma é resultado de um fator patógeno externo que adentra no psiquismo impondo alterações em sua estrutura. Como exemplo, retomamos a figura da criança desamparada após a violência sexual sofrida. A experiência de sedução do adulto provoca intenso e significativo sofrimento infantil, mas será a negação da narrativa da criança que constituirá o fator traumático real, tornando o evento patogênico. De outra sorte, acredita-se que, quando o cuidado materno auxilia no tratamento das experiências infantis, adaptando-se verdadeiramente às particularidades da personalidade da criança, tornam-se possíveis a metabolização dos afetos e elaboração do acontecimento vivido. Em resumo, a emergência do

traumatismo desestruturante está relacionada a causas exteriores, representando “[...] consequências de um tratamento desprovido de tato, por parte do ambiente” (FERENCZI, 1931/2011, p.85).

Por compreender que a maioria dos choques patogênicos remonta a falhas na metabolização e integração das experiências infantis, refletindo os impasses vividos na relação mãe-criança, Ferenczi (1931/2011) indica a necessidade do analista proceder à maneira de uma mãe carinhosa que, graças a sua paciência, benevolência e amabilidade, pode dedicar ao paciente uma compreensão “cheia de tato”. Tais atitudes aspiram favorecer a confiança do paciente na pessoa do analista para proporcionar uma liberdade associativa mais espontânea e verdadeira, de modo a poder alcançar as memórias infantis, em especial, os acontecimentos traumáticos de sua experiência. Quando o analista consegue ir ao encontro do paciente, é possível reparar o tratamento e a elaboração dos conflitos que, em um passado desagradável, o ambiente encontrou consideráveis dificuldades ao fazê-lo.

Considerando o espaço de indeterminação da constituição subjetiva, Ferenczi (1928b/2011) destaca a necessária adaptação do analista às particularidades do paciente ao recomendar que as comunicações e interpretações oferecidas sejam acompanhadas de “tato psicológico”. Ao longo do processo, o analista deve ser como um elástico, dispor de certa flexibilidade para ceder às tendências do paciente e possibilitar modalidades ampliadas de interação clínica, buscando reconstruir um vínculo de confiança. Esse aspecto da compreensão analítica está relacionado ao “sentir com”, ou ainda, à sensibilidade do analista em empatizar com a condição do doente, conforme ressalta: “Procuramos, é certo, colocar-nos no diapasão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores [...]” (p. 36). No entanto, apenas a análise pessoal do analista possibilitará o controle de seu próprio narcisismo, juntamente com a renúncia da hipocrisia presente na ritualização do uso dos dispositivos técnicos. A transferência indispensável ao sucesso do tratamento surgirá como recompensa à tolerância e sinceridade do analista, comportamentos que muito diferem do adulto incompreensível da cena infantil.

Consoante Pinheiro (2016b), o conceito de tato é uma questão central na revisão que Ferenczi (1928b/2011) propõe à técnica psicanalítica, representando a peça fundamental no manejo técnico. A capacidade de “sentir com” relaciona-se com a posição do analista de se oferecer como suporte para representar o vivido traumático do paciente, auxiliando-o na construção de sentidos de suas experiências. Desse modo, o tato sinaliza para uma distância justa entre analista e analisando, de forma que se possa “sentir com” sem “ser como”. Kupermann (2019a; 2019b) acrescenta que foi em virtude da flexibilidade elástica do analista

que a psicanálise conseguiu alcançar os pacientes até então considerados como inalisáveis, abrindo-se para os chamados “casos difíceis”²⁰.

Em sua análise da produção ferenciana, Gurfinkel (2017/2019) considera que as reformulações fundamentais da técnica psicanalítica empreendidas pelo autor representaram uma abertura potencial para o pensamento das relações de objeto. Ademais, Kupermann (2019a) ressalta a perspectiva ambientalista do pensamento de Ferenczi, visto que a adaptação primária dos cuidados oferecidos ao bebê torna-se condição indispensável não só para a sua sobrevivência, mas também para o seu desenvolvimento saudável: “assim como não existe um bebê sem cuidador, também não há desamparo sem uma perspectiva relacional que envolva a presença do outro” (p. 55).

Conforme sinalizado, elegemos a perspectiva psicanalítica intersubjetiva para encaminhar a nossa investigação, em especial, a partir de Ferenczi e Winnicott, por compreender que estes autores compartilham de uma concepção ambientalista do funcionamento psíquico, relacionando os processos de desenvolvimento e subjetivação do indivíduo às provisões oferecidas pelo ambiente. Diante disso, tem-se a orientação de uma clínica do cuidado que estabelece suas origens seja na capacidade adaptativa da família à criança, seja na sensibilidade e disponibilidade identificatória da mãe suficientemente boa; reconhecendo a condição de mediador que o cuidador ocupa na relação da criança com o mundo. Ainda que as teorias de ambos os autores estejam referidas a temporalidades e percursos distintos, em alguns momentos de nossa escrita, utilizaremos a expressão “cuidado materno” na intenção representar toda a gama de cuidados que a presença do cuidador / adulto de referência envolve, porém, sem desconsiderar as condições ambientais que sustentam esse vínculo, como analisaremos a seguir.

Por fim, enfatizamos ainda que, mediante a diversidade de autores que influenciaram a complexidade do campo das relações de objeto, a nossa escolha em seguir com as produções de Ferenczi e Winnicott está interligada a um ambiente relacional que leva em consideração os caminhos de nossa formação analítica, as instituições as quais estivemos vinculadas, bem com a história das transferências estabelecidas, sem deixar de fazer referência a uma dimensão subjetiva.

²⁰ “[...] forma de nomear o que atualmente se conhece como *borderlines* (na literatura anglo-saxã), casos-limite (na literatura francesa) ou patologias narcísicas” (KUPERMANN, 2019a, p. 52, grifo do autor).

2.4 A noção de ambiente e a perspectiva intersubjetiva em Winnicott

Ao longo das produções winnicottianas, enfatiza-se a necessária presença e adaptação materna responsável por possibilitar um contexto propício ao desenvolvimento emocional do indivíduo, por oferecer os cuidados sensíveis e adequados às necessidades específicas do recém-nascido. Através do estabelecimento de um tipo de identificação especialmente sofisticada, a ponto de excluir quaisquer outros interesses de maneira normal e temporária, a mãe torna-se profundamente devotada aos cuidados do seu bebê, que inicia a sua trajetória em um estado de dependência absoluta das provisões ambientais. Apresenta-se, dessa forma, a compreensão de um bebê que inicialmente deve ser considerado a partir do vínculo formado com sua mãe ou cuidador primário, já que, nessa etapa precoce do desenvolvimento, não há sobrevivência física ou emocional da criança sem o suporte oferecido pelo ambiente. Frente ao exposto, para investigar a noção que o ambiente possui na obra de Winnicott, faz-se necessário considerar a continuidade do cuidado materno em um trajeto que se inicia com o estado original de dependência do indivíduo e poderá avançar progressivamente em direção à independência. Consoante explicita:

Metade da teoria do relacionamento paterno-infantil se refere ao lactente, e é a teoria da jornada do lactente da dependência absoluta, passando pela dependência relativa, à independência, e paralelamente, a jornada do lactente do princípio do prazer ao princípio da realidade, e do autoerotismo às relações objetivas. A outra metade da teoria do relacionamento paterno-infantil se refere ao cuidado materno, isto é, às qualidades e mudanças nas mães que satisfazem as necessidades específicas e de desenvolvimento do lactente para as quais ela se orienta (WINNICOTT, 1960/2007, p. 43).

Nos estágios iniciais da dependência, o bebê humano só existe sob certas condições, ou seja, tão somente em referência aos cuidados que recebe: mãe e criança formam uma unidade, pertencem um ao outro e não podem ser pensados separadamente. Apesar disso, pontuamos que não necessariamente a mãe biológica é a pessoa que melhor cuida do bebê ou que o cuidado das crianças está limitado às mulheres. Por “mãe”, para além dos laços consanguíneos, fazemos alusão muito mais a uma função que proporciona a identificação, adaptação e provisões necessárias ao recém-nascido, podendo ser desempenhada por qualquer pessoa de um ou outro sexo que assuma o papel parental de conduzir o bebê em direção à independência e maturidade. A capacidade de amar e cuidar de uma criança ultrapassa os vínculos de parentescos, estando fortemente relacionada a características sutis da personalidade do adulto, tais como sensibilidade, empatia e segurança emocional, juntamente com a experiência cultural (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982; SCHAFFER, 1977; WINNICOTT, 1956/2000; 1960/2007; 2012).

Embora considere o estudo da mãe para além do seu aspecto puramente biológico, Winnicott (1956/2000; 1960/2007; 2012) sinaliza para importantes mudanças fisiológicas e psicológicas que acompanham a mulher em período gestacional, as quais favorecem a crescente identificação na relação com o seu bebê, bem como poderão possibilitar a preparação para o alcance do estado afetivo que denominou de “preocupação materna primária”. Nas semanas anteriores e posteriores ao nascimento do filho, a mãe poderá desenvolver uma sensibilidade exacerbada que a torna extremamente envolvida e dedicada aos cuidados com o bebê, oferecendo um ambiente propício ao início de seu desenvolvimento por adaptar-se ativamente às necessidades do recém-nascido. Essa condição psicológica especial pode ser comparada a um estado de loucura ou doença materna, contudo, a mãe necessita gozar de boa saúde para que consiga atingi-lo e tão logo recuperar-se dele quando necessário. Ademais, tal estado de sensibilidade e preocupação temporária é encarada pelas mães como algo natural e momentâneo, pois passado esse período, a recordação que a possuem dele tende a ser gradualmente reprimida.

Como consequência do vínculo identificatório que se estabelece na relação materno-infantil, a mãe pode atingir uma percepção muito sensível e uma adaptação viva às necessidades do filho, tornando-se capaz de prover quase exatamente o que ele necessita. A compreensão materna que possibilita saber o que se passa com o seu bebê em muito difere do conhecimento técnico e especializado dos médicos e enfermeiros, por exemplo, que estão fora da área da experiência compartilhada entre a mãe e criança. Como ressalta Winnicott (1960/2007, p. 53):

parece ser comum que as mães que não são distorcidas por má saúde ou por tensões ambientais do dia-a-dia tendem em geral a saber exatamente o que seus lactantes necessitam, e ainda mais, gostam de prover as necessidades do lactante. Isso é a essência do cuidado materno.

Observa-se, portanto, que os cuidados inicialmente oferecidos ao recém-nascido se apoiam “[...] na empatia²¹ materna mais do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso” (WINNICOTT, 1960/2007, p. 41).

Conforme apresentado, em um período inicial de extrema dependência física e psíquica, o recém-nascido necessita de uma provisão ambiental sensível que oferte os cuidados necessários através do *holding* materno, que “leva em conta a sensibilidade cutânea do lactante – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactante da existência de qualquer

²¹ Pontuamos a tradição ferencziana do termo, quando o autor destaca a empatia como um aspecto fundamental do processo analítico, por permitir dedicar uma compreensão “cheia de tato” à singularidade do indivíduo (FERENCZI, 1928b/2011; 1931/2011).

coisa que não seja ele mesmo” (WINNICOTT, 1960/2007, p. 48, grifos do autor). Nesse ponto, sinalizamos para uma condução geral dos cuidados realizada forma não mecânica, mas que encontra sua essência no modo como a mãe interpreta os movimentos da criança, oferecendo uma compreensão quase “mágica” de suas necessidades. Tais interpretações estão fortemente apoiadas no relacionamento materno-infantil, ultrapassando as instruções fornecidas pelo saber de um especialista sobre como lidar com o bebê. Desse modo, o autor salienta que as bases para o desenvolvimento suficientemente bom do indivíduo, ou melhor, para a sua saúde mental, são lançadas pelo cuidado materno sensível e adaptativo, em especial, a partir da manipulação e sustentação do bebê, possibilitando, com isso, a expressão do amor materno.

Nesse estágio de prematuridade e absoluta dependência, Winnicott (1958/2007) destaca uma importante etapa da vida da criança pequena: a experiência precoce de ficar só na presença de sua mãe ou figura substituta que se encontra confiantemente presente. Utiliza a expressão “ligada ao ego” para simbolizar a relação entre duas pessoas que estão “sós”, entretanto, a presença adaptativa de uma delas é fundamental para a outra. Dito de outro modo: através da construção de um vínculo identificatório com a sua criança, que a torna totalmente interessada e orientada para as necessidades desta, a sensibilidade da mãe oferecerá ao bebê uma espécie de solidão compartilhada, em que sua imaturidade é naturalmente compensada pela confiança na presença materna – ainda que representada em alguns momentos por um objeto (carrinho, berço, atmosfera do ambiente etc.); possibilitando ao recém-nascido uma experiência de sustentação individual e continuidade pessoal. Ao proporcionar a contenção e alívio das urgências e dos estímulos que ultrapassam a capacidade de integração psíquica, a mãe representa o meio protetor necessário à continuação dos processos de maturação da criança.

Mediante a existência de uma presença protetora e disponível, gradualmente a criança poderá introjetar uma imagem materna de confiança, de maneira a alcançar a capacidade de estar realmente sozinha. Sendo assim, a capacidade de ficar só representa um dos sinais mais importantes do amadurecimento emocional do indivíduo, constituindo um fenômeno altamente sofisticado que apenas se tornou possível a partir da presença consistente de alguém que pôde dedicar cuidados adequados e adaptativos. Tal conquista contempla, ainda, a construção da crença em um ambiente suficientemente bom, de modo que a criança fique “[...] temporariamente capaz de descansar contente mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos” (WINNICOTT, 1958/2007, p. 34).

Para Winnicott (1963b/2007), o desenvolvimento de uma capacidade para se relacionar com os objetos é um processo complexo e está intimamente associado à qualidade do ambiente facilitador, de modo que privações ou perdas vivenciadas em etapas primitivas do amadurecimento emocional poderão afetar o estabelecimento das relações objetais. Todavia, a mudança da natureza do objeto “subjetivo” para “percebido objetivamente” pressupõe a existência de falhas gradativas na área do ambiente em adaptação, devendo-se considerar que: “normalmente, quando o lactente atinge a fusão o aspecto frustrante do comportamento do objeto tem valor de educar o lactente a respeito da existência de um mundo que é não-eu” (p. 165) A realidade externa apenas passa a ser percebida a partir de uma “sequência de frustrações” na adaptação oferecida pelo ambiente quando administrada “com tato”, retomando a ideia ferencziana. Diante de uma ação progressiva e em uma temporalidade adequada, as falhas ambientais são potencialmente positivas e satisfatórias às necessidades do ser e aos estágios maturativos.

Nos estágios iniciais de vida, a unidade não representa o indivíduo, mas contempla a situação global formada pelo bebê e seu ambiente (ora representado pela mãe ou cuidador substituto). Ao passo que recebe o cuidado suficientemente bom, a consistência das provisões maternas oferece a contenção e mediação das ansiedades e impulsos agressivos, possibilitando que a criança possa avançar em seu desenvolvimento. Para tanto, juntamente com o estado de preocupação primária, consideramos também a desadaptação materna, responsável por oferecer ao filho a crescente possibilidade de tolerar os resultados da frustração ao se confrontar com a complexidade do mundo, porém sem resultar em intensas ameaças ou quebras à continuidade de sua existência.

Nessa perspectiva, Winnicott (1952/2000; 1965/1994) confere ao relacionamento materno-infantil importância vital no que diz respeito ao processo de amadurecimento emocional do indivíduo, sinalizando que falhas significativas nos cuidados com a criança em um momento anterior à introjeção de uma maternagem de confiança poderão comprometer o alcance da experiência de integração²², acarretando a grosseira limitação da onipotência infantil e os sentimentos de ansiedade e despersonalização. Em um período de absoluta dependência dos cuidados ambientais, a introdução prematura de uma experiência de

²² Em um capítulo dedicado as produções winnicottianas, apresentaremos o processo de amadurecimento emocional do indivíduo que se inicia em um estado inicial de não-integração e absoluta dependência, caminhando progressivamente para dependência relativa e alcançando a integração. Falhas nesse processo, simbolizadas pela ausência de um cuidado contínuo, sensível e adaptativo, acarretariam à experiência de desintegração. Esta difere do estado primitivo da personalidade por está relacionada a uma defesa ocasionada por atrasos ou falhas ambientais. Por esse motivo, a desintegração é sentida como uma ansiedade que ameaça à continuidade do ser (WINNICOTT, 1945/2000; 1952/2000; 1963a/2007).

frustração poderá acarretar efeitos prejudiciais à criança, tendo em vista que ela ainda não recebeu a proteção familiar, ou ainda, a imunização necessária, em Ferenczi, para reagir ao fracasso ambiental. Mais uma vez, sublinhamos que a conquista da sensação de unidade reflete a crença na presença de alguém que ali esteve e permaneceu.

Na transição para a etapa de dependência relativa, Winnicott (1951/2000; 1953/2019) demarca a existência de um estado intermediário de experimentação do indivíduo entre a sua incapacidade e a crescente capacidade em realizar o reconhecimento da realidade compartilhada, entre o puramente subjetivo e o objetivamente percebido. Esse espaço potencial compartilhado na relação mãe-criança compreende tanto a realidade interior como a vida exterior, por isso, os objetos não são considerados pela criança como parte de seu próprio corpo, mas também ainda não podem ser reconhecidos como separados e pertencentes ao mundo externo. É na inter-relação das realidades interna e externa que se localizam os fenômenos transicionais, apontando para o início das relações de objeto, a partir da experiência da primeira posse “não eu”²³.

Ao alcançar o estado de preocupação primária e oferecer as provisões e cuidados necessários à satisfação do recém-nascido, à mãe proporciona ao filho uma verdadeira experiência de onipotência. Nessas condições, possibilita ao bebê a sensação de que os objetos estão sob o seu “mágico controle”, pois o seio aparece no exato momento em que ele o cria. As provisões ambientais adequadas fornecem a “[...] a *ilusão* de que existe uma realidade externa que coincide com sua própria capacidade criativa” (WINNICOTT, 1953/2019, p. 31, grifo do autor), que torna possível à criança conjurar aquilo que está sendo apresentado na realidade, ao experimentar o cuidado que recebe como se fosse uma criação sua.

Os fenômenos transicionais representam os estágios iniciais do uso da ilusão, momento em que o bebê alucina e a realidade oferece. Por conseguinte, há uma sobreposição entre o que a mãe apresenta e o que o bebê concebe, sendo o objeto simultaneamente alucinado e real. Ao conservar valor e significado para a criança, o objeto possuído contribui com a continuidade de sua experiência, auxiliando a lidar com as ansiedades e sensações depressivas na medida em que avança em seu desenvolvimento emocional. O objeto transicional “[...] é a parcela visível dessa jornada de progresso em direção à experiência” que

²³ Primeiro objeto possuído e adotado pelo bebê que, para um observador externo, “[...] vem de fora, mas não do ponto de vista do bebê. Entretanto, ele também não vem de dentro; não se trata de uma alucinação” (WINNICOTT, 1953/2019, p. 20).

“[...] abre espaço para o processo e aceitação da diferença e da similaridade” (WINNICOTT, 1953/2019, p. 21), possibilitando as capacidades de pensar e fantasiar.

A construção de um espaço potencial compartilhado é o que possibilita a transição da unidade fusional mãe-criança para uma relação com o objeto percebido como separado, aliado ao posterior reconhecimento dos demais elementos que compõem o ambiente externo. Nessa perspectiva, Winnicott (1953/2019; 1967b/2019; 1971/2019) apresenta uma compreensão evolutiva dos fenômenos transicionais para o brincar, passando pelo brincar compartilhado e alcançando as experiências culturais e as tradições herdadas e compartilhadas entre os membros de um grupo, sinalizando, portanto, para a experiência da relação de objeto. Mudanças no objeto da primeira posse quando não realizadas pela própria criança²⁴ ou interrupções em sua representação mental poderão descontinuar a experiência ou destruir o significado dos fenômenos transicionais, podendo colocar em risco a continuidade pessoal da existência do indivíduo, consequência do estado de deprivação²⁵.

Nesse processo, o objeto constitui o símbolo da união entre o bebê e a mãe, representando o encontro satisfatório entre o indivíduo e o ambiente, entre a sensação da existência materna e a sua presença física. Será essa experiência de mutualidade entre a representação psíquica materna e a existência da mãe real que possibilitará o início de uma separação na relação: “[...] a mãe faz uma transição (na mente do bebê), deixando de estar fundida com o bebê e passando a ser vivenciada como um objeto a ser percebido, em vez de concebido” (WINNICOTT, 1967b/2019, p. 156). A imagem interna do objeto apenas é mantida viva psiquicamente quando pode encontrar sua equivalência na realidade, através dos cuidados oferecidos por uma mãe separada e concreta, possibilitando uma separação vivida como recíproca na relação. Em contrapartida, nos estágios iniciais da dependência, o fracasso da representação interna poderá acarretar perda na confiabilidade no ambiente, levando ao brusco desinvestimento do objeto transicional e provocando rupturas aos processos de separação e independência. Observa-se que os processos que contemplam a trajetória do amadurecimento emocional se constituem na relação viva da criança com a mãe-ambiente.

Ao longo desse percurso, espera-se que o indivíduo desenvolva a crescente percepção dos cuidados que a presença materna oferece, permitindo a compreensão e aceitação de um mundo “não-eu” e a sua progressiva capacidade de lidar com a desilusão. Ao

²⁴ “Não é justo para o objeto idealizado (subjetivo, quase) demonstrar sua independência, sua própria separação, sua liberdade do controle onipotente dela” (WINNICOTT, 1965/1994).

²⁵ Caracterizada pelo “[...] estado agudo de confusão pertencente à desintegração da estrutura nascente do ego” (*Id.*, 1967b/2019, p. 157), ocasionando uma interrupção na continuidade da vida; momento em que o objeto símbolo da união mãe-criança perde o sentido.

alcançar o estado de individuação, ele estabelece um tipo de relação com a realidade em que os objetos podem ser utilizados porque são sentidos como separados e indestrutíveis, permanentes no tempo e no espaço (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982). Para tanto, faz-se necessária uma diminuição gradativa das provisões ambientais, oferecendo à criança a oportunidade de lidar com o seu fracasso, tornando possível o reconhecimento e aceitação da vida externa. Muito embora, “para que tudo isso seja possível, é essencial a continuidade (temporal) do ambiente emocional externo e dos elementos particulares ao ambiente físico, como o objeto transicional, ou objetos” (WINNICOTT, 1953/2019, p. 33).

Em condições de desenvolvimento consideradas saudáveis, como consequência da ampliação dos interesses da criança e o gradual desinvestimento do objeto, os fenômenos transicionais se tornam difusos e espalham-se por todo o território intermediário que compreende a realidade subjetiva e a realidade compartilhada, alcançando o campo da experiência cultural. Esse campo estendido se mantém como inerente à arte, religião ou filosofia, passando a incluir o jogo, o sentimento religioso, a capacidade de criação e apreciação artística, que podem ser partilhados através da tendência humana de formação de grupos com base nas similaridades de suas experiências ilusórias. O compartilhamento das experiências comuns entre os membros de um grupo constitui uma característica universal do indivíduo, possibilitando a continuação de uma relação entre a realidade psíquica e o mundo externo (WINNICOTT, 1953/2019; 1967b/2019).

Winnicott (1967b/2019) localiza a área da experiência cultural como uma continuidade do espaço potencial compartilhado na relação inicial mãe-criança, favorecendo, a partir do estado de prematuridade e dependência do recém-nascido, a construção da confiabilidade humana e a capacidade de manter relações com um mundo real. Nesse percurso, a confiança no objeto materno poderá ser alcançada através das experiências compartilhadas na área infinitamente variável dos fenômenos transicionais, possibilitando ao bebê o sentimento de segurança indispensável à continuidade dos processos de separação e individuação.

Enfatizamos a perspectiva intersubjetiva que fundamenta a produção winnicottiana, quando destaca que “[...] não é a satisfação instintiva que faz o bebê começar a ser, a sentir que a vida é real e a descobrir que vale a pena vivê-la” (WINNICOTT, 1967b/2019, p. 159), mas o somatório das trocas que ocorrem nos estágios iniciais de vida, no interjogo entre os movimentos ambivalentes de separação e união vivenciados no vínculo materno-infantil. Para além dos fenômenos relacionados ao funcionamento corporal pessoal ou à realidade do ambiente, os fenômenos transicionais oferecem uma experiência corporal de

reciprocidade e interdependência entre às necessidades do recém-nascido e o manejo sensível e satisfatório da mãe. Por meio da presença adaptativa e dos cuidados dedicados ao bebê, a mãe, sustentada por sua experiência cultural, promove as condições necessárias ao desenvolvimento e subjetivação do pequeno ser.

Nas etapas atravessadas pelo signo da dependência absoluta, a função materna desempenha um papel particular na construção de uma experiência de onipotência por parte do bebê. No entanto, ao contemplar sua necessária desilusão, Winnicott (1965/1994) considera o êxito no funcionamento da família²⁶ e de sua capacidade de provisão de cuidados, ao fazer referência à realização de um trabalho familiar capaz de proporcionar à criança os sentimentos de confiança e ambivalência indispensáveis à transição de um estágio de dependência original rumo à independência. A confiança na família constituiria um ambiente facilitador para os processos de amadurecimento do indivíduo, promovendo a mediação de suas possibilidades de satisfação junto ao mundo externo, bem como uma proteção contra as falhas ou perturbações ambientais excessivas. A progressiva diminuição da ilusão de onipotência confere ao trauma um aspecto normal, à medida que oferece a crescente capacidade da criança de lidar com a desadaptação das provisões ambientais e aceitação da realidade, desempenhando importante função para o desenvolvimento da sua saúde mental.

De outra sorte, o contínuo fracasso do acolhimento parental aliada a falhas significativas na provisão de cuidados poderão provocar impulsos e excitações que ultrapassam a capacidade de tradução e defesa da criança, acarretando a experiência traumática de desestruturação psíquica. Compreende-se que, na mesma direção da noção ferenciana, Winnicott (1965/1994; 1967b/2019) considera a natureza do trauma relacionada à emergência de fatores externos que provocam intrusões ameaçadoras à continuidade do ser, quando ambiente está impossibilitado ou encontra entraves para exercer a sua função protetiva. Em vista disso, o trauma poderá alcançar diferentes significados a depender do estágio do desenvolvimento infantil em que se manifesta, podendo contemplar um modelo de saúde, ao passo em que permite à criança avançar rumo à independência; ou provocar a vivência de desamparo e desintegração narcísica, quando ocorre nas fases iniciais da dependência original. Tal compreensão traumática será analisada ao longo de nosso trabalho, considerando as possíveis articulações entre as matrizes winnicottianas e ferencianas.

²⁶ Inicialmente, a família representa a atitude estruturada dos pais, parentes próximos e irmãos, mas também alcançará o ambiente facilitador proporcionado pelos grupos sociais que futuramente continuarão o trabalho iniciado pelos cuidados parentais (WINNICOTT, 1965/1994).

A presente pesquisa encontra origem em nossa prática clínica com as famílias acompanhadas pelo Instituto da Primeira Infância (Iprede) e objetiva investigar as construções do materno em um contexto de pobreza e vulnerabilidades psicossociais, na intenção de poder contribuir para uma clínica do cuidado materno-infantil. Como apresentado na introdução deste trabalho, a população atendida pela instituição participa de um cenário atravessado por carências e adversidades econômicas, sociais e psíquicas (IPREDE, 2008; MENESCAL, 2018; MOURA, 2014), o qual poderá acarretar limitações ou impedimentos nos caminhos que as mulheres encontram para exercer sua maternagem adaptativa, visto que, com frequência, estas precisam estar envolvidas na luta diária pela realização de suas capacitações inerentes à sobrevivência.

Embasadas na compreensão intersubjetiva, que ressalta a função que o outro humano desempenha nas operações de constituição e desenvolvimento, evidencia-se a necessidade da mãe ou cuidador realizar um trabalho inicial em torno da criança, efetuando a transformação do organismo neurobiológico e propiciando a sua inserção na família e na cultura. Todavia, esse trabalho poderá ser complexificado na medida em que a mãe precisa responder constantemente às imposições de um ambiente que insiste em se fazer importante, podendo acarretar desequilíbrios e rupturas em sua provisão cuidados ao filho, sensação de vulnerabilidade, desamparo e experiência de desautorização subjetiva.

Acreditamos que a assistência e a proteção oferecidas pelo Iprede (que contempla intervenções nas dimensões socioeconômica e psicossocial, proporcionadas tanto às crianças como aos agentes de cuidados) promove o estabelecimento de um vínculo de acolhimento e confiança com as famílias atendidas; e, a partir das ações desenvolvidas e trocas compartilhadas, pode constituir-se como um ambiente facilitador ao possibilitar o sentimento de segurança necessário ao “continuar ser” da mãe e do bebê. Inspirados nesse trabalho institucional, propormos contribuir para uma clínica materno-infantil que possui como balizadores a confiabilidade e a continuidade da oferta de um cuidado sensível à singularidade da experiência subjetiva.

3 OS PROCESSOS DA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA ARTICULADOS ÀS PRODUÇÕES FERENCZIANAS: QUANDO O CUIDADO É CATALIS-A-DOR

As produções ferenczianas evidenciam a compreensão da estruturação psíquica em uma perspectiva relacional, sinalizando para o modo como o seu desenvolvimento ulterior está intimamente relacionado à forma como o bebê foi acolhido. Ao considerar uma necessária adaptação familiar, aliado ao papel fundamental dos cuidados maternos dispensados à criança, o pensamento de Ferenczi introduz a perspectiva intersubjetiva para pensar as relações de objeto, sinalizando para a compreensão de uma subjetividade que se constitui através do vínculo formado com o cuidador (GURFINKEL, 2017/2019; PINHEIRO, 2016b; VERZTMAN; KLEIN, 2018).

A oferta de um cuidado adequado por parte do ambiente pressupõe o trabalho de um cuidador capaz de empatizar e sensibilizar-se com a condição de imaturidade da criança, de modo a mediar a sua relação com o mundo externo. Nessa perspectiva, o desenvolvimento pode ser pensando a partir dos processos de projeção e introjeção, os quais resultarão na vivência do sentimento de onipotência e em sua progressiva limitação, acarretada pela construção dos sentidos de realidade.

Em um período originalmente marcado pela constância perceptual, quando a adaptação do cuidador possibilita ao bebê “escapar ileso” da vivência do desprazer, o reconhecimento do mundo externo é resultado de uma gradativa falha na provisão de cuidados, juntamente com o aumento da complexidade das condições impostas pelo ambiente. Como consequência da impossibilidade da contenção das excitações externas, a criança é impulsionada não só no reconhecimento da realidade, bem como no aperfeiçoamento do simbolismo gestual e surgimento da linguagem verbal. Repetidas falhas nessa etapa limitam bruscamente a onipotência infantil e poderão por em risco uma saúde futura (FERENCZI, 1926/2011).

Em vista disso, para o estabelecimento da vida afetiva e psíquica do indivíduo, considera-se a oferta de cuidados que proporcionem uma “imunização progressiva” da criança aos ataques físicos e psíquicos que participam de sua experiência. Ou ainda, o oferecimento de um cuidado “catalisador”, capaz de auxiliar na metabolização dos afetos e construção sentidos na relação com o mundo. Ambas as metáforas ferenczianas circunscrevem a necessidade de um trabalho empreendido pelo cuidador em torno da criança, na intenção de facilitar os processos relacionados à criação dos sentidos de realidade.

Por mais que o Ferenczi não se dedique especificamente a uma teoria sobre o desenvolvimento infantil, acreditamos que o autor apresenta importantes considerações sobre os processos que envolvem a constituição subjetiva, os quais serão discutidos neste capítulo. Ao longo de nossa investigação teórica, retomaremos algumas situações de nossa prática clínica para pensar as construções e possibilidades de uma maternagem que positiva o desenvolvimento infantil, ao oferecer os cuidados e adaptação necessários ao filho. Ademais, longe da tentativa de propor uma relação equivalência, apontaremos para as situações em que o autor alerta para a possibilidade de vivenciar experiências com valor desestruturante. Por ultrapassar a capacidade de simbolização e integração subjetiva, tais situações poderão colocar em risco o vínculo mãe-criança, acarretando, por vezes, um caráter patológico.

3.1 A introjeção e o contexto intersubjetivo

Sándor Ferenczi (1873-1933), psicanalista húngaro, é responsável por inaugurar na psicanálise o conceito de introjeção, ao propor um modelo de psiquismo em que essa operação se configura como o primeiro e único processo, representando a própria forma de funcionamento do aparelho psíquico. Essa noção é considerada de fundamental importância, pois pôde orientar toda sua produção teórica posterior. Inicialmente, tais ideias foram trabalhadas em “Transferência e introjeção” (1909) e, na intenção de esclarecer as dúvidas suscitadas e avançar na construção de sua metapsicologia, retomadas em “O conceito de introjeção” (1912). Mais adiante, em “O problema da afirmação do desprazer” (1926), o autor aborda a operação introjetiva na intenção de articulá-la junto ao dualismo pulsional e, como resultado, ao desenvolvimento dos sentidos de realidade.

Em sua obra, a introjeção é apresentada como o processo característico do neurótico, consequência de sua tendência em incluir grande parte do mundo externo em sua esfera de interesse, consoante reforça: “[...] descrevi a introjeção como a extensão ao mundo externo do interesse, autoerótico na origem, pela introdução dos objetos exteriores na esfera do ego” (FERENCZI, 1912/2011, p. 209). Na tentativa de compreender a complexidade dos eventos externos e atenuar o peso de suas imposições, o neurótico acaba por absorver parte do ambiente e passa a incluí-lo em sua esfera psíquica, compondo um material significativo para suas fantasias conscientes ou inconscientes. De outra sorte, o paranóico projeta os afetos e sentimentos que nega existir em si e, ao invés de admiti-los como próprios, passa a reconhecê-los no outro.

No primeiro momento da constituição subjetiva, o bebê humano ainda não diferencia os estímulos internos dos provenientes do ambiente, vivenciando uma percepção unitária, monista, das sensações prazerosas e desprazerosas. Originalmente, suas experiências seriam perfeitamente homogêneas, logo, “a distinção entre as coisas ‘boas’ e ‘más’, entre o ego e o meio ambiente, o interior e o exterior, só se estabelecerá mais tarde; estranho e hostil seriam, pois, nessa primeira etapa, idênticos” (FERENCZI, 1926/2011, p. 431). Nesse momento, previamente ao reconhecimento de realidade²⁷, antes de sofrer suas primeiras decepções, a criança acredita possuir uma onipotência incondicional que a permite escapar incólume do desprazer.

Mediante ao ritmo e frequência dos cuidados com a criança, a mãe pode introduzir as marcas da diferença e, tão logo, o monismo cederá lugar para o dualismo pulsional. A criança buscará expulsar todos os afetos que lhe são desagradáveis, atribuindo-lhes ao mundo externo, para conferir a si apenas as sensações prazerosas. Nessa tentativa de defender-se do desprazer, efetua uma primeira operação projetiva ao distinguir o percebido objetivo do vivenciado subjetivo. Para evitar a realidade dolorosa, bastaria expulsar uma parte cada vez maior do ego para o mundo externo.

No entanto, a realidade mostrará que parte do mundo externo não se deixa expulsar, impondo-se à consideração: o ego acaba por absorver uma parte do ambiente, passando a incluí-lo em sua esfera de interesse. A experiência de evitação do desprazer pela via da projeção oferece origem à introjeção primitiva. Nesse processo, as sensações que originalmente foram experimentadas como autoeróticas são deslocadas para os objetos que suscitaram as sensações prazerosas, por exemplo: a mãe se torna objeto de amor por oferecer a saciedade ao aplacar a fome que acarreta extremo desprazer. Tais considerações encontram forte relação com as decisões de atribuição e existência conferidas pela teoria freudiana à função do juízo (FREUD, 1925/2011). O juízo de atribuição consiste em confirmar ou negar a uma coisa uma característica, ou seja, conferir qualidade a algo, na medida em que o psiquismo compreende o que é desprazeroso como algo externo, incorporando a si apenas o que resulta na vivência do prazer. Os objetos considerados bons seriam acolhidos junto ao eu e, em equivalência, os ruins, recusados.

Na tentativa de escapar do desprazer, a negação da realidade penosa representaria uma fase intermediária entre a percepção monista das sensações e o reconhecimento do

²⁷ As etapas do desenvolvimento que conduzem o princípio do prazer ao princípio da realidade, juntamente com o abandono gradual do sentimento de onipotência, investigadas por Ferenczi (1913/2011) em “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” serão discutidas mais a frente.

mundo externo, marcado pela polaridade pulsional. Frente à assimilação do dualismo, o exterior estranho ao ego apenas pode alcançar acesso à consciência quando acompanhado do símbolo da negação, encarregado de suprimir a existência das coisas; em vista disso, “[...] o desprazer não é mais ignorado mas converte-se no conteúdo da percepção sob a forma de negação, de desmentido” (FERENCZI, 1926/2011, p. 433). Aqui, encontramos referência a um modo de funcionamento regido pelo princípio do prazer-desprazer na busca pelo reencontro da primeira experiência de satisfação que muito se assemelha ao mecanismo primitivo da projeção.

Não obstante, o indivíduo compreenderá que a vivência subjetiva do objeto não bastará à satisfação, visto que ele também necessita ser percebido objetivamente. Para a experiência de prazer, não será suficiente somente atribuir qualidade à representação, mas também comprovar a sua existência no mundo externo por um julgamento objetivo. Dito de outro modo: o que se acha no ego como representação também necessita ser submetido à prova de realidade. Como exemplo, retomamos o modelo do chuchar, quando a sensação de prazer (re)experimentada pelo sugar é interrompida pela percepção da fome: a criança constata que a parte do corpo ou o objeto que suga não é capaz de evitar o desprazer que emerge devido à necessidade do alimento. Frente à decepção da vivência do prazer desejado, o bebê é impulsionado a abandonar a tentativa de satisfação pela via da alucinação à proporção que reconhece a realidade e submete-se aos seus imperativos (DAUER; MARTINS, 2015; FREUD, 1905/2006; 1925/2011).

Levando em consideração uma concepção econômica do psiquismo, o reconhecimento do ambiente hostil torna-se possível em detrimento de seu não reconhecimento comportar uma porção de desprazer superior. Como resultado dessa matemática psíquica, diante de uma tentativa de compensação e evitação de um desprazer ainda maior, o menos desagradável torna-se relativamente agradável e pode ser assimilado como prazeroso, favorecendo a ampliação do interesse pelo mundo externo. Essa operação representaria uma última tentativa de interromper a marcha rumo ao princípio de realidade. Portanto, a afirmação de um desprazer representa uma complexa e laboriosa operação psíquica, sendo consequência de uma dupla negação: “[...] ocorre primeiro uma tentativa de negar o desprazer enquanto fato, sendo depois necessário um novo esforço para negar essa negação” (FERENCZI, 1926/2011, p. 433).

Nesse processo de reconhecimento e adaptação progressiva ao mundo externo, o bebê irá aprender que alguns dos objetos bons, por possibilitar satisfação, não pertencem ao seu ego; bem como, perceber que é capaz de produzir em seu interior algo que é vivenciado

como desagradável e ruim. Ou ainda, ao passo que necessitará incluir parte do mundo hostil em seu ego, também admite a renúncia a partes amadas. Em vista disso, Ferenczi (1926/2011) conclui que nos estágios finais do desenvolvimento do indivíduo coexistem os mecanismos de projeção e introjeção, os quais oscilam e compensam-se mutuamente.

Já antes considerava, em correspondência com o exposto, a operação introjetiva como: “o primeiro *amor objetal*, o primeiro *ódio objetal* constituem, portanto, a raiz, o modelo de toda transferência posterior” (FERENCZI, 1909/2011, p. 96, grifos do autor). A transferência encontraria como protótipo a introjeção primitiva, responsável por operar uma fusão entre os objetos de desejo e o próprio eu. O amor ao próximo representa uma extensão do ego, consequência da introjeção, visto que “amar a outrem equivale a integrar esse outrem no seu próprio ego” (FERENCZI, 1912/2011, p. 209); todo amor reflete em sua origem o amor de si. Transferência e introjeção fazem referência a um mesmo processo²⁸, participando em todas as circunstâncias da vida do neurótico.

Assinalamos que o processo de introjeção possibilita uma ampliação, dilatação da esfera dos interesses do sujeito. Através das marcas de prazer inscritas psiquicamente, o neurótico poderá deslocar, transferir seus investimentos, sensações e sentimentos aos objetos encontrados no mundo externo, os quais guardarão uma relação – em maior proporção inconsciente – com suas relações objetais primordiais. A introjeção é, então, resultado de um longo e complexo processo subjetivo. Desta maneira, a introjeção e projeção são compreendidas como processos opostos não somente porque seus vetores operam em direções contrárias, mas principalmente por estarem regidas por metapsicologias distintas. Diferentemente da primeira operação, a projeção constitui-se como um mecanismo de defesa pelo qual um conteúdo psíquico puramente subjetivo é projetado no exterior, tornando-se puramente objetivo (FERENCZI, 1912/2011).

No que diz respeito aos cuidados maternos, compreendemos que a introjeção permite a projeção dos afetos maternos capazes de recobrir a criança, antecipando uma constituição e desenvolvimento que esta ainda não alcançou. Será esse processo psíquico que possibilitará às mães saberem o que se passa com os seus bebês, visto que as interpretações das necessidades de seu filho representam um deslocamento que a mãe empreende de seus próprios sentidos, os quais julga serem da criança. A maneira como o cuidador identifica e

²⁸ Em nota de rodapé ao texto, encontra-se: “O termo ‘transferência’ criado por Freud deve ser conservado para designar as introjeções que se manifestam no decorrer da análise e que visam à pessoa do médico, em virtude de sua excepcional importância prática. O termo ‘introjeção’ convém a todos os outros casos que implicam o mesmo mecanismo” (FERENCZI, 1909/2011, p. 100).

interpreta as manifestações corporais do bebê recorda o mecanismo da transferência, resultado do deslocamento das sensações e sentimentos maternos ao mundo externo.

Em um trabalho onde revisita os conceitos ferenczianos, Pinheiro (2016b) examina que ao sinalizar para o processo de desenvolvimento psíquico pela via da introjeção, Ferenczi (1909/2011; 1912/2011) antecipa o que posteriormente Freud (1914/2010) delimitará com conceito do narcisismo: o complemento libidinal do egoísmo da pulsão de autoconservação pertencente a todo indivíduo. Esse investimento originário proveniente no eu poderá ser posteriormente cedido aos objetos e, em um segundo momento, retornar devido ao desinvestimento do mundo externo. Igualmente, tem-se a ideia ferencziana que aponta para um funcionamento monista que poderá vir a tornar-se dualista. Em ambos os autores, para que se desenrole o desenvolvimento do eu, uma nova ação psíquica deverá ser acrescida ao autoerotismo, na intenção de provocar a mudança da direção pulsional do interior para o mundo externo. Nesses termos, exemplifica-se que, através dos investimentos parentais, o bebê é recoberto com o narcisismo há muito abandonado dos pais, agora deslocados à criança.

Ao destacar a importância que a obra ferencziana atribuiu à montagem e função narcísica do eu, Pinheiro (2016b) considera a introjeção um conceito precursor da concepção freudiana do narcisismo. Salienta que o autor antecipa a compreensão do psiquismo como um aparelho de linguagem, visto que será através da inclusão dos objetos externos na esfera psíquica do eu, que o indivíduo poderá apropriar-se dos sentidos e compartilhá-los em sua relação com o mundo. A operação introjetiva introduz a concepção de uma subjetividade que se constitui a partir do vínculo que o indivíduo estabelece com os outros e com o ambiente, apontando para as dimensões simbólica e imaginária. Para mais, Verztman e Klein (2018) percebem dois aspectos na obra de Freud (1914/2010; 1923/2011) que são tributários das considerações ferenczianas: o primeiro refere-se à concepção intersubjetiva do narcisismo; já o segundo está relacionado ao surgimento do eu como originário do encontro entre o isso e a percepção.

Mediante a inclusão de parte do ambiente, o objeto introjetado funciona como suporte do universo simbólico, carregando para a esfera psíquica suas marcas de sentido. Desse modo, “a introjeção está por traz daquilo que o psiquismo é capaz de produzir: a capacidade de dar sentido ou de se apropriar do sentido, a capacidade de fantasiar e de fazer identificações” (PINHEIRO, 2016b, p. 31-32). Por exemplo, as primeiras identificações do bebê com o cuidador, consequência da introjeção do seio materno, ao oferecerem a experiência de alternância das sensações prazer-desprazer, desempenham a função mediar a relação da criança com o mundo externo, proporcionando uma circulação interna capaz de

articular outros sentidos, que são compreendidos sempre em referência aos traços psíquicos mais primitivos.

Por meio dos objetos que o indivíduo introjeta, ele poderá apropriar-se do sentido que lhe falta e, com isso, estabelece identificações e interpretações aos outros e consigo mesmo, caracterizando a possibilidade de trocas simbólicas. A ampliação de sua esfera de interesse guarda relação com a história de seus objetos de amor internalizados, ou ainda, suas primeiras identificações às figuras parentais, responsáveis por mediar a produção e ampliação do sentido. Consoante Pinheiro (2016b, p. 36): “o objeto tem por função além de ser o portador do sentido que permite a inserção no mundo simbólico, promover o enriquecimento narcísico”. As interpretações de sentido são produzidas pelo deslocamento dos elementos da cadeia de representação, sendo construídas sempre em referência às identificações primitivas com os objetos acolhidos junto ao ego.

Consoante exemplifica Ferenczi (1909/2011), a grande obediência das crianças aos seus responsáveis está relacionada à introjeção das figuras parentais, as quais se tornam mentalmente integradas ao ego e responsáveis pelo estabelecimento de fortes identificações. Nessa perspectiva, a obediência infantil às exigências dos cuidadores, que poderia ser compreendida como sinônimo de desprazer, passa representar fonte de satisfação para aquela que ama seus pais: a criança estaria obedecendo somente a si mesma quando cumpre com a vontade paterna.

Ferenczi (1909/2011) sinaliza para a problemática da manifestação sintomática no paciente neurótico que acarreta a reprodução de afetos inconscientes atualizados na figura do analista, através do deslocamento suscitado por uma identificação: “[...] seus afetos insatisfeitos e ávidos de excitação encontram-se sempre na expectativa de uma ‘transferência’ para pessoas e objetos do mundo externo, a fim de ‘introjetá-los’” (p. 104). Nesse cenário, o analista, assim como o outro semelhante, atua com a “função de catalisador” ao atrair as energias liberadas pelo trabalho em análise, servindo de substituto para que o indivíduo possa reviver seus conflitos recalçados e auxiliando, com isso, na metabolização dos sentidos em sua relação com o mundo. No entanto, enfatiza que a transferência representa apenas um caso particular da aptidão geral que o indivíduo possui para o deslocamento, ou melhor, para a introjeção. A transferência representa o modo de funcionamento do aparelho de linguagem, desse modo, é no vínculo com o outro que se organizam os sentidos de realidade.

Relacionamos a “função de catalisador” a um lugar de facilitação, derivado da concepção do analista como um veículo para o trabalho psíquico, que encontra no paciente a energia indispensável ao processo:

são as forças psíquicas inconscientes de médium que representam o elemento ativo, ao passo que o papel do hipnotizador, que se julgava ser onipotente, reduz-se ao do objeto que o médium aparentemente impotente utiliza ou rejeita, segundo as necessidades no momento (FERENCZI, 1909/2011, p. 104).

Em decorrência da tendência do neurótico à transferência / introjeção, quando atua como um catalisador dos afetos liberados, o analista favorece os movimentos inconscientes de expansão do indivíduo para o mundo dos objetos, acarretando em enriquecimento psíquico. Esse trabalho torna-se possível porque a figura do analista promove a presentificação dos afetos sexuais do indivíduo que, conforme já aprendidos com a teoria freudiana, relacionam-se com personagens que remetem a sua história infantil, embora estejam agora transferidos e atualizados na figura do médico.

Em articulação com o exposto, remetemo-nos a um caso atendido no Iprede durante o curso de mestrado acadêmico, em que o percurso clínico empreendido com criança e sua mãe possibilitou o estabelecimento da transferência. O ingresso de nossa pequena paciente, na época com um ano e dois meses, ocorreu devido à desnutrição adquirida após a experiência do desmame; porém, logo que o baixo peso foi revertido, a criança passou a apresentar atrasos na fala. A partir da realização das sessões, foi possível compreender que o sintoma alimentar da criança sofreu um deslocamento no campo da oralidade, então, passamos a considerar sua produção sintomática dentro de um espectro maior²⁹.

Inicialmente, em decorrência dos primeiros atendimentos realizados com a mãe e a criança, juntamente com o relato da equipe e em prontuário, ambas permaneciam ao canto da sala, momento em que a filha recolhia-se ao peito da mãe que respondia à solicitação de “braços abertos”. A mãe, que apresentava uma fisionomia cansada e pouco falava – apenas quando convocada, oferecia à criança livre acesso ao seio, pois parecia mais fácil “acquietá-la” junto à mama do empreender uma posição que exigisse maior esforço, optando por ficar a maior parte do tempo sentada e limitando-se a observar.

O decorrer dos atendimentos possibilitou à mãe – que anteriormente pouco verbalizava e restringia-se a responder às perguntas referentes ao sintoma de sua filha – falar livremente sobre as mais diversas questões relacionadas com a sua posição subjetiva. Em seu discurso, trazia os conflitos com o companheiro e as dificuldades de uma possível separação, os “problemas” dos outros filhos, o relacionamento com os demais membros familiares, dúvidas, angústias etc., inclusive, passando a solicitar o mesmo atendimento oferecido à filha para outros dois filhos.

²⁹ O caso ora apresentado foi discutido com profundidade e riqueza de detalhes no trabalho de mestrado (DAUER, 2015).

A partir do trabalho clínico com a dupla, foi possível interpretar que, em decorrência do vínculo transferencial que se instalou, a mãe pôde ser impulsionada na produção de uma identificação com a filha, sendo capaz de transmiti-la por meio de seus gestos e enunciados. Por exemplo, em uma sessão, quando repetidas vezes a criança guardou os brinquedos e caminhou em direção à porta, a mãe interpretou que a filha desejava ir embora, pontuou que a sessão ainda não havia acabado, pediu para que a criança voltasse a brincar e retornou ao assunto que estava falando. Em outro momento, ela supõe sentidos e estabelece uma demanda aos gestos e murmúrios da filha, pondo-se a “traduzi-los” junto a analista. Ademais, quando a criança identificou em uma loja no *shopping* os brinquedos que brinca em sessão, a mãe pôde explicar para as pessoas presentes o motivo do interesse da filha pelos objetos. Através das hipóteses criadas no vínculo transferencial, a mãe, apoiada na função desempenhada pelo trabalho analítico, pôde apropriar-se delas e formulá-las a sua maneira, sendo capaz de oferecer sentido às manifestações da criança.

Inspiradas pelo percurso clínico empreendido, juntamente com as proposições teóricas ora investigadas, acreditamos que a teoria ferenciana pode contribuir para uma maior compreensão sobre o trabalho do analista junto aos pais durante o atendimento infantil. Mesmo que Ferenczi não tenha se dedicado especificamente a essas questões, ainda assim, é possível apontar para a importância de um trabalho levando em consideração as articulações que o autor desenvolve, dentre elas, destacamos a ideia do analista como um “catalisador de sentidos”. Em especial, pontuamos o trabalho com a primeira infância, quando a temporalidade exerce fator limitador às funções do desenvolvimento, justificando o caráter de urgência das intervenções do analista junto à criança e sua família nesse período da vida.

Na língua portuguesa, a palavra catálise possui o seu significado vinculado à química e está relacionada a um processo capaz de modificar, no caso, aumentar a velocidade de uma reação, em decorrência da adição de uma substância: o catalisador, que aparece quimicamente inalterado ao final (MICHAELIS, 2015). Na tentativa de correlacionar a definição de catálise à experiência de uma análise ferenciana, pode-se compreender a função do analista como a substância que deverá ser acrescida na intenção de acelerar o processo, ou ainda, possibilitar o alcance e apropriação daquilo que falta ao sujeito e que encontra no outro a sua origem: o sentido.

Por operar como um dinamizador dos afetos liberados, a figura do catalisador faz referência a um trabalho que possibilita a ampliação do simbólico e suas possibilidades de deslizamento, efetuando uma transformação ao estabelecer um circuito interno apto à elaboração de novos sentidos. Ao atuar como um catalisador de sentidos, o analista facilita

os processos de introjeção do paciente, promovendo a abertura polissêmica efetuada na “cura pela fala”. No entanto, as transferências que se atualizam durante o tratamento não correspondem totalmente à figura do analista, mas estão relacionadas aos primeiros modelos introjetivos: “parece no fim das contas, que a criança ávida de amor mas inquieta, receosa, persiste no adulto, e que todo o amor, ódio ou medo posteriores são apenas transferências” (FERENCZI, 1909/2011, p. 106). Logo, ao vincular esses afetos às identificações primárias do paciente, o catalisador deverá estar “inalterado” ao final do processo.

Ao discutir sobre a elasticidade da técnica psicanalítica, Ferenczi (1928b/2011) considera indispensável o “tato psicológico” do analista para a condução de um trabalho psíquico junto ao paciente, isto é, sua capacidade empática, afetiva de “sentir com” o analisando. Frente à indeterminação do psiquismo humano, seria necessária a adoção de algumas medidas de precaução, por exemplo, a escolha do momento oportuno e formas adequadas para oferecer as comunicações ao paciente; atitudes que refletiriam à indispensável paciência e tolerância do analista. Uma interpretação realizada sem tato não seria apenas inútil, podendo ainda acarretar valor patogênico. Essas proposições parecem estar fortemente relacionadas à função do catalisador, conforme sinaliza: “[...] o analista no tratamento deve prestar-se, às vezes durante semanas, ao papel de ‘joão teimoso’, em quem o paciente exercita seus afetos de desprazer” (p. 30). Reforçamos a postura do analista ferencziano de acolher as tensões e resistências que emergem do vínculo transferencial, auxiliando em seu processo de metabolização até que o paciente consiga transformá-las em associ-ações, alcançando o momento da atividade. Será a análise concluída do analista que o auxiliará a propiciar um campo de compartilhamento afetivo capaz de favorecer as expressões e produções de sentidos.

Salztrager *et al.* (2014) recuperam a ideia ferencziana ao sinalizar que o analista oferece a função de suporte necessário ao estimular e dinamizar o trabalho de metabolização de sentido realizado pelo paciente. Essa posição muito difere da prática sugestiva, quando o médico posiciona-se como o detentor da autoridade e da verdade, buscando reafirmá-las a todo instante. Ao contrário, por considerar a capacidade de simbolização do indivíduo, juntamente a transferência estabelecida, o analista contribui para introjeção ao auxiliar na assimilação subjetiva de desejos, valores e sentidos do indivíduo capazes de promover o seu enriquecimento psíquico, que passa a ser povoado por representações atravessadas pela realidade compartilhada. Conforme exprimem os autores: “é nessa função de catalisador que o analista pode, tanto desarticular o caráter unívoco pelo qual o sintoma se organiza, quanto promover a introjeção” (p. 205).

Nesse mesmo contexto, Kupermann (2008) toma emprestada a metáfora ferenciana ao comparar a atitude do analista ao “joão-bobo”, brinquedo que quando empurrado oscila de um lado para o outro, mas tende a permanecer sempre em posição vertical (FERENCZI, 1928b/2011). Ao favorecer a construção de um encontro sensível no vínculo formado com o paciente, o analista se oferece como suporte para as mais intensas manifestações afetivas revividas na transferência, de maneira a positivar uma clínica do cuidado. Será nesse espaço de compartilhamento afetivo situado na relação analista–analizando que as resistências poderão ser ultrapassadas e os sentidos produzidos³⁰.

Retomando o contexto de nossa investigação, podemos exemplificar a função de catalisador a partir do papel que o analista ocupa no trabalho com a criança e seus pais. Através do estabelecimento do vínculo transferencial, o analista poderá atrair os afetos difíceis de serem metabolizados, possibilitando deslocamentos e (re)elaborações das inscrições psíquicas, impulsionando o enlaçamento de novos sentidos na relação. Em decorrência da tendência neurótica em incluir grande parte do mundo externo em seus dinamismos psíquicos, essas simbolizações podem ser introjetadas e transmitidas no vínculo dos cuidadores com a criança. Observa-se que o papel de catalisador está intimamente relacionado às tendências neuróticas à transferência e introjeção, através do qual um sentido pode ser apropriado.

Em nosso caso clínico, sinalizamos para uma transferência que atua em diversas direções: na relação analista–mãe, mãe–criança e criança–analista. Atentando para os excessos ambientais compartilhados na relação materno-infantil (experiências de violências, privações, abandono etc.), a mãe, ao identificar-se com o que foi experienciado no vínculo criança-analista, foi capaz repetir a experiência com a filha. Ou ainda, algo vivenciado durante as sessões foi introjetado pela mãe e seus sentidos deslocados e investidos na sua relação com a filha. Por sua vez, a criança pôde se identificar com os objetos oferecidos pela mãe, introjetando-os em seu psiquismo e ampliando a sua esfera de interesse. Pontuamos a função do analista como catalisador de uma transferência que pôde intermediar as relações dos sujeitos com os seus objetos de amor, possibilitando o trabalho em análise.

A partir da transferência, mãe e criança foram impulsionadas na construção de seus próprios enunciados. Foi justamente no momento em que a mãe supõe que sua filha é capaz de falar e põe-se a ler aquilo que acredita que ela lhe diz, que a criança se apropria da hipótese materna e pode falar-lhe. Acreditamos que ao atuar como um catalisador, a analista

³⁰ No capítulo final de nossa investigação propomos refletir mais a fundo sobre a sensibilidade e a função do analista como um catalisador de sentidos, considerando a qualidade do encontro afetivo que se estabelece na transferência para pensar uma clínica do cuidado.

pôde atrair os afetos liberados na relação mãe-criança na tentativa de impulsionar a produção de uma identificação, empreendendo uma abertura para a construção e deslocamento do sentido, somada à transmissão de seus enunciados pela linguagem.

Em articulação com as ideias desenvolvidas, apoiados no vínculo mãe-bebê, Abraham e Torok (1995) compreendem que a operação introjetiva se efetua ao passo que o vazio original da boca da criança vai sendo progressivamente preenchido pelas palavras. Para tanto, faz-se necessário o trabalho de um adulto capaz de permitir à criança o processo de aquisição da linguagem, pelo qual poderá substituir a presença imperativa do seio, oferecendo a possibilidade de diferenciar-se da mãe. A partir de um trabalho de metabolização do sentido possibilitado pela palavra, a criança é impulsionada na construção e expansão de seus próprios sentidos, mesmo que estes estejam originalmente referidos aos de outrem (SALZTRAGER *et al.*, 2014).

Por considerar a experiência da fome para além da privação alimentar, Martins *et al.* (2020) retomam o trabalho de Abraham e Torok (1995) para pensar o processo das identificações primárias do bebê e a disponibilidade afetiva da mãe. Ao passo que a fome poderá simbolizar um primeiro paradigma para a introjeção, por outro lado, quando o vazio da boca não pode dar lugar à palavra, “[...] a fome se mostra da ordem daquilo que não pode ser introjetado e que deve, portanto, ser forçosamente excluído” (MARTINS *et al.*, 2020, p. 50). Nessa relação de descontinuidade entre a ausência do seio materno e a conquista da linguagem, associam-se as experiências de vazio, silêncio e desautorização subjetiva. A dinâmica introjetiva pressupõe a presença sensível do cuidador somada à qualidade dos investimentos oferecidos, os quais são de importância fundamental para o estabelecimento das fronteiras psíquicas da criança e para a continuidade de seu desenvolvimento.

A cerca do exposto, Gurfinkel (2017/2019) compreende que a originalidade da produção ferenciana está em propor o conceito de introjeção juntamente com a sua articulação à transferência. Exemplifica como uma “fome de objetos” a tendência introjetiva do neurótico, visto que este busca “engolir” uma porção do mundo externo cada vez maior, o que torna o seu eu patologicamente dilatado. Já no extremo oposto, tem-se o paranóico, cujo eu se encolhe na proporção em que projeta no exterior as emoções que lhe são penosas. Portanto, ao descrever o desenvolvimento do Eu como um interjogo entre projeção e introjeção, Ferenczi evidencia o contexto intersubjetivo em que se constitui a personalidade do indivíduo.

Conforme apresentado, na obra de Ferenczi, o desenvolvimento do indivíduo pode ser pensando a partir dos processos de projeção e introjeção, os quais estão estreitamente

relacionados à experiência de onipotência infantil, com consequências diretas sobre a clínica. Na intenção de apresentar as sucessivas etapas que atravessam a sensação de onipotência, resultando na construção sentido de realidade e a conseqüente adaptação as suas exigências, dedicaremos o próximo tópico para a discussão dessas questões, ainda assim, ressaltamos que a compreensão dos conceitos ora mencionados se encontra fortemente conectada.

3.2 O desenvolvimento da criança e a proteção oferecida pelos cuidados maternos: os caminhos dos sentidos de realidade

Em alguns momentos da obra freudiana, encontramos a referência aos cuidados maternos imprescindíveis ao desenvolvimento do indivíduo, os quais desempenham uma participação ativa em sua constituição e estruturação psíquica. Mediante o trabalho realizado em torno do bebê, esses cuidados são capazes de proporcionar a ficção de que o seu desenvolvimento estaria submetido unicamente ao princípio do prazer, desprezando a realidade impiedosa das forças da natureza. Ao retomar essas articulações, Ferenczi (1913/2011) avança com a proposição de que um período regido somente pelo prazer não seria algo tão ficcional, pois teria de fato ocorrido no estado intrauterino.

Antes do nascimento, o feto é totalmente dependente do corpo materno que, quando em boas condições, é capaz de garantir a sobrevivência e satisfação de suas necessidades: proteção, calor, alimento etc. Na situação intrauterina, inexiste uma alternância dos estados de satisfação, não sendo necessário à realização de esforço algum, seja para apoderar-se do oxigênio ou dos nutrientes. A mãe é incumbida totalmente da sobrevivência de seu filho, proporcionando para ele a construção de uma sensação de onipotência absoluta. Por receber constantemente tudo o que lhe é necessário à satisfação, é oferecida “[...] a impressão de ter tudo o que se quer e de não ter mais nada a desejar” (FERENCZI, 1913/2011, p. 48). Essa experiência de onipotência vivida no pelo feto é mantida como memória, acarretando influência à continuidade dos processos psíquicos posteriores³¹.

Para a construção dos sentidos de realidade, frente às imposições do mundo externo, o indivíduo será levado a abandonar a satisfação de modo alucinatório. Ao ser marcado pelas limitações do ambiente, para o alcance do prazer, ele necessitará representar o estado real das coisas na tentativa de efetuar uma modificação no mundo externo. Nesse processo, Ferenczi (1913/2011) descreve o desenvolvimento humano como resultado de

³¹ Constantemente na obra winnicottiana, essas questões são retomadas quando o autor sinaliza para a necessária presença de uma mãe-ambiente ao desenvolvimento saudável do bebê, consoante apresentaremos no próximo capítulo.

sucessivas etapas, as quais já encontrariam início no período gestacional, com a sensação de onipotência incondicional, passando pelos estágios da “força mágica” e da utilização dos “gestos mágicos”, até atingir a capacidade de objetivação, ou ainda, a assimilação entre o pensamento e a ação. Tais etapas acarretarão a gradual limitação da onipotência do eu, no entanto, caso o ambiente ofereça a proteção e os cuidados necessários, os sentidos construídos dificilmente resultarão em experiências violentas para a criança.

Nesse sentido, Gurfinkel (2017/2019) aponta que o pensamento teórico-clínico freudiano é orientado por um princípio regressivo na natureza humana, tendo em vista que todo o desenvolvimento da criança será pautado na tentativa de retornar a um estado inicial mítico, a situação perdida de onipotência, aliada à necessidade reconhecimento e constante adaptação às exigências do mundo externo. Consoante Pinheiro (2016b), o declínio do sentimento de onipotência é consequência da ampliação do mundo e da complexificação das pulsões, sendo a fala o último e mais sofisticado recurso produzido pelo indivíduo frente à tentativa de satisfação. Para Verztman e Klein (2018), os diversos estágios que culminam nos sentidos de realidade se desenrolariam paulatinamente, mas não dizem respeito a fases progressivas que devam ser abandonadas, nem a uma tarefa que se concretizariam completamente, pois a separação em relação à realidade jamais será total³².

Ao fim do período gestacional, juntamente com as transformações ocasionadas no ambiente, o recém-nascido necessita adaptar-se ao novo cenário que compartilha. Na grande maioria das vezes, por contar com a presença de uma mãe empenhada em possibilitar uma vivência de continuidade e quietude, a nova situação não necessariamente se configurará como fonte permanente de desprazer. Sensibilizada pelo choro e agitação corporal do bebê, ela se dedica a atenuar os estímulos do mundo externo na tentativa de forjar um ambiente que se assemelhe ao útero, promovendo a continuação das experiências de satisfação do bebê em harmonia com o mundo externo³³. Essa satisfação é caracterizada pelo reinvestimento alucinatorio dos traços de memória, conforme o modelo proposto na interpretação dos sonhos (FREUD, 1900/2006).

Esse trabalho em torno da criança se torna possível devido à instauração de um vínculo identificatório na relação mãe-criança, que promove a continuidade do sentimento de onipotência do recém-nascido: a partir do reinvestimento do desejo pela via da alucinação, a experiência de satisfação é alcançada pelo bebê sem a necessidade de modificações na

³² Winnicott (2019) dirá o mesmo com relação à fantasia.

³³ Relação com o *holding* e a preocupação materna de Winnicott, conforme apresentaremos nos capítulos que seguem.

realidade, sendo garantida por seu cuidador. É como se os adultos pudessem “adivinhar” as perturbações que acometem o bebê e se encarregassem de resolvê-las, permitindo ao recém-nascido escapar dos estímulos penosos da realidade, por sustentar a permanência da ilusão de uma onipotência alucinatória mágica.³⁴ Em decorrência disso, “[...] a criança é levada a sentir-se na posse de uma força mágica, que é capaz de concretizar todos os seus desejos mediante a simples representação de sua satisfação” (FERENCZI, 1913/2011, p. 50).

Nesse contexto, Ferenczi (1913/2011) associa o estado de sono-sonho como uma tentativa de reproduzir a situação intrauterina, ou ainda, o estado de onipotência mágica, período em que inexistem a interferência dos estímulos externos. O sono representaria resíduos da onipotência alucinatória do bebê que subsistem na vida adulta, com a intenção de assegurar a manutenção de um estado periódico de satisfação, deixando o indivíduo escapar das exigências da realidade, mesmo que durante um curto período.

No cuidado oferecido pelo adulto, Ferenczi (1928a/2011) demarca a necessária adaptação à sensibilidade da criança, imprescindível ao estabelecimento de sua saúde. Para isso, compreender a criança é um primeiro passo, todavia, faz-se importante que os cuidadores alcancem uma boa compreensão deles próprios, para então poderem adaptar-se ao filho. Nessa questão, um obstáculo precisa ser considerado: a amnésia de seus primeiros anos infantis.

Essa adaptação já encontra referência na teoria freudiana, em seus “Três ensaios” (1905) e nos estudos sobre o narcisismo, quando se observa a atitude terna que muitos pais assumem em relação aos seus filhos, identificando-se à criança de modo a atribuir a ela os ideais não cumpridos de perfeição e completude. Mediante a criação de um vínculo particular entre a criança e seus cuidadores, o bebê é recoberto com o narcisismo há muito abandonado dos pais, que agora se atualiza na criança; logo, “as coisas devem ser melhores para a criança do que foram para os seus pais, ela não deve estar sujeita às necessidades que reconhecemos como dominantes da vida” (FREUD, 1914/2010, p. 37)³⁵.

Em decorrência da contenção que o narcisismo dos pais possibilita à criança, Ferenczi (1928a/2011, p. 5) sustenta a ideia da inexistência de um trauma do nascimento, ao compreender que não há “[...] nenhuma mudança nem evolução, na vida, para as quais precisamente o indivíduo estivesse mais bem preparado do que para o nascimento”. Somado às providências fisiológicas do bebê, o instinto dos pais facilita com que a situação do

³⁴ Segundo explicitaremos no próximo capítulo, essa questão inicialmente apontada por Ferenczi (1913/2011) será desenvolvida décadas depois por Winnicott (1945/2000; 1951/2000).

³⁵ Podemos identificar como os trabalhos de Freud e Ferenczi são complementares e o quanto os autores trabalharam em diálogo e cooperação.

nascimento seja experienciada de modo suave, rápida e, portanto, não traumática, representando um “[...] verdadeiro *triumfo* exemplar para toda a vida” (p. 5, grifo do autor)³⁶.

Ainda assim, mesmo recebendo os cuidados adaptativos, dificilmente será possível assegurar ao bebê a manutenção da contenção das excitações externas. Em algum momento, a representação alucinatoria da realização do desejo não bastará para conter o desprazer que emergirá. Para a vivência da experiência de prazer, a criança necessitará suportar o aumento da tensão interna para efetuar uma descarga – ação motora capaz de provocar modificações no mundo externo, por exemplo, a realização de sinais ou gestos especializados que comuniquem ao cuidador o desconforto sentido, possibilitando início ao surgimento da linguagem gestual.

Com a emissão dos “sinais mágicos”, quando encontra o olhar atento e disponível do adulto, o bebê frequentemente alcança a capacidade de transformação da realidade, permitindo a continuidade do seu sentimento de onipotência. Porém, “[...] a onipotência do ser humano está vinculada a ‘condições’ cada vez mais numerosas, à medida que aumenta a complexidade dos seus desejos” (FERENCZI, 1913/2011, p. 52). A proporção em que avança em seu desenvolvimento, o desejo assume formas mais variadas e específicas. Para obter a satisfação desejada, a criança deverá emitir sinais específicos e adequados com o alvo da satisfação, tanto em quantidade como em qualidade. Agora, a onipotência apenas subsiste com a ajuda de “gestos mágicos”, que representam uma espécie de alerta para o ambiente e deverão estar cada vez mais relacionados com objeto ansiado. Com a ampliação do mundo externo, a ilusão de onipotência é sustentada pela interação entre o bebê e o outro, ainda que não seja experienciada como tal pela criança (PINHEIRO, 2016b; VERTZMAN; KLEIN, 2018).

Retornaremos ao caso anteriormente apresentado. O encaminhamento da nossa pequena paciente para os atendimentos de intervenção clínica realizados no setor de intervenção precoce do Iprede ocorreu em decorrência da verificação da ausência de alguns indicadores de desenvolvimento infantil delimitados pelo IRDI – Indicadores de Risco do Desenvolvimento Infantil³⁷. Durante a aplicação do instrumento na instituição, foi possível

³⁶ Conforme será explicitado no capítulo que segue, Winnicott (1949/2000) acredita que a experiência do nascimento é significativa e mantida como memória, no entanto, quando as provisões maternas são adequadas, dificilmente elas acarretam na vivência de intrusões ameaçadoras à continuidade do ser.

³⁷ Lembramos que o IRDI é um instrumento composto por 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. Foi elaborado a partir do contexto da clínica psicanalítica de orientação lacaniana com crianças e bebês, sendo demarcados quatro operações de constituição do sujeito psíquico, que são: suposição de um sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença e ausência (PA) e função paterna (FP). Estas operações originam os quatro eixos de fundamentação teórica do IRDI. (KUPFER; VOLTOLINI, 2008;

observar que a criança apresentava atraso significativo na conquista da fala, as suas brincadeiras ocorriam em silêncio e pouco vocalizava, bem como demonstrava uma procura angustiada pelo corpo materno, com pouca tolerância à ausência da mãe. Ademais, estavam ausentes os indicadores: 17 – Mãe e criança compartilham uma linguagem particular; 20 – A criança faz gracinhas; 26 – A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede; 29 – A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos³⁸.

Embora a mãe questionasse o atraso da fala da filha, respondia às suas solicitações oferecendo o seu próprio corpo. Quando a criança demonstrava alguma inquietação ou reivindicava a mãe em alguma medida, esta costumava acolhe-la em seus braços, oferecendo livre acesso ao seio, desse modo, por ter a boca “cheia de peito”, a filha acalmava-se. Na época, relacionamos a uma dificuldade de enlaçamento da demanda da criança à linguagem em sua função simbólica, na direção de impulsioná-la na descoberta de novas formas de satisfação: o seu desejo era apenas de peito? Mãe e criança pareciam se comunicar por uma via gestual, que, com frequência, significava o mesmo objeto.

Em decorrência da predominância de uma comunicação por gestos, as intervenções realizadas ocorreram na direção de introduzir para a criança a dimensão da linguagem verbal: as brincadeiras ganharam sons, os bonecos tinham nome, gostos, preferências etc.; sendo possível supor sentidos e estabelecer diferentes demandas aos movimentos realizados durante a sessão. Frente à complexificação dos meios e fins de satisfação, as solicitações da criança puderam ultrapassar a equivalência imediata ao seio materno, proporcionando novas relações com o mundo externo. Nesse percurso, a palavra pôde funcionar como intermediária das possibilidades do simbólico, sendo o simbolismo gestual progressivamente substituído pela linguagem verbal, já que “a habilidade dos órgãos da fonação permite reproduzir uma diversidade muito maior de objetos e processos do mundo externo, e fazê-lo de um modo mais simples do que pela linguagem gestual” (FERENCZI, 1913/2011, p. 55).

Ao passo que amplia o seu repertório gestual, a criança aprenderá que, mesmo com o aprimoramento de seus sinais, haverá sempre uma crescente discordância entre a ação realizada e a satisfação pretendida, pois o gesto mágico nem sempre virá acompanhado do

KUPFER *et al.*, 2009). Enfatizamos que o instrumento IRDI não está fundamentado em referências ferenczianas, no entanto, retomaremos os resultados das aplicações, situações clínicas vivenciadas e dados obtidos pelo setor em destaque na intenção de complexificar as articulações teóricas ora desenvolvidas.

³⁸ O indicador 17 está relacionado aos eixos SS e PA; já 20 ao ED; por fim, o 26 e 29 à FP. O caso é trabalhado com maior riqueza de detalhes em minha dissertação de mestrado (DAUER, 2015). Na ocasião, apenas faremos alguns recortes na intenção de estabelecer articulações com a atual pesquisa.

objeto cobiçado. À proporção que o objeto desejado não equivale mais ao gesto mágico, o ser ora onipotente passa a reconhecer as restrições impostas pela realidade, sendo frustrado no alcance de determinadas satisfações, mesmo quando é capaz de reproduzir fielmente as condições que outrora foram eficazes. Segundo indicam Verztman; Klein (2018, p. 88, grifos dos autores): “percebemos que ação, pensamento e alteridade se tornam elementos imbricados na construção de uma subjetividade como uma *realidade outra e nova*, a qual pode suportar intervalos entre o mundo anteriormente dado e o novo sujeito que só é percebido pela existência desse intervalo”.

Em seu desenvolvimento, a criança é impulsionada a efetuar uma operação projetiva, ao distinguir as impressões sensoriais, que considera provenientes do mundo externo, dos conteúdos vivenciados subjetivamente, atribuindo-os a si. Conforme sinaliza Ferenczi (1913/2011, p. 57, grifo do autor): “reconhecer que os nossos desejos e pensamentos estão condicionados significa o máximo de *projeção* normal, ou seja, de objetivação”. Para que possa admitir e absorver o sentido de realidade, ela deverá ter ultrapassado as fases de introjeção, caracterizada pelos estágios de onipotência, alcançando as de projeção, ao ser capaz de perceber que suas vontades e pensamentos estão condicionados à realidade do ambiente.

A incerteza do alcance da satisfação impõe à criança o reconhecimento do mundo externo e a assimilação de sua ordenação. Por exemplo, compreende que certas pessoas podem oferecer um acesso mais rápido ao objeto desejado, logo, passa a direcionar seu “gesto mágico” a essas potências. Como os seus desejos ainda não são tão numerosos e relativamente pouco complexos, as mímicas e palavras infantis possibilitam ao adulto dedicado efetuar a leitura de seus pensamentos, apressando-se em realizá-los. Quando tratada com amor, a discordância percebida entre o universo real e as vontades do pequeno ser não se processarão de maneira drástica. Mesmo frente às incertezas quando à vivência da satisfação, a criança não será obrigada a abandonar totalmente a sua ilusão de onipotência, pois se espera que ela possa contar com o auxílio de um cuidador atento e empenhado em interpretar suas manifestações gestuais e possibilitar a realização de desejo³⁹.

Sob este prisma, Verztman e Klein (2018) registram que a questão do desenvolvimento na ótica de Ferenczi se delinea no plano construído e mediado pelas relações intersubjetivas, através da interação entre o bebê e o mundo, uma vez que a possibilidade de articulação de sentido coincide com a formação do eu e configuração de um

³⁹ Essas articulações estabelecem relação com a concepção winnicottiana sobre o espaço transicional, discutida no próximo capítulo.

sentimento de si mesmo: “[...] realidade e sentindo são dois lados da mesma moeda” (p. 85). Nessa concepção, inexistente um caminho pré-definido que deve ser percorrido pelo bebê, mas que depende de uma espécie de ilusão de criação da realidade que é determinada pelas respostas do ambiente aos anseios infantis, na qual a corporeidade, sustentada pela linguagem gestual, deve ocupar palco principal.

As teorizações ferenczianas acerca do desenvolvimento dos sentidos de realidade influenciaram significativamente a obra freudiana, em especial, no que diz respeito ao trabalho teórico-clínico em torno do narcisismo, auxiliando na compreensão das neuroses narcísicas, das psicoses e dos ditos casos difíceis da prática clínica. Somadas às observações de Pinheiro (2016b) sobre o conceito do narcisismo, Gurfinkel (2017/2019) recorta as articulações presentes em “A pulsão e seus destinos”, as quais, para além do estudo das pulsões, apresentam importantes desdobramentos ao estudo do eu e sua relação com o mundo externo. No texto de Freud (1915/2004), já se enunciaria uma noção de introjeção na proposição em que o eu-prazer busca acomodar junto a si os objetos fonte de satisfação, coincidindo com tudo o que lhe é prazeroso, como afastar de seu interior aquilo que é motivo de desprazer: “o mundo externo é decomposto agora em uma parcela prazerosa, que ele incorpora em si, e em um resto, que lhe parece estranho” (p. 159).

Em suas formulações, Freud (1915/2004) demarca que tanto o amor quanto o ódio, com frequência, está dirigido ao mesmo objeto; no entanto, será nesse movimento de expulsar para o exterior o desagradável que emerge o sentimento de repulsa aos objetos odiados, juntamente com a intenção de destruí-los. O ódio representa a exteriorização da reação de desprazer provocada pelos objetos, estando intimamente relacionado ao mecanismo de projeção. Ao ser percebido como estranho e portador de estímulos hostis, a relação do eu com a realidade externa encontra no odiar o seu sentido primordial.

Ao longo do desenvolvimento subjetivo, após um processo que culminará com o reconhecimento da representação das realidades interna e externa, constitui-se um eu-realidade apto a distinguir os aspectos prazerosos e desprazerosos, bons e ruins, de ambas as partes. Essa compreensão reflete a ambivalência própria das relações humanas, que limita a onipotência do eu e atesta para a presença irreduzível do ambiente. Consoante acrescentam Klautau, Lopes e Leal (2018, p. 64.): “[...] as alternâncias entre estados de prazer e desprazer, satisfação e frustração instauram situações traumáticas que estruturam a organização do psiquismo, funcionando como verdadeiros motores para a constituição subjetiva”.

Nos estágios de introjeção, aliado ao aperfeiçoamento do simbolismo gestual, tem-se o desenvolvimento a linguagem verbal, capaz de proporcionar o acesso mais rápido e

menos dispendioso à satisfação, “[...] a única que permite a adaptação à realidade, retardando a descarga motora reflexa e a liberação do desprazer” (FERENCZI, 1913/2011, p. 55). Nesse processo, o ambiente, que inicialmente ajustava-se ativamente às necessidades do recém-nascido, amplia à proporção que o sentimento de onipotência da criança fracassa, impondo a necessidade da aquisição verbal. A palavra adquire o estatuto específico de tampão para a impossibilidade de completude diante do desejo que nunca cessa, permitindo a adaptação à realidade, ao simbólico (PINHEIRO, 2016b).

Gondar (2010) indica que Ferenczi desenvolve uma teoria muito original sobre o símbolo e a aquisição da linguagem, permitindo positivar o funcionamento de pacientes com dificuldades de simbolização; os quais, sob outra perspectiva de trabalho, seriam compreendidos a partir de um funcionamento subjetivo deficitário. Para tanto, retoma a dupla natureza da linguagem⁴⁰, na intenção de acrescentar que na concepção ferencziana, para além do campo material e representativo, ela seria acrescida por uma terceira dimensão: a estética. Nas palavras da autora:

[...] uma dimensão sensível, na qual se destaca a imagem sensorial da palavra, imagem que não pode ser assimilada nem ao significante linguístico nem ao que é emitido por um aparelho fonador. O que interessa é um certo halo que as palavras possuem, é a atmosfera que delas emana. Para dizer mais claramente: Ferenczi se interessa por aquilo que as palavras transportam de mágico e poético (p. 125).

Ferenczi (1913/2011) compreende a subjetividade como constituída a partir das relações de semelhança entre o corpo humano e o mundo dos objetos, as quais denominam por “relações simbólicas”. Por exemplo, ao se deparar com o mundo externo, a criança vai procurar simbolizá-lo a partir dos recursos que possui, ou seja, estabelecendo relações entre o que sente em seu próprio corpo e aquilo que percebe como exterior a si. A ampliação do interesse no ambiente é consequência do processo de introjeção dos objetos em nossa corporalidade, mediante o qual a criança aprenderá a figurar, por meio de seu corpo, toda a diversidade do mundo, acarretando em significativo aperfeiçoamento da linguagem gestual. Para o alcance de certos estágios da realidade, considera-se a íntima articulação entre a corporeidade em uma figuração simbólica com o mundo externo, conservando a linguagem verbal estreita relação com os gestos corporais (GONDAR, 2010; MARTINS, 2019; VERZTMAN; KLEIN, 2018).

Para além da linguagem ou da capacidade de representar, Gondar (2010) afirma que a espinha dorsal dos processos de simbolização reside na possibilidade de estabelecer

⁴⁰ “Ela é física porque é articulada, porque a palavra, sonora ou visual, tem uma materialidade e faz parte do mundo material. Mas a linguagem também é psíquica em sua capacidade de representar e produzir associações entre essas representações. A linguagem teria assim uma dupla natureza, sendo ao mesmo tempo corpo e psiquismo” (GONDAR, 2010, p. 125).

semelhanças no plano da sensorialidade, a partir das experiências corporais experimentadas: vai-se da dimensão sensível para o sentido. Desse modo, um símbolo apenas pode ser compreendido quando situado no modo de funcionamento do afeto e da sensibilidade. Portanto, é possível postular uma correspondência entre os símbolos e o corpo fisiológico, já que todos “[...] exprimem de uma forma ou de outra o corpo inteiro, um órgão do corpo ou uma função deste [...]” (FERENCZI, 1912/2011, p. 116). Consoante acrescenta Martins (2019, p. 166): “há na palavra uma presença corpórea, ainda que sob a forma de resto ou fragmento”. Por estar intrinsecamente relacionada ao símbolo, a linguagem seria uma das mais importantes possibilidades de relação simbólica, todavia não a única.

Ainda, Verztman e Klein (2018) pontuam a necessidade dos signos comunicacionais serem constantemente criados pela interação corporal e afetiva, por exemplo, será a forma de comunicação íntima e única da relação materno-infantil que possibilitará à mãe saber o que se passa com o seu bebê. A realidade e o sujeito constituem-se mutuamente pelo processo de introjeção, os quais são compreendidos através da produção de um símbolo que engendra possibilidades particulares de sentido. Os sentidos de realidade apenas podem ser apreendidos pelo ponto de vista particular de um sujeito situado e incorporado no mundo.

Ao refletir sobre o papel da narrativa oral na construção de uma memória histórica das experiências marcadas pelo esquecimento ou pelo silêncio-tabu, a exemplo do tema da fome no Brasil, Martins (2019) apresenta as narrativas dos profetas da chuva do sertão cearense para exemplificar o papel do corpo e do símbolo na elaboração e transmissão de testemunhos. Por meio da leitura dos sinais recolhidos da natureza (posição dos astros, ventos, temperaturas, acasalamento dos bichos etc.), aliadas às experiências corporais (dor de dente, calafrios), na tentativa de prever o que está por vir, os profetas produzem um saber que aponta para o futuro, produzindo um conhecimento com valor de uso, transmitido de geração para geração. O trabalho de construção das narrativas proféticas, fruto da interpretação dos enigmas da natureza, demarca uma condição de agentes do destino, por possibilitar “[...] a realização de uma atividade que intervém na coletividade, convidando outros a também passarem à condição de sujeitos atuantes e transformadores” (p. 158).

Diante da imprevisibilidade do tempo, as experiências de profecia da chuva circunscrevem modos particulares de olhar o mundo, apontando para as diversas leituras que se originam dos sinais que são partilhados pela comunidade. Através da observação sensível do espaço natural, que considera os afetos corporais, os profetas conferem sentido aos fenômenos da natureza a partir dos diferentes modos de subjetivação dessas experiências.

Como exemplo, remetemo-nos a fala do profeta Antônio Lima (2006), retomada por Martins (2019, p. 159):

aparece tanta coisa quando é pra chover: aparece dor de dente quando a terra de revolta, um reumatismo nos ossos, nas pessoas aquela dor, (o corpo vai sentindo) quando a terra muda pra outro clima; a terra ela agride o homem, ela destrói tudo, tudo é destruído por ela.

Observa-se como a dimensão do sensível faz-se importante para compreender a construção do símbolo.

Em nossas articulações, destacamos que a perspectiva ferencziana apresenta a concepção de uma subjetividade que se constitui progressivamente, na medida em que o sentimento de onipotência da criança é circunscrito pela ampliação dos sentidos de realidade, impondo à consideração não apenas o peso dos acontecimentos, mas também uma lógica circunstancial. A compreensão do desenvolvimento do indivíduo pode ser inserido em uma cadeia de sucessivas frustrações relacionadas à ampliação do desejo, juntamente com o reconhecimento da onipotência das forças da realidade, as quais impulsionam adaptações e mudanças, ou ainda, a necessidade do recalçamento; sinalizando para a noção de traumatismos estruturais que produzem efeito organizador do psiquismo.

Enfatiza-se a importância da oferta de um cuidado acolhedor e mediador de sua relação com o mundo externo, de modo que à passagem das fases de projeção para as de introjeção ocorram sem quebras abruptas ou significativas ao sentimento de onipotência infantil. Contudo, Ferenczi (1926/2011, p. 438) concebe que o último estágio de desenvolvimento implica uma oscilação entre os processos de introjeção e projeção, “[...] como o período em que os dois mecanismos são utilizados em partes iguais e compensam-se mutuamente”, não operando, portanto, uma superação ou ultrapassamento entre eles. À vista disso, a onipotência não é ultrapassada, mas se sofisticada com a realidade, de maneira a preservar certa forma de ilusão, a capacidade de sonhar e de ter esperança.

Conforme evidenciaremos ao longo de nosso trabalho, a compreensão de um trauma que participa da estruturação psíquica também está intrinsecamente relacionada às ideias winnicottianas, sinalizando para a importância de considerar a qualidade do vínculo com o ambiente para a compreensão do amadurecimento emocional da criança. Para Ferenczi e Winnicott, o caráter patológico de uma experiência traumática pressupõe uma tanto uma dimensão temporal como a não adaptação e manejo por parte do ambiente. As possíveis relações entre as matrizes winnicottianas e ferenczianas serão analisadas mais adiante.

3.3 Confusão de línguas e desautorização: o traumático em Ferenczi

Ao passo que se refere a uma situação em que a adaptação do casal parental é adequada, tornando a situação do recém-nascido tão agradável quanto possível, Ferenczi (1928a/2011) sinaliza para outras experiências em que o cuidado dos pais parece falhar com mais frequência, podendo acarretar traumatismos ao psiquismo. Esses eventos não são puramente de ordem fisiológica, mas representam importantes “mudanças psicológicas”, pois dizem respeito ao ingresso da criança na sociedade humana, estando intimamente relacionadas à dificuldade de reconhecimento por parte dos adultos da sexualidade infantil.

Quando a prudência e adaptação dos pais à criança, mais extensivamente, as condições que sustentam esses pais, são insuficientes para operar uma mediação e catálise entre as pulsões infantis e o mundo externo, Ferenczi (1928a/2011) alerta para as consequências das experiências do desmame e do treinamento de asseio pessoal, cujos danos podem acarretar traços profundos no psiquismo, resultando em efeitos prejudiciais sobre toda a vida da criança e podendo alcançar potencial traumático desagregador. Como consequência da dificuldade de realizar a operação introjetiva, essas situações poderiam produzir o trauma ao submeter precocemente à criança a um modo de funcionamento que ela ainda não compreende, impondo modificações em seu aparelho psíquico que ultrapassam em muito suas possibilidades de metabolização. Em vista disso, recomenda que os pais e cuidadores observem e avaliem as dificuldades do filho, na intenção de mediar o seu desenvolvimento sexual junto às exigências civilizatórias. Consoante explicita:

Mas se soubermos ao que nos ater sobre isso, e tratarmos as crianças com prudência, permitindo-lhes que ajam até um certo ponto de acordo com seus impulsos, oferecendo-lhes, por outro lado, a possibilidade de sublimá-los, então o caminho será para eles muito suave, e apreenderão a orientar suas necessidades primitivas no rumo da utilidade (Ferenczi, 1928a/2011, p. 8).

Na passagem da primeira infância à civilização, com frequência, em decorrência à amnésia dos adultos de seus primeiros anos de vida, as tendências sexuais autoeróticas são consideradas “maus hábitos” e, por isso, negadas e duramente reprimidas. No entanto, como assinala Ferenczi (1928a/2011), a criança possui necessidade do reconhecimento de sua sexualidade, bem como da função libidinal que seu órgão genital carrega. Por não ter sua função erótica reconhecida, ela sente-se reprovada pelas sensações que experimenta, acarretando um abismo entre pais e filhos, em que os primeiros constituirão sempre em um ideal inacessível. Ao imporem à criança o desprezo por suas próprias experiências físicas e psíquicas, os pais coagem-na a aceitar tudo em confiança. É uma infelicidade para a criança

quando ela descobre que foi iludida e enganada; assim como, essas vivências poderão acarretar impasses aos processos de simbolização e constituição psíquica.

Mediante explicitado no tópico anterior, a concepção ferencziana vai propor a existência de acontecimentos traumáticos inevitáveis e indispensáveis à estruturação e organização psíquica, por empreenderem mudanças necessárias ao aparelho e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do indivíduo. Em contrapartida, nas situações em que o evento traumático não pôde ser integrado ao psiquismo, o trauma se torna desestruturante, acarretando em uma experiência de violência. Embora a nossa intenção seja seguir por um caminho que positiva o desenvolvimento do indivíduo, acreditamos ser importante pontuar as concepções ferenczianas acerca do traumatismo desagregador, cuja marca patente é a desestruturação do psiquismo. Essa compreensão será válida para ajudar a pensar um trabalho com as mães e suas crianças em situações de vulnerabilidades psíquica e social, sobre o qual nos dedicaremos nos próximos capítulos.

Ferenczi (1933/2011) compreende que a situação traumática pressupõe uma determinada ordem temporal dos eventos e de seus personagens. Apresenta como modelo a figura da criança desamparada frente à experiência de uma violência que ultrapassa a sua capacidade de simbolização, provocando desorganização e desestruturação subjetiva. Essa experiência traumática é resultado de uma confusão de línguas entre a sexualidade da criança, pré-genital, e a do adulto, genital, podendo estar relacionadas às seduções normalmente incestuosas ou mesmo ao abuso sexual. Por ser precocemente exposta a uma complexidade característica do mundo adulto, para a qual não encontra meios para atribuir sentido ao que foi vivido, o excesso impossível de ser metabolizado pela criança poderá provocar um verdadeiro curto-circuito em seu psiquismo, acarretando entraves no processo de simbolização e alcançando um caráter patológico, fruto da instalação da situação de desamparo e abandono.

Em “Reflexões sobre o trauma”, Ferenczi (1934/2011) relaciona o “choque” sofrido pela situação traumática à aniquilação do sentimento do si, desencadeando a angústia como consequência imediata ao sobrevir uma situação desprazerosa sem preparação. Na tentativa de opor resistência e construir uma defesa, o indivíduo poderá responder afastando-se da causa da angústia (reação aloplástica) ou produzindo uma representação da situação traumática, em uma tentativa de captura pela via da simbolização. Simultaneamente, também poderão ser produzidas “reações substitutivas” na intenção de eliminar ou afastar situações semelhantes a do trauma. Essa reação também é aloplástica, mas já alcançaria os processos primários.

Juntamente com a ação psíquica de comoção traumática, Ferenczi (1934/2011) evidencia o comportamento de incompreensão dos adultos em relação à criança que sofreu a ação: “a criança é *punida*, o que, entre outras coisas, age também sobre a criança pela enorme injustiça que representa” (p. 127, grifo do autor). No esforço de decodificar o sentido do que lhe foi prematuramente endereçado, as reações dos adultos pelo silêncio são igualmente deletérias, “[...] que tona a criança tão ignorante quanto se lhe pede que seja” (p. 127). O choque traumático não é consequência apenas da violência sofrida, mas principalmente da reação de indiferença ou da negação do adulto que invalida o sofrimento infantil.

Em “Confusão de línguas”, Ferenczi (1933/2011) destaca o papel que o outro desempenha na estruturação psíquica ao apontar para função de interprete que a mãe opera ao traduzir as experiências infantis. Entretanto, Miranda (2012) lembra que esta tradução não equivale a uma correspondência completa, deixando sempre algo “de fora”, faltante. Em um momento muito inicial, quando a criança ainda não é capaz de efetuar uma distinção entre as realidades interna e externa, o balizamento materno funcionará como âncora que irá constituir sua capacidade de distinguir fato de ficção.

Sabe-se das consequências de significativas falhas nesse processo, contudo, os prejuízos se agravam quando ocorre a falta de reconhecimento e validação da experiência da criança. Por necessitar da confirmação do olhar do outro para poder simbolizar a cena que viveu, ao sofrer uma ação que é desacreditada pelo adulto, a verdade da criança entra em descrédito, “[...] é como se virasse âncora solta” (MIRANDA, 2012, p. 46). O descrédito sofrido ultrapassa o fato e atinge toda a sua estrutura narcísica, não apenas a ação que é desqualificada, mas toda a criança. O sujeito que deseja ser reconhecido pelo outro, perde a capacidade de inscrever e falar sobre a cena que lhe ocorreu, que ficará como inqualificável para si. Nesse sentido, Knobloch (1998, p. 50) acrescenta: “a violência do choque é dada pela incompreensão devida à confusão de língua entre o adulto e a criança”.

Para Klautau, Lopes e Leal (2018) e Pinheiro (2016b), o adulto da paixão está referido à linguagem do exagero ou abuso, desqualificando a posição da criança e não a reconhecendo como diferente de si, promovendo-a a condição de igual. De outro lado, encontramos a ternura da criança, em um estágio anterior à genitalidade, que ainda não conhece o universo da loucura desmedida da paixão. A confusão de línguas se estabelece quando as respostas do adulto às manifestações da criança ultrapassam a linguagem da ternura e invadem a criança com a sua genitalidade, impondo excitações excessivas ao pequeno sujeito despreparado para essas sensações.

A imposição da paixão à ternura acarreta um descrédito à promessa do objeto introjetado. Quando isso acontece, as fantasias inconscientes de sedução em relação ao adulto podem se confundir com a realidade, acarretando forte sentimento de culpa na criança vítima da violência. A criança traumatizada poderá sofrer uma clivagem psíquica de extensão variável capaz de preparar o terreno para a instalação de uma atitude de passividade marcada pelo amor e pela submissão excessiva, aliada à intensificação do sentimento de angústia. Na tentativa de se defender como pode dos intensos sentimentos de desprazer, a criança abandona uma parte de si para preservar sua integridade psíquica (KLAUTAU; LOPES; LEAL, 2018; MENDES; FRANÇA, 2012).

Ferenczi (1931/2011; 1933/2011) aponta a identificação com o agressor como um dos principais efeitos da traumatogênese sobre a subjetividade. Diante das seduções incestuosas do adulto, a criança percebe-se sozinha e imersa na mais profunda aflição. Como consequência da agressão e por medo de cair em abandono, aliada a falta de defesas para se proteger dos exageros passionais, a criança é obrigada a cindir-se para se sobreviver. A clivagem narcísica promove a cisão do psiquismo infantil em duas metades que não estabelecem contato entre si. Uma é tomada por um súbito amadurecimento, podendo adquirir precocemente características da vida adulta e, na tentativa de tornar o abandono nulo e sem sequelas, passa a desempenhar a função de cuidados. Essa parte onipotente que “sabe tudo, mas nada sente” repercute na estrutura psíquica da criança impossibilitada de exercitar sua autenticidade e estabelecer seus investimentos desejantes, oferecendo extrema submissão e obediência às agressões e estímulos externos. Já a outra metade se tornará eternamente ferida, abandonada e incapaz de desenvolver-se plenamente. A identificação com o agressor representa uma defesa necessária à criança para que esta continue obediente e amorosa com os adultos violentos, visto que, frequentemente, eles são provedores de seu sustento físico e emocional (FRANÇA, 2015; KUPERMANN; MARTINS 2017; KUPERMANN, 2019a; 2019b; PINHEIRO, 2016b).

Por não reconhecer o estado de desamparo e dependência infantil, em decurso de um tratamento desprovido de tato, a relação do adulto com a criança pode atingir efetivamente o caráter traumático, culminando na confusão de línguas que produz a perda da confiança do indivíduo imaturo e a conseqüente incorporação do objeto do qual ele não poderá mais renunciar. Simultaneamente à identificação com a imagem do adulto transgressor, também se introjeta o sentimento de culpa daquele que a ameaça ou a agride, sendo assim, a criança não só cometeu um ato horrível, como também merece punição severa por um erro que desconhece. A imposição prematura e desmedida de formas de amor

passional em um ser que ainda desfruta do nível da ternura poderá provocar as mesmas consequências patógenas da privação de amor (FERENCZI, 1931/2011; 1933/2011).

Pinheiro (2016b) relaciona toda a responsabilidade da desestruturação psíquica ao momento em que a criança é desacreditada. De outra sorte, o oferecimento de credibilidade à cena narrada tornaria o trauma estruturante. É o descrédito do adulto de confiança à experiência relatada pela criança que torna impossível a introjeção. Frente à incapacidade de realizar a introjeção, a criança mergulharia:

[...] em um desespero que levaria ao abandono do objeto idealizado. Para não abandonar seu objeto tão amado, a criança se dispõe a se clivar. Nessa clivagem, uma parte dela própria é destruída. Com isso, não caberá culpa ao adulto que de fato a sentiu. É mais suportável para a criança tornar-se ela própria a culpada, a ter de abrir mão do adulto idealizado (p. 126).

A clivagem da personalidade representa uma forma privilegiada de lidar com o trauma, no entanto, resulta em manifestações de desorientação psíquica em que a criança vivencia uma ambivalência ao se perceber, simultaneamente, inocente e culpada, perdendo a confiança no testemunho de seus próprios sentidos (FERENCZI, 1933/2011). A tentativa de encobrir a percepção traumática resulta em uma atitude de passividade psíquica que poderá abrir caminho para a repetição compulsiva e estereotipada do abuso sofrido. Mendes e França (2012) relacionam o empobrecimento do brincar, dos processos criativos, das fantasias e a inibição da capacidade de pensar das crianças à diminuição da atividade psíquica, resultado da repetição do trauma.

Frente à compreensão do processo de clivagem como um recurso defensivo primordial, Klautau, Lopes e Leal (2018) apontam para o seu potencial de criação a partir da autodestruição, comportando simultaneamente a fragmentação e a recriação. Nessa perspectiva, a destruição de parte de si em razão da autoconservação psíquica cumpre uma função protetiva, estando a morte em serviço da vida: matar parcialmente para manter a integridade do eu.

Diante do enfoque na constituição psíquica articulada à temática da fome, Kupermann e Martins (2017); Martins e Kupermann (2017a; 2017b) e Martins *et al.* (2020) refletem sobre o abandono traumático produzido pela indiferença ou negação do cuidador quando, mediante uma vivência de dor e sofrimento, o indivíduo não encontra reconhecimento. Inspirados por um contexto de vulnerabilidade psicossocial, sobretudo no trabalho clínico-institucional com crianças desnutridas, os autores evidenciam as relações entre traumatismo, vergonha e desautorização.

Em um estudo que objetivou identificar o lugar do brincar para a constituição do sujeito psíquico nas crianças assistidas pelo Iprede, utilizando como método a realização de

entrevistas semiestruturadas com a criança e seus cuidadores sob a orientação da Avaliação Psicanalítica aos Três Anos, revelou-se que as brincadeiras, jogos e falas das crianças e seus pais podem apontar para impasses estabelecidos na relação cuidador-criança (MARANHÃO; MARTINS, 2016). Essas dificuldades foram evidenciadas a partir da observação de alguns sintomas clínicos⁴¹ da criança, por exemplo, inibição e passividade nas brincadeiras, manuseio mecânico dos brinquedos, pobreza de vocabulário e comunicação precária. Muitas brincadeiras apresentaram a temática da alimentação, encenando atos de alimentar e ser alimentado. As autoras acreditam que essas brincadeiras guardam relação com o motivo pelo qual as crianças são acompanhadas na instituição, ressaltando a função que o brincar pode oferecer à elaboração de experiências traumáticas, dentre elas, a fome e a violência⁴².

Outro possível resultado da clivagem psíquica é descrito por Ferenczi (1933/2011) com o fenômeno da progressão traumática ou prematuração. Como consequência do choque traumático, a criança que sofreu a agressão poderá amadurecer precocemente, despertando, tanto no plano emocional como no intelectual, emoções que só deveriam se manifestar na idade adulta: “[...] as faculdades potenciais para o casamento, a paternidade, a maternidade, faculdades virtualmente pré-formadas nela” (p. 119). Para exemplificar as defesas pós-traumáticas, o autor utiliza a metáfora dos frutos que ficam maduros rápidos demais quando feridos por um pássaro: bonitos por fora, porém apodrecidos e destruídos por dentro.

Nesse ponto, recordamos que as crianças ingressam no Iprede em decorrência de quadros de desnutrição. Sem a intenção de desprezar os modos específicos do enlaçamento materno que podem repercutir nas produções sintomáticas alimentares infantis, nem as situações de desamparo ou humilhações que os cuidadores podem ter experimentado, ficamos nos perguntando até que ponto a conjuntura da fome não acarretou o amadurecimento precoce das mães na vivência de certas experiências, por exemplo, no âmbito da sexualidade. Parte das mães atendidas na instituição ingressou nos primeiros relacionamentos afetivos e engravidou ainda durante a adolescência (MENESCAL, 2018; MOURA, 2014).

Em “A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte”, Ferenczi (1929/2011) sinaliza para o modo como o acolhimento materno pode repercutir na economia narcísica da

⁴¹ Os sintomas clínicos estão fortemente relacionados com impasses no desenvolvimento psíquico da criança, podendo constituir-se em neuroses patológicas (JERUSALINSKY, 2008).

⁴² O trabalho de Maranhão e Martins (2016) oferece continuidade aos estudos iniciados há mais de uma década no Iprede sobre os efeitos das problemáticas alimentares, da situação de pobreza na infância e os processos de subjetivação na contemporaneidade (MARTINS *et al.*, 2011). A continuação dessas pesquisas resultou ainda no trabalho sobre as problemáticas alimentares na primeira infância e suas relações com os processos de constituição psíquica, em especial, a partir da operação que envolve o estabelecimento da demanda, analisados a partir do instrumento Avaliação Psicanalítica aos Três Anos (*Id.*, 2016).

criança. Os sinais de aversão, raiva ou impaciência da mãe podem traduzir-se na criança em pessimismo, desconfiança, ou ainda, desinteresse da vontade de viver. Desse modo, “se não há um efetivo reconhecimento das qualidades e do valor da criança e de suas ações, como resposta, esta também não desenvolve esses sentimentos para consigo própria e lida desde cedo com um sentimento de não existência” (MARTINS; NEVES; DAUER *et al.*, 2018, p. 274), ficando abandonada à angústia da situação traumática.

Quando acolhida amorosamente, “a criança deve ser levada, por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção, pois, caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação” (FERENCZI, 1929/2011, p. 58). Sobre a importância do acolhimento, Altoé e Jorge (2014) salientam que o amor e o desejo do Outro parental investidos na criança cultivam a sua vontade de viver, possibilitando o florescimento das pulsões de vida. Não obstante, lembramos que os cuidados maternos estão submetidos a uma realidade que ultrapassa o contexto familiar, estando referido à lógica de um funcionamento social que desprotege grande parte da população e, por extrapolar as possibilidades de ação do sujeito socialmente excluído, poderá acarretar o desamparo social⁴³ (ROSA, 2002).

Faz-se indispensável considerar a carência de ações governamentais nas áreas de saúde e educação à população que se encontra à margem do alcance integral das políticas públicas, reforçando os processos de segregação e abandonando o indivíduo em uma solidão de exceção. Essas vivências poderão provocar o silenciamento e invisibilidade dos sujeitos, desalojando-os de sua história pessoal, sociocultural e política (KOLTAI, 2012; ROSA, 2002). Em contrapartida, o sentimento de pertencimento a uma rede de apoio comunitário poderá favorecer o reconhecimento subjetivo dessas famílias, relativizando as experiências de desamparo e positivando o cuidado oferecido aos filhos (MARTINS *et al.*, 2011). Essas questões serão retomadas nos próximos capítulos para pensar o exercício de uma clínica institucional nesse contexto.

Será o cuidado materno que irá possibilitar uma “imunização progressiva” da criança aos “golpes” sofridos, oferecendo um tratamento das experiências traumáticas e desenvolvendo uma capacidade elaborativa (FERENCZI, 1929/2011). Essa imunização pode ser simbolizada pela realização de um trabalho de adaptação por parte da família, na intenção de proporcionar acolhimento às necessidades físicas e psíquicas do bebê. Portanto, “[...] uma

⁴³ Consequência da desproteção de uma parcela da população que é impedida de acessar os recursos institucionais que compõem a estrutura social, tais como saúde, educação, moradia, trabalho, segurança etc. (ROSA, 2002).

criança, que não chegou ainda ao seu pleno desenvolvimento, é incapaz de suportar a solidão, se lhe falta a proteção maternal e considerável ternura” (FERENCZI, 1933/2011, p. 118).

Consoante Ferenczi (1929/2011), as crianças que não foram acolhidas e protegidas com amor poderão desenvolver uma capacidade de adaptação insuficiente, gerando precocemente um sentimento de pessimismo e desgosto pela vida. Nessas condições, observamos a referência a uma atividade parental que oferece uma espécie de imunização progressiva necessária à constituição subjetiva do filho, ao administrar repetidas doses de cuidados. Por realizar uma mediação da relação da criança com o mundo, favorecendo o tratamento das experiências que excedem as possibilidades de simbolização, a oferta do “bom-acolhimento” em muito se assemelha a função do catalisador de sentidos. Essas relações serão profundadas no último capítulo de nossa investigação.

Conforme mencionado, no nosso campo de investigação, as crianças atendidas produzem sintomas nomeados pelo signo da desnutrição, em especial, a partir de recusas alimentares. Em algumas situações, acreditamos ser possível que esses sintomas sinalizem para uma memória corporal do modo como a criança foi acolhida, ou ainda, as dificuldades que atravessaram esse acolhimento (MARTINS; NEVES; DAUER *et al.*, 2018). Essas expressões que se fazem notar no corpo podem representar “verdadeiras recordações” de um passado vivido, difícil de ser contido e ligado sem um auxílio ou suporte elaborativo (KNOBLOCH, 1998).

Apresentamos um caso atendido na instituição em que os cuidados maternos apontavam para uma precariedade, pois além do perceptível baixo peso do bebê⁴⁴, por vezes, mãe e criança compareciam à instituição sem realizar a higiene pessoal e vestindo roupas bastante puídas. Certa vez, a criança possuía tantas mordidas de insetos distribuídas pelo rosto e corpo que provocou preocupação e comentários de diversas outras mães, as quais davam sugestões para a mãe do bebê de como ela deveria protegê-lo e cuidá-lo. Nesse contexto, ela relatou que o pai da criança já havia comprado um véu para evitar as mordidas, mas, repetidamente, esquecia-se de colocá-lo⁴⁵. A mãe mostrava passividade nos cuidados com o filho, segurava a criança no colo, mas remetia a um segurar “frouxo”, passando a impressão de que o bebê poderia escorregar a qualquer momento. A criança também se mostrava extremamente silenciosa, quieta, não havendo troca de olhares e gestos com a mãe.

⁴⁴ Na época, com dois meses de vida, o bebê apresentava um alarmante estado desnutricional que culminou com sua internação por um período de aproximadamente dois meses.

⁴⁵ Semelhante o fruto que se torna maduro rápido demais quando ferido pelo bico de um pássaro (FERENCZI, 1933/2011).

Em decorrência da dificuldade de recuperar o baixo peso, a equipe de trabalho supôs uma dificuldade materna em alimentar o bebê conforme era orientada, interpretando que “a mãe poderia não conseguir perceber quando a criança tinha fome”. Muito embora, uma escuta analítica da mãe poderia complexificar o que se observa fenomenicamente sob o signo da desnutrição, indo para além de um julgamento de negligência ou abandono. Porém, quando questionada, ela garantia que o filho comia tudo e sempre queria mais. Não nos aprofundaremos nos desdobramentos do caso, pois a nossa intenção é sinalizar para o modo como o acolhimento e narcisismo maternos repercutem na economia narcísica da criança, visto que a partir do baixo peso, o bebê parecia caminhar em uma direção ao seu desaparecimento, dando a impressão de ter perdido precocemente o gosto pela vida (FERENCZI, 1929/2011).

Como a criança ainda não dispõe de recursos para significar o que está se passando, busca na identificação com o adulto encontrar o sentido por ele atribuído. Nesse confronto da criança com o mundo adulto, a violência do choque pode ser resultado de uma incompreensão pela confusão de línguas, acarretando o fator patogênico ao trauma. Ao negar algo que tenha acontecido à criança, afirmando que nada se passou, o adulto inviabiliza a inscrição psíquica do evento traumático. Essa “afirmação denegativa” a partir dos movimentos pulsionais da criança coloca em dúvida não só o fato da realidade, mas própria existência daquele que experienciou (KNOBLOCH, 1998).

Tomando a figura da criança desamparada frente a uma experiência de violência sexual, Kupermann (2016) e Kupermann e Martins (2017) consideram que a situação traumática se desdobra em três diferentes tempos. No primeiro, o tempo do indizível, o pequeno sujeito busca auxílio e reconhecimento do outro de referência para significar uma experiência dolorosa e disruptiva. O segundo tempo, de testemunho, ocorre com o encontro da criança com a sensível presença do cuidador capaz de ajudá-la na interpretação e construção de sentidos para uma experiência até então paralisante e apassivadora, transformando-a em atividade simbólica. O terceiro tempo ocorre quando, ao invés de encontrar acolhimento, a criança depara-se com o silêncio, descrédito do outro que nega o seu sofrimento, promovendo a desautorização da vivência e, conseqüentemente, do próprio sujeito. O trauma propriamente dito é referente a este último, o tempo da desautorização, representado pelo abandono traumático produzido pela indiferença.

Kupermann e Martins (2017, p.151) enfatizam a escolha pelo termo “desautorização” por considerar que aqui se encontra em jogo “[...] a desapropriação subjetiva imposta ao sujeito em estado de vulnerabilidade pelo encontro traumático [...]”. Por não

encontrar reconhecimento no outro, mas sim a negação de sua experiência de sofrimento, a própria percepção da violência sofrida é deturpada, podendo se transformar em seu inverso: ser incorporada pelo sujeito, acarretando sentimentos de culpa e punição. A esse processo, os autores relacionam as segregações do racismo e antissemita, a fome etc. Ademais, ao proporcionar modos de expressão, consideram a escrita de testemunho um recurso de trabalho psíquico na tentativa de sublimação da experiência traumática vivida, que também desempenha importante função social de maneira a promover a divulgação e sensibilização de uma comunidade ao “[...] narra o impossível, expondo as fraturas da representação frente ao horror e à catástrofe” (MARTINS; KUPERMANN, 2017a, p.201).

Ao desautorizar uma experiência de sofrimento, promove-se o apagamento da representação ao nível do sujeito. Ele é destituído daquilo que lhe é mais próprio, acarretando a perda da convicção em sua percepção dos fatos e, conseqüentemente, do sentimento de si (KUPERMANN; MARTINS, 2017). Como afirmam os autores, tal negação não é sem conseqüências para a construção de uma representação futura, desse modo, questiona-se de que forma um sujeito que teve sua experiência e seu sofrimento “apagados” no passado, conseguirá projetar sua imagem futura?

Observa-se que a vivência da desautorização está intimamente relacionada com a experiência de negação da dimensão sexual. Portanto, no que diz respeito ao desenvolvimento do indivíduo, a compreensão ferenciana pressupõe a provisão de um cuidado adaptativo na intenção de avaliar e mediar as situações em que o filho ainda é bastante sensível ao código social, responsável por impor forte limitação pulsional. Ao proteger à criança dos afetos excessivos, auxiliando nos processos de metabolização e integração de sua sexualidade, os pais guardariam relação com a função do analista como catalisador de sentidos. Desse modo, quando se oferece reconhecimento à função erótica, considerando suas experiências físicas e psíquicas, dificilmente se promoverá um cuidado marcado pelo descrédito e desestruturação psíquica.

Com base nas articulações desenvolvidas, juntamente com a intenção de pensar as construções de uma maternagem que positiva o desenvolvimento da criança, faz-se necessário contemplar a dimensão da sexualidade da mãe, de modo a não desautorizar os movimentos que ela realiza em torno do seu filho. Ressaltamos que a nossa intenção não é estabelecer uma relação unívoca e linear entre uma maternagem traumática e a desautorização materna, no entanto, para a compreensão de um cuidado adequado, a dimensão sexual precisa ser considerada.

Por exemplo, quando se responsabiliza a mãe pelo estado desnutricional do filho, apontando apenas para sua impossibilidade de exercer tal função, promove-se, por vezes, uma experiência de desautorização dessa mulher, negando a capacidade de antecipar um desejo no filho e nomear o que acredita ser o seu pedido. Ou ainda, ao questionar sobre o desejo de uma mãe pobre que inicia uma nova gestação, inflige-se igualmente uma violência: apenas as mulheres abastadas podem escolher ter muitos filhos?

Em contrapartida, possivelmente como formas de afirmar sua posição subjetiva, vivenciamos na instituição situações que as mães rejeitam ou desaprovam orientações e prescrições de profissionais na instituição. Como também, durante o atendimento de nossa pequena paciente, frente aos questionamentos realizados pela analista sobre as solicitações da filha, a mãe responde: “você não entende, quando você for mãe vai saber como é difícil dar conta de todos”. Tais episódios exemplificam a realização de um trabalho materno capaz de supor e estabelecer a demanda da criança a partir de seu próprio saber, não se deixando absorver unicamente pelas orientações oferecidas por um conhecimento especializado, científico.

Em referência ao trabalho realizado no Iprede, durante as supervisões e discussões de casos dos atendimentos de intervenção precoce, com frequência, a equipe relatava a dificuldade em realizá-los quando o discurso da mãe estava atravessado por diversas questões para além do sintoma da criança, por exemplo, conflitos com o atual companheiro, dificuldades com os demais filhos, outros membros familiares e vizinhos, abusos, violências familiar, doméstica e policial, carência e escassez de recursos básicos, consumo de álcool e drogas ou envolvimento no tráfico resultando na prisão ou morte de parentes e pessoas próximas etc. A partir do discurso das mães, podemos ilustrar como dimensão subjetiva da mulher ultrapassa uma posição de agente de cuidados, apontando para a importância de um trabalho que reconheça a dimensão da sexualidade e oferecendo espaço para a elaboração das questões maternas que excedem o vínculo formado com a sua criança.

Ademais, aliada a uma postura profissional que evidencie o sexual das mães, deve-se atentar para a conjuntura social que as mulheres participam que, muitas vezes, extrapolam as possibilidades de uma ação restrita ao âmbito individual ou familiar. Nesse aspecto, como propõem Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012) e Ximenes *et al.* (2017), para além da carência econômica e unidimensional, compreendemos a situação de pobreza a partir de um enfoque multidimensional, proposto pelo economista indiano Amartya Sen (2000), caracterizado por restrições do acesso do indivíduo à realização de suas necessidades humanas e ao exercício de suas liberdades, incluindo aspectos da renda, alimentação,

moradia, segurança, educação, saúde e lazer. Considerando as condições adversas de sobrevivência material e simbólica que o ser humano no estado de pobreza está inserido, enfatiza-se a necessidade de pensar as realidades psíquica, simbólica e política vividas pelos sujeitos pobres, rejeitando a possibilidade desse fenômeno ser capturado exclusivamente por seu aspecto monetário. Nessa perspectiva, o fenômeno da fome pode ser compreendido como uma das múltiplas expressões da pobreza. Em especial, na região nordeste, a fome se encontra historicamente relacionada à problemática da seca, devendo ser analisada a partir da desigualdade social no acesso à terra, à água, da exclusão e da pobreza.

De acordo com Moura Jr. *et al.* (2014) e Ximenes *et al.* (2016), a construção de um pensamento social que restringe a pobreza à carência monetária marcou o território brasileiro por um histórico de forte desigualdade social, resultando em uma realidade de opressão, descriminalização, marginalização e responsabilização do indivíduo pela sua situação. Os autores advertem para a importância de considerar a pobreza em seus múltiplos sentidos, acrescentando perspectivas mais abrangentes e contextualizadas, que incluam as especificidades pessoais, sociais e culturais do sujeito. Identificam a necessidade de incorporação de dimensões psicossociais que aprofundem a dimensão subjetiva para o entendimento da vida nessas condições.

Além disso, acreditamos que as situações de pobreza e violências sociais também podem estar relacionadas à vivência da desautorização, quando o sujeito tem o seu sofrimento negado, ou ainda, quando suas necessidades fundamentais não são amparadas pelas políticas sociais (dentre elas, alimentação, moradia, saúde, educação, trabalho etc.). Tais articulações serão fundamentais para pensar a psicanálise como uma prática de cuidado em contextos como esses, conforme desenvolveremos nos próximos capítulos.

4 DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E CUIDADOS MATERNOS NAS TEORIZAÇÕES WINNICOTTIANAS: RUMO À INDEPENDÊNCIA

O desenvolvimento emocional infantil é atravessado pela dependência absoluta do recém-nascido aos cuidados maternos, sendo o bebê, nos estágios iniciais de sua vida, necessariamente afetado por tudo o que acontece a sua volta. Ao encontrar a figura materna capaz de possibilitar a adaptação adequada e proporcionar os cuidados sensíveis, essa dependência poderá avançar em níveis decrescentes, caminhando gradualmente para um estado de independência. No entanto, esse é um processo complexo que considera não apenas as experiências instintivas da criança, mas especialmente as provisões oferecidas por seu cuidador, as quais poderão resultar no sentimento de confiança ou desconfiança que o indivíduo adquire em relação ao mundo e às pessoas.

Como ressalta Roussillon (2008), no início do amadurecimento emocional, a partir do vínculo identificatório com o seu bebê, a mãe deverá refletir e partilhar os movimentos e estados afetivos de sua criança, possibilitando um prazer compartilhado na relação, porém sem se confundir com ela. Essa identificação da mãe com o seu filho é possível porque ela também já foi um bebê e carrega consigo esta experiência. Serão através das marcas de memória adquiridas, por exemplo, enquanto filha, juntamente com o contexto de escolhas que participam do seu desejo, que a mãe se apoiará para proporcionar os cuidados adaptativos necessários ao “continuar ser” de sua criança. Logo, os cuidados iniciais dedicados ao bebê poderão caracterizar o ponto de retorno às suas vivências infantis.

As teorizações winnicottianas destacam a maneira como a mãe se identifica com o seu bebê de modo a poder atingir uma percepção muito sensível, que a torna capaz de saber e prover quase exatamente o que ele necessita. A adaptação viva às necessidades do recém-nascido oferece a possibilidade de que este não tenha que lutar pela satisfação de suas necessidades fisiológicas ou confrontar-se precocemente com o sentimento de insegurança ou privações, que causariam ansiedades exageradas e distorção dos processos essenciais de seu desenvolvimento. Para alcançar o estado de identificação, a mãe se utiliza de suas memórias como criança, em um estágio dependente e vulnerável. Por esse motivo, a capacidade adaptativa materna aos cuidados com o bebê poderá reatualizar sua experiência pessoal em um momento de máxima dependência, necessitando do apoio e sustentação proporcionados pelo conjuge, por sua mãe, família e pelo ambiente social imediato (WINNICOTT, 1952/2000; 1960/2007; 1962/2007; 1963a/2007; 2012).

Com o propósito de compreender as construções do materno que positivam o amadurecimento emocional do bebê, faz-se importante analisar as etapas do desenvolvimento infantil que se desdobram no vínculo mãe-criança, as quais possibilitarão as bases para saúde mental do bebê e também para o exercício da futura mãe. Dito de outro modo, ao sinalizarmos para os processos de subjetivação do indivíduo, estaremos sempre fazendo referência ao trabalho realizado pelos cuidadores, com frequência, a mãe, em torno de sua criança.

A partir da perspectiva winnicottiana, apresentaremos o caminho pelo qual se desenrolam as sucessivas fases do crescimento emocional, que já encontraria início nas experiências intrauterinas. Nesse sentido, intentaremos pensar o lugar da mãe no processo de individuação da criança, responsável por oferecer as contenções e resistências necessárias aos impulsos instintuais vividos pelo recém-nascido, possibilitando a transformação de uma impulsividade inicial em agressividade. A destrutividade dos impulsos agressivos desempenha significativa função para criação dos mundos interno e externo e na sensação de unidade.

Com base nas diferentes possibilidades de maternagem, aliada às vivências impulsivas do bebê, o desenvolvimento da criança poderá alcançar diferentes padrões, podendo contemplar um modelo de saúde, consequência de uma provisão adaptativa; ou culminar em intensa intrusão ambiental, acarretando a experiência do desamparo e fragilidade narcísica. Assinalamos que não temos a intenção de propor um modelo de maternagem ideal, mas ressaltar as diferentes atitudes ambientais que podem ser encontradas em decorrência de um maior ou menor grau de adaptação. Todavia, lembramos que mesmo quando muitas das condições ambientais são contempladas, haverá ainda a singularidade do processo de cada criança, apontando para um espaço de indeterminação da experiência.

De acordo com o percurso metodológico que orienta o nosso trabalho, faremos referência aos laços de continuidade entre Ferenczi e Winnicott propostos por Gurfinkel (2017/2019), ao pensar as relações de objeto a partir da compreensão intersubjetiva. Em ambos os autores, encontramos referência à concepção de um desenvolvimento que considera as diferentes dimensões da experiência relacionadas à ideia de continuidade, encontrando-se intimamente vinculado aos cuidados do ambiente oferecidos à criança e os seus efeitos na estruturação do psiquismo nascente. Nessa perspectiva, retomaremos o paradigma winnicottiano da transicionalidade, responsável por abordar a articulação entre o intrapsíquico e o intersubjetivo ao propor a criação simultânea do sujeito e da realidade, enfocando as relações entre os processos internos e o ambiente.

Conforme apresentado, a nossa pesquisa situa-se em um cenário de extrema pobreza, marcado por forte carência de recursos e ausência de políticas governamentais, privando o indivíduo de obter muitos dos meios necessários a uma vida com dignidade. A essa realidade se acrescentam as experiências de violências física, familiar, doméstica e policial, abusos de diversas ordens, abandono, consumo excessivo de álcool e drogas etc. Entendemos que inexiste uma equivalência entre a disponibilidade dos recursos materiais e a garantia de uma maternagem adequada. Muito embora, não podemos desprezar a compreensão de que a relação com o seu bebê poderá espelhar as falhas das provisões ambientais sofridas pela mãe, dentre elas: carência de serviços de saneamento básico (água, esgoto, coleta de lixo), desemprego, desproteção, falta de assistência à saúde, educação, lazer etc. Diante do exposto, juntamente com a nossa experiência clínica, somos levadas a refletir sobre o que poderia afetar as possibilidades da realização de uma maternagem adaptativa, em especial, quando se participa de um cenário de privação multidimensional capaz de acarretar efeitos tanto às mães como em suas crianças.

4.1 Amadurecimento emocional e a natureza do objeto: uma soma de começos

Na intenção de evidenciar a função que a mãe-ambiente desempenha no desenvolvimento de sua criança, faz-se importante retomar brevemente os sucessivos estágios pelo qual se desdobra o amadurecimento emocional do indivíduo. Em nota ao texto, ao sinalizar que “[...] o começo é uma soma de começos”⁴⁶, Winnicott (1962/2007, p. 56), apresenta um processo que se inicia em um estado de dependência absoluta do bebê, marcado por uma vivência primitiva da não-integração⁴⁷, e que, quando tudo transcorre conforme o esperado, avança em graus decrescentes, caminhando rumo à independência⁴⁸. Para tanto, é indispensável considerar o ritmo e temporalidade que se estabelecem na relação mãe-criança, em razão do *holding* materno (WINNICOTT, 1956/2000; 1958/2007) poder proporcionar certa dosagem das provisões ambientais frente às necessidades do bebê.

Nesse estado de dependência primitiva, inexiste a distinção entre “eu” e “não-eu”, desse modo, o bebê não é capaz de identificar como sendo próprias as suas angústias,

⁴⁶ Essa menção também poderá ser relacionada aos começos da mãe; discutiremos mais adiante.

⁴⁷ Aqui, o termo não-integração não pode ser utilizado com sinônimo de desintegração. Enquanto o primeiro faz referência a um estado inicial, primitivo da personalidade, o segundo caracteriza uma defesa ao caos ocasionado por atrasos ou falhas no processo de integração, acarretando uma regressão (WINNICOTT, 1945/2000; 1962/2007).

⁴⁸ Considerada por Winnicott (1945/2000; 1963a/2007) como independência relativa, visto que não se pode desprezar o seu envolvimento com a sociedade, condição inerente a todos nós humanos.

desconfortos e irritações, ou como externas, o empenho de sua mãe em acalmá-lo, confortá-lo e saciá-lo. Por não conseguir perceber os cuidados que recebe do ambiente, na busca da satisfação de suas urgências, a criança poderá atacar e agredir o objeto, simbolizado aqui pelo corpo materno. Os momentos de intensa movimentação pela procura e sucção vigorosa do seio, por exemplo, poderão remeter erroneamente a uma demonstração de agressividade, especialmente quando o bebê acaba por ferir o objeto materno. Essa agressividade inicial é equivalente à espontaneidade, vitalidade ou impulsividade, sendo isenta de intencionalidade destrutiva.

A continuação do processo maturativo do bebê dependerá não só do conjunto de suas experiências instintivas, mas também da provisão do seu ambiente, podendo a dependência se prolongar quando ocorre uma ineficiência da capacidade adaptativa à criança. No cuidado com o seu bebê, por percebê-lo como um ser humano integrado, a mãe-ambiente oferece ao filho os recursos psíquicos e emocionais que o ajudarão a compor gradativamente o seu mundo interno, contribuindo para o alcance e a estabilização da sensação de unidade: a percepção de si e dos outros como pessoas singulares (PINHEIRO, 2018a; 2018b). O sentimento de habitar o próprio corpo é uma tarefa complexa e nada óbvia que exige o trabalho ativo de um cuidador disponível para lhe “juntar os pedaços” (WINNICOTT, 1945/2000).

Os cuidados providos pelo ambiente possibilitam a contenção necessária às agudas experiências instintivas vividas pelo recém-nascido. Ao passo que o bebê possui impulsos agressivos e impiedosos, a mãe dispõe do leite que transborda o peito e o desejo de ser abocanhada por um bebê faminto. Por proporcionar ao filho a experiência do encontro com o objeto desejado, somada à capacidade de tolerar seus ataques predatórios, a mãe possibilita a criação de um espaço de ilusão que torna possível à criança conjurar aquilo que está de fato acontecendo na realidade, ou seja, o seio ali está no momento em que a criança o criou: o objeto é simultaneamente alucinado e real. Ao estabelecer de uma maternagem suficientemente boa, realiza-se “[...] uma superposição entre o que a mãe oferece e o que o bebê é capaz de conceber”, permitindo-lhe a ilusão de que o que ele cria realmente existe (WINNICOTT, 1951/2000, p. 328). Essa concepção da experiência que pressupõe certo entrelaçamento entre o corpo e o mundo encontra indicação semelhante no estágio ferenciano de onipotência, onde a realidade é percebida e vivenciada como originada pelo próprio psiquismo em formação.

Ao longo do desenvolvimento infantil, na transição para uma etapa de dependência relativa, a concepção winnicottiana pressupõe a existência de uma área

intermediária de experimentação do indivíduo entre o objeto subjetivo e o objetivamente percebido, “[...] entre a incapacidade do bebê de reconhecer e aceitar a realidade, e a sua crescente capacidade em fazê-lo” (WINNICOTT, 1951/2000, p. 318). São características importantes dessa experiência transicional, a adaptação adequada da mãe à criança, permitindo a ilusão e sua progressiva desilusão, bem como a capacidade do objeto de sobreviver aos impulsos amorosos e agressivos de seu dono. Nessa perspectiva, a experiência de chupar do dedo, por exemplo, poderá representar uma defesa contra o sentimento de insegurança e medo da perda do objeto de amor (WINNICOTT, 1950/2000; 1951/2000).

Esse objeto de desejo situa-se em um espaço transicional na relação formada entre a mãe e o bebê, não sendo reconhecido como proveniente do ambiente, tampouco considerado como pertencente a si próprio. Logo, a criação do objeto transicional requer um amadurecimento emocional que possibilite a significância e representação simbólica de seu corpo ou do seu ambiente, não sendo possível em fases muito primitivas do desenvolvimento. Essa região compartilhada de experimentação representa os primeiros estágios do uso da ilusão, momento em que o bebê alucina e a realidade apresenta, favorecendo a capacidade da criança de criar de acordo com a sua necessidade. O que mais na frente possibilitará o relacionamento saudável com a realidade externa e as experiências de frustração, consequências da gradual desilusão materna.

Conforme o indivíduo avança em seu amadurecimento, espera-se que o destino do objeto transicional seja a sua progressiva descatexização, consoante explicita Winnicott (1951/2000, p. 320): “na saúde, em todo caso, há um gradual alargamento da amplitude dos interesses e, em algum momento a amplitude alargada se mantém, mesmo na proximidade de uma ansiedade depressiva”. Por mais que inicialmente o objeto conserve sua importância para a criança, o valor e o significado nele depositados aos poucos vão perdendo o sentido, pois os fenômenos transicionais tornam-se difusos, espalhando-se por todo território que inter-relaciona o mundo subjetivo e a vida externa. Essa experiência ilusória característica da criança, na vida adulta, é inerente à religião, arte, filosofia, trabalho científico criativo, participando da tendência humana de se organizar em grupos. Ao sinalizar para o valor positivo da ilusão, o autor atribui aos fenômenos transicionais características saudáveis e universais.

A capacidade de se relacionar com os objetos é resultado de uma conquista alcançada pela criança durante o seu complexo amadurecimento emocional, onde algumas potencialidades ganham forma e se atualizam continuamente. Nessa continuidade, leva-se em consideração a qualidade do ambiente facilitador capaz de oferecer os cuidados adaptativos

que, em um estágio inicial, deverão proporcionar ao bebê uma verdadeira experiência de onipotência. Tal experiência está intimamente relacionada à possibilidade de aceitar diferenças e similaridades, ao surgimento da criatividade e ao uso criativo do objeto; processo que se encontra vinculado à memória e ao posterior desenvolvimento da inteligência (WINNICOTT, 1963a/2007; 1963b/2007).

A partir do exposto, evidenciamos a compreensão da constituição subjetiva em relação aos cuidados parentais proporcionados, sinalizando para a concepção de um psiquismo que se constrói em uma perspectiva relacional, em função da necessária dependência do indivíduo de seus adultos primordiais. Os processos de subjetivação da criança encontrariam início antes mesmo do seu nascimento, através das fantasias, desejos e representações transmitidas por seus cuidadores, relativizando dicotomia entre o intrapsíquico e o intersubjetivo. Ao retomar a noção de um psiquismo que se estrutura em referência a diversas temporalidades – tanto no sentido progressivo da experiência como no *a posteriori* que surge pelo discurso parental sobre o seu próprio narcisismo, Zornig (2015) enfatiza a dimensão fundadora da transmissão familiar, indicando como a relação intersubjetiva desempenha função primordial na constituição psíquica do sujeito nascente.

Gurfinkel (2017/2019) confere à noção de transicionalidade um papel revolucionário na teoria psicanalítica, ao focar as relações entre os processos internos e o ambiente, apontando para a dimensão intersubjetiva. Ao propor um estado intermediário de experimentação no vínculo mãe-criança, a concepção winnicottiana introduz um novo modelo teórico-clínico que concebe a criação simultânea do sujeito e da realidade em um mesmo processo. Será a presença adaptativa do cuidador que possibilitará a experiência primária de onipotência do recém-nascido e, por meio de uma gradual desadaptação, oferecerá o suporte indispensável para que ele venha a realizar o teste de realidade; evitando com que o bebê se depare muito precocemente com a percepção da diferença entre os mundos interno e externo.

Ao estabelecer um espaço de encontros potenciais, Winnicott (1951/2000) sinaliza para o campo das simbolizações primárias, envolvendo a presença das interações entre o bebê e seu entorno afetivo e a qualidade dos sentimentos compartilhados. Frente à insuficiência de considerar a natureza humana em termos de relacionamentos interpessoais ou enfatizando um mundo interno com qualidades específicas, o autor inaugura uma clínica das relações objetais primárias que não desconsidera a dimensão intrapsíquica relacionada à ótica do modelo pulsional, mas prioriza a dimensão não pulsional das primeiras trocas entre sujeito e objeto (GURFINKEL, 2017/2019; ZORNIG, 2015).

Para Vertzman e Klein (2018), a teoria winnicottiana oferece continuação e melhor elaboração às questões introduzidas por Ferenczi (1913/2011) sobre a concepção do desenvolvimento humano. Por compreendê-lo como um processo marcado pela complexidade e regularidade das experiências vividas, Winnicott (1945/2000) aponta para o desenrolar dos vários estágios determinantes na constituição do psiquismo relacionados à continuidade no tempo e à presença no mundo. Assim, “nenhuma conquista fornece o título de garantira: pode ser perdida, outra vez alcançada e perdida novamente” (VERTZMAN; KLEIN, 2018, p. 93).

Através *holding* materno, os cuidados iniciais se fazem presentes em uma intensidade e ritmo adequados à criança. À medida que proporcionam à sustentação necessária ao pequeno ser, as provisões maternas também contemplam os desencontros inevitáveis e indispensáveis à estruturação subjetiva; englobando uma presença complexa que comporta inevitavelmente parceria e oposição (GURFINKEL, 2017/2019; VERTZMAN; KLEIN, 2018). Nesse contexto das relações inaugurais, momento em que a criança é totalmente dependente dos seus cuidadores fundamentais, reflete-se sobre a necessidade de repensar estratégias clínicas frente aos sinais de sofrimento psíquico dos bebês, que poderão aparecer na forma de distúrbios do funcionamento somático: distúrbios motores, alimentares, sono, alergias etc. (ZORNIG, 2015).

Nos primeiros estágios maturativos, quebras bruscas e repetidas na relação da criança com o ambiente facilitador poderão por em risco o seu desenvolvimento, principalmente quando essa ainda não é capaz de tolerar falhas ou adiamentos na satisfação de seus impulsos. Porém, passado algum período após o nascimento, é importante que a mãe empreenda uma desadaptação progressiva das necessidades do filho, possibilitando o estado de dependência relativa, momento em que o bebê já começa a perceber a interferência e dependência do ambiente. Aqui, a criança já pode esperar um pouco pela chegada do seu alimento, bem como suportar as breves ausências maternas. O interessante é que a maioria das mães parece saber exatamente o momento em que o bebê já é capaz de tolerar pequenas interrupções ou “falhas” sem que estas acarretem prejuízos ao seu “continuar ser”⁴⁹. O processo de passagem da potencialidade do ser para a continuidade do ser é proporcionado por essa experiência de cuidados (VERTZMAN; KLEIN, 2018).

Diante de uma temporalidade capaz de estabelecer continuidades, as sucessivas falhas ambientais permitirão à criança a capacidade de se confrontar com o mundo e as complexidades que ele envolve, podendo caminhar rumo à independência e alcançar a

⁴⁹ Prejuízos significativos ao “continuar ser” do indivíduo poderão acarretar a perda de confiança no ambiente e, portanto, sensação de insegurança (WINNICOTT, 1949/2000; 1950/2000).

condição de unidade. Consoante Winnicott (1963b/2007), associado à provisão dos cuidados sensíveis e adaptativos, o desenvolvimento da capacidade para se relacionar com os objetos pressupõe a crescente habilidade do indivíduo de tolerar os resultados da frustração, reconhecendo a existência de um mundo que é “não-eu”; já que: “a satisfação derivada de uma mamada tem menos valor no que concerne ao estabelecimento das relações objetais do que quando o objeto cruza seu caminho, por assim dizer” (p. 165). Em um período posterior, para além do relacionamento materno-infantil, também estão incluídos o pai, a família e os demais grupos sociais que a criança participa.

Quando administradas de acordo com a capacidade emocional da criança, as falhas ambientais são potencialmente positivas e efetuam a mudança da natureza do objeto de puramente “subjetivo” para “objetivamente percebido”. Essa operação promove a transição de uma condição primária de indiscriminação mãe-bebê para a uma situação efetivamente intersubjetiva, em que a mãe passa a ser vivenciada como um objeto a ser percebido na realidade externa, separado e concreto, em vez de concebido psicologicamente. O “uso de um objeto” simboliza o interjogo entre a passagem da união formada pelo o bebê e sua mãe para o início de sua separação, abrindo caminho para a travessia da transicionalidade e inaugurando a possibilidade da descoberta de uma realidade compartilhada (GURFINKEL, 2017/2019; WINNICOTT, 1967b/2019).

Como resultado desse processo, juntamente com a introjeção do objeto materno, constitui-se a “capacidade de estar só”, conquista alcançada com a maturidade emocional do bebê. A partir do estabelecimento de um ambiente interno, sustentado em fatores externos razoavelmente bons e estáveis, o indivíduo poderá renunciar temporariamente a presença real da mãe ou da figura materna. Trata-se de um fenômeno altamente sofisticado, consequência da experiência contínua de confiança na mãe, aliada às falhas relativas na área do ambiente em adaptação, embora sem ameaças à continuidade pessoal. Todavia, para que se alcance a capacidade individual de estar só, é necessário que alguém esteja confiantemente presente, responsável por possibilitar a vivência precoce de uma solidão compartilhada e, dessa forma, a continuidade da linha de vida do indivíduo (WINNICOTT, 1958/2007).

Para o desenvolvimento dessa capacidade, pressupõe-se a internalização da imagem de um ambiente de confiança, efeito de uma maternagem adaptativa, capaz auxiliar o bebê a superar as agonias instintuais sentidas nos momentos primitivos de sua existência. A imaturidade inicial do indivíduo é compensada pelo apoio materno, sendo a sua integração consequência de um crescimento emocional alcançado através da transformação de uma impulsividade inicial e a posterior fusão dos potenciais agressivos e eróticos, conforme

discutiremos mais a frente. Ao aprofundar sobre esse suporte egóico oferecido pela presença viva real da mãe suficientemente boa, Davis e Wallbridge (1982, p. 53) demarcam que “a experiência de não-integração é a precursora da capacidade adulta de relaxar, de ser inconsequente e de apreciar ficar à sós”; capacidade que muito difere de estar a sós na realidade.

Nessa soma de começos que compõem o desenvolvimento da criança, os percursos maternos e o ambiente por ela partilhado precisam ser observados, uma vez que o bebê partirá de um início oferecido por sua mãe e pelas provisões ambientais, levando em consideração o estado de preocupação materna primária. Esse estado compreende o lugar da mãe na identificação que ela estabelece com o seu bebê, entretanto, a construção dessa função identificatória está longe de representar uma consequência direta da prematuração humana: “a dependência não implica em identificação, pois esta última constitui um fenômeno complexo demais para que o localizemos nos primeiros estágios da vida do bebê” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 400). Para além da chegada do filho, destaca-se a posição e a disponibilidade materna em contrair uma adaptação sensível e delicada às necessidades do recém-nascido, capaz de interpretar os choros movimentos e expressões da criança, significando o seu mal-estar a partir de uma conduta de antecipação (DAUER, 2015).

Para alcançar o estado afetivo de preocupação primária, a mãe se utiliza de suas vivências pessoais infantis, pois carrega consigo as recordações do seu nascimento, de ter sido um bebê e a elaboração dessa experiência na fantasia. As lembranças de que alguém cuidou dela, em termos de confiabilidade e proteção da imprevisibilidade, poderão tanto ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua experiência como mãe. A qualidade de suas memórias da primeira infância influencia o exercício de sua função materna (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982; WINNICOTT, 1963a/2007; 1966/2012).

No processo de subjetivação do bebê, foi necessária uma experiência de *holding* – sustentação materna, sob a qual a criança pôde internalizar a imagem materna e se automatizar (ZORNIG, 2015). O começo de uma criança é fruto de uma trajetória que retoma os “começos da mãe”, do que se oferta a partir de sua posição materna, considerando sua capacidade identificatória e o ambiente que compartilha. A introjeção de uma maternagem de confiança pelo indivíduo estabelece relação com as experiências ambientais vividas pela mãe, além de apoiar-se em sua habilidade de introjetar o mundo em que habita e traduzi-lo ao filho, operando uma importante mediação entre a relação da criança com os imperativos da realidade.

Em vista disso, o exercício dessa função poderá atualizar as suas experiências de dependência enquanto filha, consequência dos vínculos estabelecidos com seus cuidadores fundamentais. Por estar tão identificada ao filho, tomando-o como parte de si própria, a mãe igualmente poderá se encontrar em uma situação de dependência e vulnerabilidade dos elementos que compõem o seu ambiente. Adaptar-se à criança de modo a proporcioná-la uma verdadeira sensação de onipotência é um fenômeno extremamente complexo e, para isso, a mãe necessita de apoio e auxílio que deverão ser dedicados pelo companheiro, por sua mãe, familiares e demais vínculos sociais. Essa sustentação ambiental disponibilizada à mãe irá compor parte de seus recursos para a construção de sua boa maternagem (WINNICOTT, 1963a/2007).

Tal relação de continuidade é amplamente discutida por Freud (1914/2010), quando evidencia que o filho poderá representar uma espécie indenização narcísica para as figuras parentais. No filho que dão à luz, os pais resgatam o seu narcisismo há muito abandonado através da idealização do pequeno sujeito, recobrando-o com os ideais não cumpridos de perfeição e completude: “o amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora” (p. 37).

Ao tomar a criança como parte de si própria, a mãe poderá identificar-se e responder aos movimentos corporais do filho, na tentativa de proporcionar alívio frente às significações de seus estados tensionais. A construção das hipóteses sobre as necessidades do bebê se torna possível a partir dos deslocamentos maternos: a mãe supõe e responde à demanda que acredita ser da criança com base em seus próprios sentidos. Nessa perspectiva, acrescentamos que o estabelecimento do estado de preocupação primária estaria intimamente relacionado ao processo introjetivo materno, permitindo a projeção dos afetos da mãe à criança e o oferecimento da atividade antecipatória indispensável à subjetivação do indivíduo. Dessa maneira, a mãe é capaz de “juntar-lhe os pedaços”, contribuindo para a conquista do sentimento de unidade (WINNICOTT, 1945/2000).

Isto posto, retomamos a produção ferencziana, quando compreende os cuidados dedicados ao bebê em referência à introjeção. Consoante explicitado no capítulo anterior, frente à necessidade de reconhecimento e adaptação progressiva à realidade, a operação introjetiva caracteriza a tendência do sujeito neurótico em incluir grande parte do mundo externo em seu psiquismo, acarretando a fusão entre os objetos de desejo e o próprio eu, em decorrência da contínua ampliação de sua esfera de interesses (FERENCZI, 1909/2011; 1912/2011). Em indicação correspondente, na compreensão winnicottiana, por toda a

extensão do processo de integração, a introjeção das sensações de musicalidade, ritmo, toque etc. partilhadas no plano materno-infantil representam elementos centrais para a operação de criação do mundo externo e experiência de continuar ser (VERZTMAN; KLEIN, 2018).

Embora seja importante compreender que as experiências maternas podem atualizar os traços de memórias adquiridos em sua condição de filha, mulher, cidadã etc. favorecendo as recordações de sua própria dependência, elas não possuem um caráter determinante em sua maternagem. Tais experiências poderão ser elaboradas ao longo do seu desenvolvimento e a partir das identificações estabelecidas no vínculo como o seu bebê, possibilitando à descoberta de novos (re)começos. Partindo das reflexões de Lobo (2018), consideramos a possibilidade das mulheres poderem refletir acerca de suas vivências infantis para (re)criar a sua posição materna. Essa elaboração permite o rompimento de uma reprodução circular em que as mães ficam imediatamente associadas às filhas que foram e às mães que tiveram. Mediante a complexidade das trocas de amor e ódio que atravessam o vínculo materno-infantil, o exercício da maternidade repercute possibilidades infinitas, justificando os percalços afetivos vivenciados pelas mães e por seus filhos e rompendo com uma visão maternal idealizada.

Na intenção de compreender os caminhos que o recém-nascido percorre em seu desenvolvimento emocional, Winnicott (1949/2000) enfatiza importância da adaptação materna e de suas provisões antes mesmo da experiência do nascimento, capaz de proporcionar contenções e resistências às vivências impulsivas do bebê. Reforçamos que as teorizações winnicottianas não se limitam ao período gestacional, repercutindo igualmente nos momentos subsequentes, a partir da oferta dos cuidados e da proteção adaptativa indispensáveis à construção do senso de segurança e confiabilidade nos elementos ambientais, preservando a trajetória da criança rumo à independência, conforme examinaremos nos tópicos que seguem.

4.2 Provisão ambiental e adaptação materna: o início da confiança

Como apresentado, salientamos que a concepção winnicottiana aponta para uma adaptação materna que se iniciaria desde a concepção do ser. Mesmo em um momento primitivo, em que inexistente a percepção de uma relação dual mãe-bebê, pressupõe-se a existência de um meio protetor que já possibilitaria ao indivíduo uma experiência precoce de confiança na mãe e no ambiente. Essa compreensão nos apresenta questionamentos importantes quando relacionada ao nosso campo de investigação.

Durante a nossa participação no Iprede⁵⁰, escutamos algumas falas que podem sinalizar para os diversos sentidos que as mulheres atribuem à maternidade. Muitas mães descobriram a gravidez tardiamente, inclusive, há relatos de mulheres que já estavam em períodos bastante avançados da gestação, porém desconheciam que estavam grávidas. Igualmente, são comuns as experiências de gestações não planejadas. Na ocasião, foi possível encontrar mães em sua sétima ou até décima gravidez, mas residem com poucos filhos, pois alguns deles são cuidados por familiares, vizinhos ou foram “dados” (DAUER; MARTINS, 2015). Em um estudo transversal realizado na instituição no mês de julho de 2014, evidenciou-se que 72,3% das mães revelaram que não programaram engravidar, as quais, em sua maioria, apresentavam idades entre 20 e 29 anos (59,4%) e cerca de 7% tinham menos de 20 anos (MOURA, 2014). No ano de 2018, obteve-se que 70% das mulheres não queriam ter engravidado na ocasião em que se descobriram grávidas (MENESCAL, 2018).

Durante a realização do grupo com as mães, um desejo compartilhado pelas participantes foi o de realizar a laqueadura para não correr mais o risco de engravidar. A maioria das mulheres participantes era bastante jovem, não possuindo acesso ao benefício oferecido pelo governo; outras já haviam realizado o procedimento de modo particular. As mães relacionaram o desejo de não ter mais filhos à necessidade de dedicação a eles, raramente possuindo oportunidade para fazer algo que gostam sem as crianças, embora narrassem situações em que conseguiram deixá-las com outro cuidador, geralmente às avós, e aproveitaram bastante a “folga”.

Ainda durante a realização do grupo, muitas mães sinalizaram para dificuldades em desmamar o filho. Ao serem questionadas sobre o motivo, apontaram para a difícil tarefa de limitar o acesso à mama e a resistência da criança em aceitar outros alimentos (substitutos). Uma das soluções adotadas para “resolver” o problema foi passar creme dental nos seios para a criança recusá-los ao sentir o “gosto ruim”. Porém, frente ao desconforto da filha com o sabor, a mãe lembra: “tive dó e limpei para ela poder mamar”. Também surgiram queixas sobre a forte dependência que os filhos mantêm por elas. Nesse aspecto, essa mesma mãe, que se encontrava nos meses iniciais de sua segunda gravidez, mencionou o desejo de levar para a maternidade uma lata de leite (fórmula) ao comentar: “não quero passar pelo mesmo sufoco”. Sobre o “sufoco”, referia-se ao fato de apenas conseguir desmamar a primeira filha aos dois

⁵⁰ Lembramos que nossa participação ocorreu em dois momentos. Primeiramente, a partir da iniciativa da instituição de montar um setor de intervenção precoce, realizamos aplicação do instrumento IRDI e os atendimentos clínicos da criança e seus responsáveis, bem como dividimos as experiências dessas atividades nos espaços de supervisão e formação da equipe de trabalho. Posteriormente, foi proposta a formação de um grupo com as mães na intenção de conhecer mais de perto as histórias de vida dessas mulheres. Os relatos ora sinalizados fazem referência à nossa presença institucional nesses dois períodos.

anos e, como esta não aceitava muitos substitutos da presença materna, a mãe não conseguia ausentar-se por muito tempo para realizar atividades que gosta, por exemplo, sair com as amigas. Por fim, acrescenta: “logo que consegui tirar ela do peito peguei este daqui, mal aproveitei”⁵¹.

Os diálogos estabelecidos durante as sessões do grupo transitaram por diversas questões, dentre elas, os impasses na criação dos filhos, sinalizando para diferentes obstáculos: dificuldades na experiência do desmame, falta de recursos para as necessidades básicas (por exemplo, falta de dinheiro para comprar comida), necessidade de conciliação junto às atividades domésticas, número de filhos pequenos e com idades próximas, consumo de álcool e drogas dos filhos maiores, conjugues ou parentes próximos, desentendimento com membros familiares, ausência tanto afetiva como financeira do pai da criança ou companheiro⁵², violência conjugal e policial na comunidade (em especial, nos bairros que residem), trabalho⁵³, desavenças com as mães da instituição etc.

Algumas das experiências narradas podem estar vinculadas à ideia de uma falha nas provisões ambientais vivenciadas pelas mulheres, consequência de um cenário atravessado pela pobreza, violências, desigualdades e exclusão social. É possível que muitas mães tenham participado de um ambiente pouco capaz de possibilitar uma proteção adaptativa, ficando expostas a experiências que acarretaram ameaças do ponto de vista psíquico, diante da necessidade de reagir às intrusões ambientais ou lutar por suas próprias satisfações.

Nesse cenário, recordamos que a soma dos começos do desenvolvimento emocional da criança faz referência à soma dos começos maternos (WINNICOTT, 1962/2007). Sabemos que a história das desigualdades e abandonos sociais e políticos atravessam gerações no Brasil: “Elas formam o núcleo mesmo da ‘violência simbólica’ — aquele tipo de violência que não ‘aparece’ como violência —, que torna possível a naturalização de uma desigualdade social abissal como a brasileira” (SOUZA, 2009, p. 15, grifos do autor). Essas marcas são reproduzidas e transmitidas cotidianamente pelos jogos de dominação, nas hierarquias e privilégios de classes abastardas, nos silêncios e invisibilidades

⁵¹ Uma pesquisa já realizada nessa direção identificou que alguns casos de desnutrição infantil se encontravam intimamente relacionados a fatores subjetivos que se estabeleciam na relação das mães com suas crianças, visto que estas apresentavam dificuldades em renunciar ao objeto seio, comprometendo o processo de deslocamento para seus substitutos (CARVALHO, 2011). Tal problemática também se evidenciou nosso grupo.

⁵² As mães possuem filhos de relacionamentos distintos, não sendo o atual companheiro pai de todas as crianças.

⁵³ Duas mães fizeram menção de realizar atividade remunerada: uma delas possui trabalho fixo como cozinheira em uma casa de família e a outra faz costura “quando aparece alguma coisa pra mim”.

que ocultam as histórias que não podem ser contadas, carregadas de preconceitos, vergonhas e humilhações que excluem as oportunidades materiais e simbólicas de reconhecimento social das classes menos favorecidas; podendo ser, muito frequentemente, (re)vividas no exercício da atual maternagem.

Nos primeiros estágios de existência, quando atravessado por experiências de segurança, o espaço compartilhado na relação entre a criança e o seu cuidador proporciona à confiabilidade dos elementos ambientais necessária à introjeção de uma figura materna de confiança, preservando a trajetória do bebê em direção ao seu desenvolvimento. A confiabilidade humana, representada pelo amor e cuidados maternos, oferece o senso de segurança infantil no fator ambiental para que a criança possa desfrutar e fazer uso da separação e da independência. Para Winnicott (1967b/2019, p. 166), “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”. A continuidade pessoal da existência está profundamente relacionada à disponibilidade sensível e adaptativa da mãe aos cuidados que dedica ao bebê, em conjunto com o somatório de suas experiências culturais.

Frente aos padrões contemporâneos de vida social, Davis e Wallbridge (1982) lembram que não há qualquer razão que justifique o fato do papel da mãe ser desempenhado integralmente pela mulher. O pouco envolvimento do homem na criação atual dos filhos é essencialmente relacionado a um fenômeno cultural, de modo que o trato da criança ainda costuma ser predominante uma tarefa feminina. Considerando a conjuntura social das famílias que participam do Iprede, destacamos a importante contribuição de condições facilitadoras para que a mulher possa exercer sua maternagem, dentre elas, o suporte oferecido pelo pai da criança, parentes próximos e grupos sociais ao lidarem com o ambiente para a mãe, acrescido do acesso da população às condições que contemplem a realização de suas necessidades fundamentais.

Diante do exposto, sustentamos a hipótese de que a relação da mãe com o seu bebê poderá espelhar as falhas das provisões ambientais sofridas por essa mulher, impondo desafios ao oferecimento de seus cuidados adaptativos. Novamente, pontuamos a inexistência de uma equivalência entre a oferta dos recursos materiais e a realização de uma maternagem suficiente boa, tampouco temos a intenção de propor um cenário para uma maternagem ideal. Contudo, acreditamos que tanto a tarefa materna como as diversas modalidades de vínculos que as mulheres estabelecem, por exemplo, sua sexualidade, tornam-se mais complexas à proporção que seus recursos libidinais estão limitados ou ausentes, em especial, como efeito

de um fracasso prematuro da confiabilidade do ambiente. Será nesse sentido que pretendemos analisar as articulações que seguem.

A partir de sua prática clínica, Winnicott (1949/2000) anuncia que pôde identificar que a experiência pessoal do nascimento é significativa e mantida como memória. Logo, para uma compreensão do desenvolvimento da criança, as experiências gestacionais precisam ser examinadas:

Eles não têm a compreensão que teríamos se estivéssemos no mesmo lugar em que eles se encontram, mas estão o tempo todo tendo experiências que se armazenam em seu sistema de memória, de uma forma capaz de dar-lhes confiança no mundo, ou, pelo contrário, de deixá-los com falta de confiança e com a sensação de serem um pedaço de cortiça no oceano, um brinquedo das circunstâncias (WINNICOTT, 2012, p. 74).

A vida intrauterina admite a possibilidade de certa perturbação ambiental, a qual poderá resultar em intrusões ameaçadoras à continuidade do ser e a perda de confiança no ambiente. O autor vale-se da imagem da cortiça que flutua no oceano para referir-se à falsa adaptação que a criança estabelece aos movimentos maternos. Por não ter sido possibilitada a construção de uma ancoragem, o indivíduo vaga sem peso, sem gravidade, na tentativa de adaptar-se às demandas impostas pelo outro-ambiente. De outra sorte, quando as experiências do nascimento são vivenciadas de modo positivo e valioso, suas consequências tendem a ser favoráveis à confiança no vir-a-ser.

Em articulação com o exposto, em “Reflexões sobre o trauma”, Ferenczi (1934/2011) relaciona a comoção psíquica decorrente do choque traumático como equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar, acarretando a perda de confiança em si e no mundo. Inspirados nas proposições ferenczianas, Martins e Kupermann (2017b) retomam da metáfora do saco de farinha capaz de se amoldar ao corpo de quem o carrega, na intenção de simbolizar o desmoronamento sentido pelo sujeito de sua forma própria e a aceitação sem resistência da forma oferecida pelo outro.

Como consequência de seu estado de dependência absoluta, a sensação de segurança ou de insegurança do bebê está fortemente relacionada ao “[...] estado em que a mãe se encontra e de sua capacidade de superar as agonias alarmantes, perigosas e, em geral, recompensadoras dos últimos estágios de gravidez” (WINNICOTT, 2012, p. 73). Ao ser afetado por tudo o que acontece, a oferta das provisões maternas adequadas são uma forma de possibilitar ao filho uma precoce sensação de confiança no futuro.

Diferentemente da mãe que um dia já foi um bebê e possui essas memórias armazenadas em alguma parte de seu ser, o bebê vivencia sua primeira experiência, inexistindo a possibilidade de medidas ou comparações: “o tempo não se mede tanto por

relógios, pelo nascer ou pelo pôr-do-sol, quanto pelo ritmo do coração e da respiração maternos, pela elevação e queda das tensões instintivas, bem como por outros dispositivos essencialmente não-mecânicos” (WINNICOTT, 2012, p. 84). Por meio de sua provisão adaptativa, ao proporcionar a contenção e mediação das excitações vividas, o cuidador humano pode transmitir a confiabilidade que possibilita ao bebê vivenciar positivamente às complexidades das fases iniciais do desenvolvimento, contribuindo com o seu potencial para continuar a viver. Recuperamos aqui a ideia do amor materno como base para o desenvolvimento da confiabilidade, em que estão em jogo o ritmo e a temporalidade dos cuidados oferecidos ao bebê (WINNICOTT, 1967a/2019).

No final dos meses gestacionais, o bebê experimenta repetidos movimentos provocados pelo ambiente (útero) que podem ser vivenciados como uma experiência de intrusão⁵⁴. Na medida em que o parto se aproxima, é possível que o feto se encontre preparado para certo limite de intrusões, sendo a experiência do nascimento uma parte exagerada de algo para o qual já possui um conhecimento rudimentar. Se tudo ocorrer conforme o esperado, sem movimentos de adiamento ou precipitação, o nascimento representará uma interferência temporária no “continuar a ser” do bebê e, em virtude de sua brevidade e não significância, não excederá os níveis suportáveis de reação, cujos efeitos poderão ser amenizados por um bom manejo subsequente.

Compreende-se que a experiência de intrusão não pode ser intensa ou prolongada o bastante a ponto de cortar o fio do processo pessoal e contínuo do bebê. Quando ultrapassam o limite suportável, no extremo da falha ambiental, as perturbações externas podem se tornar intensamente significativas e vir a adquirir uma condição traumática. À proporção que as intrusões ocasionam importantes reações do bebê, poderão surgir fatores adversos ao seu desenvolvimento saudável, provocando perda da identidade, sentimentos de insegurança, imprevisibilidade e perda da continuidade do ser. A experiência traumática do nascimento deixa marcas permanentes, ainda que posteriormente seja oferecido à criança um manejo cuidadoso e adequado.

Nessa sequência, o nascimento a termo pode ser percebido pelo bebê como um resultado bem-sucedido de seu esforço pessoal em suportar as breves interferências do ambiente. Já os partos demorados podem produzir a experiência do desamparo ou um sentimento de prolongado de adiamento, onde fim é imprevisível.

⁵⁴ Momento em que a predominância passa a ser do ambiente e não do eu, exigindo com que o feto adapte-se e reaja à situação vivenciada (WINNICOTT, 1949/2000).

As experiências relacionadas ao período do nascimento são igualmente evidenciadas nos textos ferenczianos. Ao investigar sobre a construção dos sentidos de realidade, Ferenczi (1913/2011) retoma as etapas iniciais do desenvolvimento do indivíduo, sobretudo a época passada no corpo da mãe, quando o feto possui a sua existência assegurada pelo útero materno (proteção, calor, alimento etc.). Por ser encarregada da sobrevivência do filho, a mãe oferece a ilusão de onipotência incondicional em razão da criança receber “[...] constantemente tudo o que lhe é necessário à satisfação de suas pulsões, portanto, nada tem a desejar, é desprovido de necessidades” (p. 49). As vivências intrauterinas, representadas pelo sentimento de onipotência, compõem os nossos traços de memória, exercendo efeitos sobre a configuração do material psíquico e continuação dos seus processos futuros.

Ao final da experiência no ventre materno, devido ao estabelecimento de um vínculo identificatório, com frequência, a mãe consegue oportunizar a continuidade da sensação de onipotência ao bebê, por oferecer os cuidados necessários para atenuar os estímulos impiedosos do mundo externo. Espera-se que a adaptação materna à criança sofra uma gradual limitação, à medida que esta avança em seu desenvolvimento e adquire recursos – como exemplo, os sinais e gestos mágicos – para lidar com uma realidade que progressivamente torna-se mais complexa e impositiva. Em decorrência da impossibilidade de garantia da onipotência infantil, a conquista do princípio de realidade é consequência da gradativa desilusão materna que proporciona a aceitação da existência subjetiva independente do objeto externo (VERZTMAN; KLEIN, 2018). Nesse âmbito, Ferenczi (1928a/2011) justifica a inexistência de um trauma do nascimento por compreender que quando as provisões maternas são adequadas, essa experiência representará um “verdadeiro triunfo”, tornando a situação do recém-nascido tão agradável quanto possível.

Ressaltamos que tanto Ferenczi como Winnicott atribuem à dimensão relacional do cuidado o ponto nodal para compreensão do desenvolvimento do indivíduo. Os processos de constituição e estruturação psíquica são resultados da qualidade de um trabalho adaptativo em torno da criança que encontraria início desde o período gestacional. As provisões maternas, ora simbolizadas pelo estado da dependência absoluta e sentimento de onipotência, exercem significativas influências para o prosseguimento dos estágios maturativos, podendo facilitar o início de uma confiança e otimismo no ambiente.

Mediante a experiência de continuidade pessoal, efeito da confiabilidade nos elementos ambientais, as falhas e frustrações na área do ambiente em adaptação são consequências de um processo natural de amadurecimento psíquico, acarretado pela ampliação do mundo e aumento da complexidade dos desejos da criança. Conforme apontam

Davis e Wallbridge (1982, p. 78) ao revisitarem a obra winnicottiana: “o que, portanto, é vital no caminho do indivíduo em direção à independência não é uma continuação da experiência de onipotência, mas, ao invés disto, uma continuação à capacidade criativa”. Nessas circunstâncias, encontra-se a referência de uma progressão traumática que ocorre em uma sequência e temporalidade adequadas, sinalizando para a característica estruturante.

Em contrapartida, consoante apresentamos no capítulo anterior, Ferenczi (1928a/2011) aborda sobre o potencial desagregador das experiências infantis, quando o cuidado e a proteção dos pais parecem falhar antes de proporcionarem à criança a imunização necessária para reagir ao fracasso ambiental, produzindo a introdução prematura de uma experiência de frustração. Por ultrapassarem a sua capacidade de defesa, a ausência de uma relação de acolhimento e mediação parental entre a criança e o seu mundo poderá provocar vivências que desorganizam sua subjetividade, acarretando traumatismos ao psiquismo. Essas experiências estão relacionadas ao ingresso da criança na cultura, somadas à dificuldade de reconhecimento e intensa repressão de sua sexualidade por parte do adulto. Para além da existência dos acontecimentos traumáticos que participam da estruturação do psiquismo nascente, o autor refere-se a situações em que a “confusão de línguas” entre a linguagem do adulto e da criança poderá tornar o trauma desestruturante (FERENCZI, 1933/2011; 1934/2011).

Nesse momento, chamamos atenção para o cenário de nossa investigação. Como sinalizado, grande parte das famílias atendidas pelo Iprede vive em situação de pobreza e extrema pobreza, sendo significativa a carência de recursos e frequentes as ocorrências de diversas formas de violência. Acreditamos que a junção desses fatores poderá dificultar a tarefa materna de identificar-se ao seu bebê e protegê-lo das intrusões ambientais, tendo em vista que a própria mãe poderá encontrar-se em um estado de vulnerabilidade e desemprego, necessitando igualmente ser cuidada. Por esse motivo, o cenário ora descrito poderá provocar interferências que ameaçam não apenas o desenvolvimento emocional da criança, como também o “continuar ser” da mãe, acarretando consequências ao exercício de sua maternagem adaptativa. Algumas dessas situações serão narradas e analisadas ao longo de nosso trabalho.

Quando propõe o estado de preocupação materna primária, Winnicott (1956/2000) pontua a importância da mãe estar suficientemente bem amparada, seja pelo companheiro, familiares, instituições e Estado, para que possa dedicar-se aos cuidados com o seu bebê. O suporte que deve ser oferecido às mães é resultado de um trabalho coletivo com o objetivo de protegê-la contra qualquer obstáculo que se interpuser no vínculo formado por ela e seu bebê. Nas palavras do autor:

A jovem mãe precisa de proteção e informação; precisa do melhor que a ciência médica pode oferecer em termos de cuidados corporais e prevenção de acidentes evitáveis. Ela precisa de um médico e de uma enfermeira que conheça e em quem deposite confiança. Precisa de um marido, e de experiências sexuais satisfatórias (WINNICOTT, 1957/2011, p. 121).

Ao evidenciarmos a importância do ambiente oferecer a proteção e os cuidados sensíveis e adequados, ressaltamos o caráter específico de nosso campo de investigação atravessado por experiências de violência, fome, abandono, privações, dentre outros fatores. Tais vivências poderão resultar em uma verdadeira “confusão de línguas” tanto para as crianças como para as suas famílias, podendo provocar forte dessimetria entre a realidade imposta e as possibilidades de ação dos indivíduos.

A teoria winnicottiana enfatiza a atitude protetora e adaptativa do ambiente à condição de prematuridade e dependência do recém-nascido. Entretanto, conforme discutiremos em nosso próximo tópico, também destaca o valor positivo de uma oposição ambiental adequada à força vital do bebê. Nesse processo, a integração da personalidade será alcançada a partir da combinação entre a adaptação materna aos impulsos infantis e o oferecimento de certa resistência compatível com o padrão de motilidade da criança, favorecendo a transformação de uma impulsividade inicial e a fusão entre os potenciais agressivos e eróticos. Com a intensão de apresentar uma reflexão mais geral acerca do trabalho que a mãe realiza em sua maternagem, essas relações serão apresentadas a seguir.

4.3 Agressividade e a erotização: o *holding* das experiências infantis

A compreensão winnicottiana sinaliza para a indispensabilidade de uma provisão materna que já se faria presente durante período gestacional, ao considerar a necessidade de uma adaptação às vivências instintivas do bebê dependente do estado emocional da mãe-ambiente. Seguindo esse percurso, reforçamos a significância das experiências intrauterinas ao compreender que a pré-história da agressividade pode ser pensada em articulação com as reações à intrusão que o feto pode ser submetido.

Winnicott (1950/2000) localiza as raízes do impulso agressivo em um momento anterior à experiência do nascimento, atribuindo sua origem à atividade dos movimentos natatórios do embrião em oposição à resistência provocada pela parede uterina. Por conseguinte, uma agressividade não intencional já participaria do desenvolvimento, quando, por exemplo, o bebê chuta a barriga (útero) da mãe. Como também, após o nascimento, em um estágio anterior à integração da personalidade, quando a criança se apossa vorazmente dos mamilos que lhe oferecem o leite. Nesses estágios iniciais, o amor excitado poderá incluir

ataques imaginários ao corpo materno, pois a agressividade é imprescindível à capacidade de amar.

Esse impulso primitivo corresponde à atividade, motilidade da criança e, através dos cuidados recebidos, somados à temporalidade característica do desenvolvimento, tende a se organizar e se transformar em agressividade. A agressividade intencional pressupõe um alto grau de amadurecimento, apenas se tornando uma responsabilidade do ego ao final do processo de integração, quando a criança já organizou o seu mundo interno de modo a existir os sentimentos de raiva pela frustração e medo da retaliação. Todavia, há casos em que a atitude do ambiente não favorece a integração dessa manifestação inicial, sendo assim, a capacidade para a agressividade real poderá não se desenvolver.

A relação entre a função adaptativa do ambiente e a condição do bebê pode ser exemplificada no relato de uma paciente, conforme Winnicott (1949/2000, p. 264) reproduz:

No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão externa adapta-se ativamente à pressão interna, o elemento central da situação será a bolha, ou seja, o eu do bebê. Mas se a pressão do ambiente for maior ou menor do que a do interior da bolha, então a bolha não será o elemento principal, e sim o ambiente. A bolha adapta-se à pressão externa.

Por isso, no processo de amadurecimento pessoal estão envolvidos dois protagonistas: os impulsos instintuais do bebê e os cuidados e adaptação da mãe-ambiente. O modo como se processará o envolvimento desses fatores possibilitará três padrões diferentes de experiências que influenciarão no desenvolvimento da sexualidade e na sensação de realidade da experiência.

Em um estado considerado saudável, o indivíduo se desenvolve como centro da relação, logo, o ambiente adapta-se ativamente ao bebê, possibilitando uma série de experiências individuais. Através desse contato, é possível vivenciar a experiência máxima de motilidade, o que favorecerá a sua posterior fusão com o potencial erótico⁵⁵. Em consequência dessa atividade vivenciada na vida intrauterina, ao nascer, o bebê encontra uma realidade que já foi minimamente experimentada. Nessas condições, o ambiente pode ser constantemente descoberto e redescoberto através de uma repetição pelo contato, enriquecendo a consistência da existência de um mundo exterior e seus respectivos objetos.

No segundo padrão, é o ambiente se impõe, obrigando o bebê a adaptar-se e reagir às intrusões. Ao ter que responder às imposições de um ambiente que insiste em ser importante, a motilidade torna-se parte da experiência de reação, acarretando dificuldades à

⁵⁵ Winnicott (1950/2000) presume um estado primitivo em que os impulsos agressivos e eróticos não se encontram fusionados, desse modo, sua fusão seria uma conquista a ser empreendida ao longo do processo de integração, através da equação formada pela atitude do ambiente e a força vital (motilidade) do bebê. No indivíduo saudável, presume-se que haja uma maior fusão dos componentes agressivo e erótico.

composição da agressividade-erotização. Ao reagir, o bebê é empurrado para fora do estado de “ser” e, na tentativa de preservar uma existência individual, ocorre uma retirada em direção à quietude.

Em um padrão extremo, o ambiente impõe-se de uma maneira tão exagerada que sequer resta lugar à existência individual. Como resultado das excessivas intrusões, o bebê desenvolve-se como uma extensão do ambiente invasor e, buscando proteger-se, oculta o seu verdadeiro eu para poder existir, acarretando prejuízos a sua capacidade narcísica primária: “o indivíduo, assim, *existe por não ser encontrado*” (WINNICOTT, 1950/2000, p. 297, grifos do autor). Em virtude da significância das reações do bebê, pouca energia resta à motilidade e a fusão com o potencial erótico é prejudicada, ocorrendo uma erotização do impulso agressivo.

Quando a atitude do ambiente não possibilita a contenção das manifestações impulsivas, as intrusões impõem reações excessivas ao bebê, obrigando-o a responder continuamente aos imperativos externos. Desse modo, a criança se percebe vulnerável aos movimentos e inconstâncias do cuidador, podendo vivenciar as experiências de desamparo e fragilidade narcísica que prejudicam o seu “continuar ser”.

Essa relação também é retratada por Ferenczi (1933/2011; 1934/2011), ao sinalizar para as situações em que a criança é vítima de uma comoção psíquica que sobrevém precocemente, sem que ela tenha alcançado os recursos necessários para defender-se. Para se proteger do ambiente hostil, a clivagem de sua personalidade poderá resultar em manifestações de desorientação e confusão mental, acarretando a redução ou suspensão de sua atividade psíquica. Diante da subtaneidade do choque traumático, somada à incapacidade de se adaptar ao desprazer, a criança passa a exprimir atitudes marcadas pela submissão e resistência passiva às agressões e estímulos externos, à maneira de um saco de farinha, que abandona a sua própria forma para acomodar-se ao espaço em que é colocado; ou então, semelhante a um pedaço de cortiça no oceano, para retomar a metáfora winnicottiana.

Em articulação com o nosso campo de investigação, supomos que a situação pobreza e vulnerabilidades psicossociais provocam fortes intrusões e resistências do ambiente, podendo ultrapassar as condições ou capacidades de reação da população. Por necessitarem responder continuamente a um cenário de vida adverso, que exclui e desprotege os indivíduos pobres do acesso de recursos indispensáveis à sobrevivência humana, pode-se vivenciar o desamparo social e discursivo (PUJÓ, 2000; ROSA, 2002), ocasionando consequências disruptivas à subjetividade e risco de confrontação com o traumático. Essa ideia será retomada e discutida com o cuidado que merece em nosso último capítulo.

No Iprede, em alguns momentos de nossa participação, deparamo-nos com bebês muito silenciosos, quietos, que pouco procuravam o contato materno. Para além do baixo peso, a falta de atividade (motilidade) da criança parecia caminhar no sentido de seu desaparecimento, remetendo a uma retirada em direção à quietude. Nesses casos, ficamos nos questionando acerca das experiências gestacionais do vínculo mãe-criança: sem desprezar o cenário de vulnerabilidade e pobreza das famílias, o qual compromete muitas possibilidades de ação, que nível de adaptação (ou oposição) a mãe pôde proporcionar ao seu bebê? De que modo as experiências ambientais foram significadas e transmitidas à criança⁵⁶?

Embasados no trabalho clínico que vem desenvolvendo há mais de uma década na instituição, Martins e Kupermann (2017a) refletem sobre o mal-estar da experiência da fome e suas formas correlatas de sofrimento no contexto de pobreza e escassez alimentar em que estão submetidas as famílias assistidas pela instituição. Reconhecem a fome como um evento de dor extrema que vem sendo silenciado em nossa cultura sob os véus do segredo e da vergonha, impossibilitando a representação dessa vivência traumática e instituindo uma experiência subjetiva capaz de reatualizar histórias de privação, perdas, desamparo e a ameaça de morte. Perante as expressões de cansaço, silêncio e rostos vazios e rígidos, algumas mães parecem destituídas nas suas capacidades de fazerem escolhas, de sentir vontades, fazendo supor a presença de uma vergonha de si mesmas. Do lado da criança, são observados atrasos na conquista fala e inibições no brincar. Ao suporem uma dificuldade materna em operar a função especular⁵⁷, consequência de uma destruição sistemática da crença em si, os autores interrogam acerca dos impasses que poderão surgir nas operações simbólicas primárias, sinalizados pelas formas de sofrimento dessas mães e crianças.

Ainda na instituição, em uma pesquisa realizada no refeitório durante o almoço, foi possível evidenciar o modo e o ritmo que as crianças são alimentadas⁵⁸. Algumas mães oferecem o alimento acompanhado por palavras que variam desde um som prazeroso até um pedido impaciente. Há aquelas que optam por esfriar e cortar a comida para evitar que o filho queime a boca ou se engasgue. Em algumas cenas, o desejo pelo alimento foi evidenciado pelo movimento corporal da criança, quando esta se inclinava em direção à colher oferecida

⁵⁶ Em contrapartida, também é possível assistir a chegada de crianças cada vez mais hiperativas, barulhentas e com dificuldades de aceitar limites e proibições. Parece que estamos em contato com uma mesma questão, onde a ausência ou o excesso de oposição são igualmente prejudiciais à saúde do indivíduo.

⁵⁷ Martins e Kupermann (2017a) compreendem a função especular do rosto da mãe e articulação com a sua disponibilidade sensível. A importância do rosto materno de se comportar como espelho será evidenciada em nosso próximo tópico.

⁵⁸ As observações foram realizadas pela bolsista PIBIC Aimê Sousa, sob coordenação da professora Dra. Karla Patrícia Martins.

pela mãe. Ou ainda, na intenção de denunciar sua saciedade e reconhecer os limites de seu próprio corpo, a criança revirava o rosto, fechava a boca ou colocava a mão na intenção de interromper a aproximação da colher. Certas mães reconheciam o movimento dos filhos, adaptando a velocidade das colheradas ao pedido por eles estabelecido ou interrompendo a alimentação frente ao gesto de recusa. Em outras situações, o ritmo da alimentação era estabelecido pelo movimento materno, pois mesmo com a negação do alimento por parte do filho, ele permanecia sendo oferecido forçosamente (MARTINS; SOUSA, 2018-2019).

Também em observações feitas no ambiente institucional, Teixeira (2020) descreve uma cena em que é possível observar o movimento compartilhado pela relação materno-infantil. Durante a realização de uma palestra, uma mãe alimentava o filho com as comidas que tinha acesso: leite distribuído no acolhimento, pipocas oferecidas por outra mãe, biscoitos etc. Ao final da palestra, houve uma degustação de frutas e o menino e a sua mãe não se privaram do consumo dos alimentos. Pouco tempo depois, ambos estavam no refeitório alimentando-se da sopa disponibilizada durante o horário do almoço. A autora relaciona a repetição dessa ação como uma tentativa de aproveitar ao máximo os recursos ofertados pela instituição que, além de gratuitos, não estavam garantidos em outros momentos.

Ressaltamos que a nossa intenção não é sinalizar que o ambiente ideal é aquele que se adapta tão completamente ao feto ao ponto de não provocar nenhum tipo de resistência. Ao contrário, Winnicott (1950/2000) destaca o valor positivo de uma oposição adequada, compatível com a capacidade do indivíduo de reagir, ou seja, em concordância com o padrão de motilidade do bebê. Uma oposição adequada oferece um reconhecimento precoce do ambiente, contribuindo para a diferenciação entre o “eu” e o “não eu” e proporcionando a sensação de realidade de uma experiência vivida como satisfatória e prazerosa. A essa compreensão, Verztman e Klein (2018) acrescentam sobre a noção de experiência que permite a permanência do objeto, no caso, da alteridade, sendo o objeto transicional winnicottiano o elemento que possibilita o contato simultâneo *entre* a continuidade e a descontinuidade, atenuando a tensão entre o integrado e o não integrado.

Desde Freud, sabemos que os impulsos inconscientes não contemplam uma satisfação total, dessa forma, para que o desenvolvimento transcorra de modo saudável, é necessária a experiência da frustração capaz de instaurar o princípio de realidade. Todavia, conforme já demarcado, a adequada desadaptação às necessidades do bebê apenas poderá ser oferecida por uma mãe capaz de identificar-se e adaptar-se ao filho. O encontro sensível da mãe-ambiente com os impulsos instintuais e motores do bebê possibilitará a gradual

descoberta de um ambiente não-aniquilador, contribuindo para a integração da personalidade do ser. Conforme salienta Winnicott (1950/2000, p. 304):

O gesto impulsivo volta-se para fora e torna-se agressivo quando encontra oposição. Há realidade nessa experiência, e ela funde-se facilmente às experiências eróticas que aguardam o recém-nascido. Estou sugerindo que é esta impulsividade e a agressividade que dela deriva que levam o bebê a necessitar de um objeto externo, e não apenas de um objeto que o satisfaça.

De outra sorte, quando a oposição encontrada pelo bebê é exagerada e desadaptativa, pouco do seu potencial vital poderá ser convertido em atividade, já que grande parte dele estará investida em reações às intrusões⁵⁹. O potencial agressivo do bebê deriva da quantidade de oposição, semelhante ao movimento de uma gangorra: quando maior a oposição, menor será a sua capacidade.

Uma gangorra em movimento pressupõe a existência uma tensão que envolve suas extremidades, possibilitando com que elas se movam alternadamente em um balanço constante. Será justamente essa ritmicidade que proporcionará à criança a memória de um ambiente protetivo, contínuo e adaptativo. Ao contrário, quando a oposição experienciada pelo bebê é superior a sua capacidade de reagir, ele é vencido pelo peso do ambiente que se sobrepõe. Tem-se, então, a cessação de qualquer movimento: a gangorra para e a criança flutua sem peso, sem gravidade.

Um prazer compartilhado é sentido no “*ballet* do encontro” entre a mãe e sua criança, através da adaptação materna às necessidades do bebê, em um ritmo e uma temporalidade que se constituem na relação. Através da construção de um vínculo identificatório, a mãe proporciona uma função de espelhamento, refletindo e partilhando os afetos pulsionais vividos pelo bebê. A medida de compartilhamento oferecida pelo ambiente encontra-se referida a uma perspectiva temporal: o que pode ser vivenciado como excesso em determinado movimento, poderá alcançar valor de contenção em outro. O que se encontra em jogo não é somente a reprodução dos gestos e posturas da criança, mas a qualidade dos sentimentos que estão sendo compartilhados no vínculo. Caberá ao cuidador conter e sustentar aos afetos vivenciados pelo bebê de maneira a minimizar as experiências de intrusão ambiental para que estas não acarretem quebras significativas na relação materno-infantil (ROUSSILLON, 2008; ZORNIG, 2015).

Outra cena vivenciada na instituição serve de metáfora para essa relação: alguns bebês parecem que podem escorregar a qualquer momento dos braços maternos, como se não oferecessem peso, resistência. Com frequência, questionamo-nos se essa pouca densidade não

⁵⁹ Estaríamos aqui diante dos bebês silenciosos?

estaria relacionada com a representação que a mãe faz de sua criança. Por não encontrar oposição no corpo de sua mãe, pouca atividade resta à criança, já que o ritmo – potência – materno se faz imperativo.

Em um momento inicial, anterior à ideia de concernimento⁶⁰, o bebê não percebe que o corpo materno que ele ataca nos momentos de excitação é o mesmo objeto que valoriza durante os calmos intervalos de sua personalidade. Essa dissociação entre os momentos de agitação e quietude pode incluir ataques imaginários e destrutivos à pessoa amada, muito embora a criança não tenha a intenção de destruir. Winnicott (1950/2000) relembra a importância da mãe sobreviver a esses ataques⁶¹, pois o acúmulo dessas experiências positivas possibilita para a criança um caminho seguro para a integração em sua unidade. Evidenciam-se a positividade da destruição do objeto e a (in)destrutibilidade do ambiente, produzindo como resultados a criação das realidades interna e externa, a sensação de unidade e o surgimento da criatividade (PINHEIRO, 2016a; 2018a; 2018b).

Ao sinalizar para o paradoxo entre as funções de destruição e criação, Pinheiro (2018a, p. 300) articula o pensamento winnicottiano ao dualismo pulsional freudiano, ao considerar os “[...] modos por meio dos quais um único impulso primitivo se expressa em termos de uma oposição inclusiva [...]”. A agressividade não intencional estaria referida ao impulso original e desagregador necessário à constituição subjetiva do indivíduo, semelhante ao conflito travado entre as pulsões de vida e de morte. Na economia pulsional, a vivência de uma experiência de satisfação, alcançada pelo rebaixamento de uma quantidade de excitação, implica na tentativa de retorno a um estado anterior de (des)organização psíquica. Logo, a pulsão comporta uma cota de destrutividade elementar, ou ainda, a tendência ao conflito, oposição (FREUD, 1920; PINHEIRO, 2016a; 2019b; SCARFONE, 2011).

Em situações de pobreza e vulnerabilidades psicossociais, quando não se pode contar com uma ajuda solidária ou comunitária, nem mesmo como com políticas públicas efetivas, dificilmente as mães podem gozar de uma rede de apoio capaz de oferecê-las a proteção adequada e necessária ao desenvolvimento do estado de preocupação primária. Refletimos sobre os impasses que essas mulheres encontram para suportar os ataques de suas crianças, principalmente quando já se sentem tão subtraídas pela maternidade. Frente a tantas adversidades, quais possibilidades restam à mãe para promover oposição à atividade dos filhos?

⁶⁰ Aceitação da responsabilidade, ou seja, ausência de preocupações com as consequências de um ato: “isto não me importa” (WINNICOTT, 1950/2000, p. 291).

⁶¹ Em um cenário winnicottiano, tais ataques seriam sinônimos de atividade instintiva, erotismo muscular, tratando-se de uma agressividade parcial e destituída de intencionalidade destrutiva (*Ibid.*).

Acreditamos que a mãe depressiva é aquela que não consegue empreender resistência aos movimentos do bebê, não conseguindo manter os aportes agressivo e erótico na relação com a sua criança. Uma mãe que desistiu, pois abriu mão de sua própria agressividade e sexualidade. Em cenários semelhantes ao de nossa pesquisa, podemos pensar que uma depressão materna pode estar relacionada com um contexto de falhas nas provisões ambientais. Nesses casos, a desistência parece ser o contraponto da depressão.

Retornando à metáfora da gangorra, agora, seria a mãe que vagaria sem gravidade. Por mais que antagônicas, nas duas situações é possível suportar obstáculos à função desempenhada pelo ambiente: sua facilitação adaptativa falha em algum aspecto ou grau. Para pensar em termos de normalidade, isto é, saúde, tem-se a necessidade de um movimento, uma tensão constante, porque quando a gangorra para, um dos lados é facilmente sobreposto pelo outro. Aqui, o que está sendo exemplificado pela gravidade se refere à disposição libidinal da mãe capaz de oferecer certa contenção ao vínculo estabelecido com sua criança, simbolizando a força de tração da gangorra. Portanto, essa força gravitacional seria diretamente proporcional aos recursos libidinais maternos, ou melhor, conforme apresentaremos em seguida, à sexualidade da mãe.

Quando a personalidade já alcançou o estado de concernimento da figura materna, “[...] não só a aquisição do *status* de unidade mas também a junção do amor e do ódio e ao reconhecimento incipiente da dependência” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 375), pode-se observar a existência do sofrimento ou sentimento de culpa nas situações em que, durante os momentos de excitação, a criança inflige uma ação danosa no outro. Diferentemente do que ocorre no momento anterior, a criança começa a perceber e “importar-se”⁶² com os efeitos de seus impulsos agressivos não apenas em sua mãe, mas em seu próprio eu, tornando-se capaz de administrar o seu mundo interno e diferenciar as experiências boas e prazerosas das ruins e desprazerosas.

Espera-se que com a ajuda de uma mãe suficientemente boa, a criança possa orientar o seu sentimento de culpa, desenvolvendo a confiança em si própria e no que ela poderá esperar da vida, tornando-se capaz de descobrir um anseio pessoal por construir e reparar em seu relacionamento com o mundo compartilhado. Conseqüentemente, a agressividade pode alcançar o estatuto de um valor social, manifestando-se através de ações na realidade externa e participando da experiência cultural.

⁶² Início da fase de concernimento, origem do sentimento de responsabilidade.

Esclarecemos que o processo ora apresentado não decorre de modo fiel às polaridades descritas, mas como uma gradação desses extremos, podendo a oposição – e o potencial agressivo que dela resulta – ser encontrada em maior ou menor grau. O desenvolvimento emocional do indivíduo não é um percurso que caminha linearmente à integração e nem diz respeito a uma entidade acabada e sólida, ao contrário, ele “[...] vai e vem, e mesmo quando alcançado em alto grau pode ser perdido devido a uma situação ambiental adversa” (WINNICOTT, 1950/2000, p. 289).

Com base na concepção winnicottiana, evidencia-se que o desenvolvimento da sexualidade é consequência do processo de amadurecimento pessoal do bebê que, para crescer, precisa que a mãe lhe guie por um caminho rumo à integração. Nos primórdios da vida, as relações do pequeno humano não seriam nem mesmo duais, pois o bebê não existe separado do ambiente materno. Nessa perspectiva, a sexualidade seria resultado dos esforços empreendidos na negociação entre os impulsos agressivos e o ambiente, que tenderiam à paulatina integração.

4.4 Afetos e sexualidade da mãe como operadores do nascimento psíquico

No que diz respeito ao processo do desenvolvimento emocional do indivíduo, a teoria winnicottiana destaca dois conjuntos de experiências: as manifestações instintuais do bebê e a provisão especializada e adaptativa do ambiente, ora exemplificada pela figura e cuidados da mãe. Na compreensão de Winnicott (1954/2000, p. 377):

Há um impulso biológico por trás do progresso. Um dos postulados da psicanálise é o de que a saúde implica na continuidade desse progresso evolutivo da psique, e de que saúde significa maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo, sendo óbvio que tal maturidade refere-se a esse progresso evolutivo.

Nesse tópico, objetivamos discutir acerca da função materna responsável por proporcionar ao bebê os recursos psíquicos e emocionais indispensáveis aos estágios de integração e personalização.

Em decorrência de sua não-integração primária, o recém-nascido não experimenta o processo do nascimento como uma separação do objeto materno, não existindo a percepção de que algo falta. Essa condição deverá se prolongar durante os meses iniciais após sua chegada ao mundo, período em que a maioria das mães dedicará uma adaptação delicada às necessidades da criança⁶³. Perante o seu estado de prematuração e dependência, o bebê apenas

⁶³ Essa condição materna é descrita por Winnicott (1956/2000) a partir do estado de preocupação materna primária.

existe na relação com o cuidador, a partir da experiência de estar sendo cuidado como “o bebê de alguém”. Na situação bem-sucedida do narcisismo primário, “[...] o ambiente sustenta o indivíduo, e o indivíduo ao mesmo tempo nada sabe sobre ambiente algum – e é uno com ele” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 380).

Nessa etapa em que as experiências de satisfação da criança limitam-se aos movimentos do cuidador, a provisão materna desempenha função primordial para o seu amadurecimento e desenvolvimento pessoal e “[...] quanto mais próximo a mãe chegar de uma compreensão exata das necessidades do lactente, melhor” (WINNICOTT, 1962/2007, p. 49). Ao adaptar-se ativamente, a mãe pode alcançar uma percepção muito sensível do que está acontecendo com o seu bebê, proporcionando um contexto inicial adequado às experiências infantis ao executar a ação específica necessária para o alívio dos desconfortos do recém-nascido.

Através de uma identificação que perpassa a relação materno-infantil, a mãe poderá oferecer interpretações aos choros, movimentos e expressões da criança, significando o seu mal-estar e desempenhando uma conduta de antecipação. Todavia, esta função interpretativa não é livre de caprichos, pois o bebê dá-se a ler pela mãe, a qual traduz em significante o seu apelo:

Os cuidados necessários para uma criança, promovidos em geral pela mãe, são permeados por questões pulsionais na via do desejo. Portanto, o exercício da maternagem não pode ser pensado unicamente pela necessidade que uma criança tem de ser cuidada (STELLIN *et al.*, 2011, p. 172).

A existência de uma função identificatória torna a mãe capaz de suportar e antecipar um sujeito no bebê, estabelecendo as demandas que estariam a ele direcionadas e realizando as operações fundamentais à estruturação e ao desenvolvimento da criança. Nesses momentos, a mãe parece apresentar uma compreensão quase mágica das necessidades do filho, de maneira que o bebê começa a necessitar exatamente o que ela lhe oferece. Winnicott (2012) refere-se à necessidade de uma participação ativa do cuidador que segure o bebê e dele cuide, ao apontar que o protótipo de todos os cuidados com os bebês é o ato de segurá-los. Na condição da criança ter sido suficientemente bem segura em seus estágios iniciais, ela provavelmente será capaz de atravessar as fases de seu desenvolvimento emocional de modo satisfatório.

Na acepção winnicottiana, o filhote humano não poderá “começar a ser” exceto sob determinada condição: ao menos que esteja ligado ao cuidado materno. A manipulação e condução geral no cuidado com o bebê ocorrem de maneira não mecânica e muito diferem do saber técnico e especializado de médicos e enfermeiros, pois implica necessariamente a

empatia materna. Winnicott (1960/2007, p. 44, grifo do autor) elege o termo *holding* “[...] para significar não apenas o segurar físico de um lactante, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*”⁶⁴. A sensibilidade e identificação da mãe oferecem a provisão e continuidade de um cuidado consistente que ultrapassa o aspecto puramente fisiológico, possibilitando a elaboração das experiências do bebê que são inerentes a sua existência. A sustentação do recém-nascido por uma presença sensível e adaptativa oportuniza o fornecimento de um contexto de confiança e proporciona as bases tanto para saúde mental do indivíduo como para o exercício da futura mãe⁶⁵.

Ademais, Winnicott (1967a/2019; 2012) enfatiza a importância do rosto materno de se comportar como espelho e refletir as necessidades e emoções do filho, semelhante a uma espécie de tradução das urgências instintuais. Caso a mãe esteja deprimida ou preocupada, a criança não poderá ver nada além de um rosto vazio, carente de expressões, impossibilitando o surgimento de trocas significativas na relação. O vínculo da mãe com a sua criança representa importante matriz, lugar de partida, indispensável para a inscrição dos limites psíquicos e corporais do bebê e suas relações de desejo (DAUER, 2015; MARTINS; GOMES, 2012).

Com base no exposto, pontuamos a importância de se considerar o estado emocional da mãe para o exercício da boa maternagem. Ainda que, ao fazer referência aos começos maternos, não podemos desprezar as suas vivências infantis em sua condição de filha, consoante assinala Winnicott (2012, p. 74-75):

Quando ela também era bebê, teve exatamente as mesmas necessidades. Ela não se lembra, mas nunca se perde uma experiência para sempre, e de alguma forma acontece de a mãe ajustar-se à dependência de seu bebê através de uma compreensão pessoal extremamente sensível, que a torna capaz de adaptar-se a necessidades reais.

Nessa tarefa de cuidar de seu bebê, caberá à mãe protegê-lo dos problemas e complicações que ele ainda não é capaz de responder e defender-se, apresentando o mundo em um formato simplificado e adaptado à sua capacidade de percebê-lo. Seus cuidados deverão oferecer uma constância na intenção de evitar ou minimizar os primitivos ataques de ansiedade que poderão ser sentidos pela criança, possibilitando a futura e gradativa construção de um sentimento de continuidade existencial e permitindo que o crescimento pessoal tenha

⁶⁴ “A expressão ‘viver com’ implica relações objetais, e a emergência do lactante do estado de estar fundido com a mãe, e sua percepção dos objetos como externos a ele próprio” (WINNICOTT, 1960/2007, p. 44).

⁶⁵ “Deve-se notar que mães que têm em si prover cuidado suficientemente bom podem ser habilitadas a fazer melhor cuidando de si mesmas, de um modo que reconhece a natureza essencial de sua tarefa. As mães que não tem essa tendência de prover cuidado suficientemente bom não podem ser tornadas suficientemente boas pelas simples instruções” (*Ibid*, p. 48).

lugar. O amor materno é aqui transmitido à criança através dos sensíveis cuidados corporais: *holding* (WINNICOTT, 1945/2000; 1962/2007).

Já na vida intrauterina, Winnicott (1950/2000) demarca que a adaptação materna funcionaria como uma espécie proteção, barreira⁶⁶ encarregada de conter as intrusões ambientais. Quando essa proteção não é adaptativa, o ambiente impõe ao bebê a necessidade de reação, podendo provocar insegurança ao seu “continuar ser”. Portanto, desde o princípio, a mãe desempenha importante função na saúde mental de sua criança, ao facilitar para que as experiências do nascimento sejam vivenciadas como suaves e não significativas.

No período anterior ao parto e logo após o nascimento, o recém-nascido se encontra totalmente dependente do estado emocional e dos cuidados maternos no atendimento de suas necessidades físicas e emocionas. Entretanto, igualmente à importância de uma adaptação ativa ao filho, faz-se necessária sua gradual desadaptação. À proporção que a mãe consegue perceber o potencial filho em aguardar a resposta de seu apelo, ela não se sente mais “obrigada” a atender prontamente os pedidos da criança e, progressivamente, vai frustrando-a na obtenção de uma satisfação imediata, inserindo-a no princípio da realidade. Serão os cuidados oferecidos até aqui que prepararão a criança para este momento.

Essa relação pode ser pensada em associação com o que Winnicott (1950/2000) propõe sobre as raízes da agressividade e, posteriormente, da sexualidade, ao considerar necessária uma negociação entre a motilidade do feto (impulsos agressivos) e o ambiente (útero materno). Em um padrão ideal ao desenvolvimento do indivíduo, o ambiente deverá oferecer certa resistência capaz de resultar na vivência de uma experiência sentida como real. Uma oposição adequada representa um estímulo valioso ao desenvolvimento, proporciona uma experiência precoce de alteridade e constitui o solo para as experiências primitivas de reconhecimento do mundo externo (PINHEIRO, 2018a; 2018b; WINNICOTT, 1950/2000).

A partir do trabalho no Iprede, constatou-se que alguns casos de desnutrição infantil coincidiam com o período do desmame, apontando para fatores subjetivos que se apresentavam na relação das mães com suas crianças. Por exemplo, em algumas situações, a mãe justificou a interrupção repentina da amamentação em decorrência da descoberta de uma nova gestação, por conta disso, a perda do seio materno foi vivenciada de forma brusca e significativa. Os impasses na experiência do desmame podem estar relacionados à dificuldade

⁶⁶ Na tentativa de conferir manutenção e equilíbrio ao psiquismo, Freud (1920/1996) supõe a existência de um escudo protetor encarregado de filtrar e atenuar as excitações psíquicas que ultrapassem determinado limite de intensidade. Essa barreira protetiva funcionaria como um envoltório ou membrana especial responsável por neutralizar a energia excessiva dos estímulos.

materna em limitar o acesso à mama e, por consequência, realizar a oposição, ausência ou falhas necessárias ao processo de desadaptação gradual (CARVALHO, 2011; DAUER, 2015).

Ao propor o conceito de preocupação primária, Winnicott (1956/2000; 2012) contempla a existência de um tipo de identificação materna especialmente sofisticada, que a torna profundamente devotada aos cuidados do seu bebê, oportunizando com que os processos de desenvolvimento permaneçam ativos. Para isso, leva em consideração a posição da mãe e sua condição narcísica, conferindo aos meses gestacionais um período de preparação, momento em que espera ocorrer uma importante transformação na mulher, que deverá passar de um tipo de egoísmo a outro.

Essa sensibilidade exacerbada pode ser descrita como um estado de “loucura materna”, visto que a mãe está tão envolvida com o seu bebê a ponto de excluir ou esquecer-se de quaisquer outros interesses. Com base em Freud (1914/2010), o amor materno simboliza a revivescia do seu próprio narcisismo já abandonado que se atualiza na criança; pois “no filho que dão à luz, uma parte do seu próprio corpo lhes surge à frente como um outro objeto, ao qual podem então dar, a partir do narcisismo, o pleno amor objetal” (p. 35). Assim, a criança é inserida em uma cadeia simbólica através dos ideais parentais.

Passado alguns meses após o nascimento, ao curar-se do estado de “enamoramento”, desenrola-se uma progressiva desadaptação materna, que empreende uma alternância em seus cuidados. O equilíbrio narcísico da mãe a protege contra um estado permanente de adoecimento, permitindo-a alternar os investimentos dedicados à criança com os outros elementos que compõem o seu desejo. Conforme apresentado, essa desadaptação possibilita um contexto propício ao desenvolvimento do indivíduo, sendo fundamental para que a criança possa vir a se experimentar como um ser independente. Além do mais, em nossa concepção, a capacidade de efetuar uma mudança na relação adaptativa com a criança aponta para os afetos e sexualidade da mãe.

Winnicott (2012) salienta para um cuidado que só o contato humano especialmente identificado com o filho é capaz satisfazer. Caso desenvolva a preocupação primária, a mãe saberá exatamente como cuidar do seu bebê, facilitando os processos necessários ao seu desenvolvimento e constituição, sendo desnecessário, ou até mesmo prejudicial, dizer-lhes o que deve ser feito⁶⁷. À medida que o bebê possui um enorme potencial para “continuar ser”, igualmente, a mulher pode encontrar em seu desejo – sua sexualidade – o potencial para ser uma mãe “suficientemente boa”.

⁶⁷ No capítulo seguinte, evidenciaremos as consequências de quando esse potencial materno é negado pelas práticas e serviços de saúde, podendo se constituir como uma experiência da ordem da desautorização.

Apoiado de uma concepção energética, Freud (1914/2006) propõe a necessidade de uma regulação contínua entre a libido do Eu e a libido do objeto, pois o investimento originário proveniente no Eu poderá ser cedido aos objetos e retornar mais tarde, devido ao desinvestimento do mundo externo. Confere, então, a existência de um conflito, tensão libidinal, remetendo-nos, novamente, ao movimento de uma gangorra: conforme se emprega uma, a outra empobrece. Essa relação pode ser exemplificada a partir da atitude narcísica que muitos pais oferecem aos seus filhos, ao descolar o seu próprio narcisismo ao bebê. Não obstante, lembramos que a oferta desses investimentos carrega certa limitação, necessitando do estabelecimento de um gradiente capaz de possibilitar com que a relação permaneça em movimento. Em vista disso, a existência do sujeito estaria referida a uma constante oscilação entre os campos do eu e do objeto, que regularia a distribuição de seus investimentos libidinais (BIRMAN, 1999).

Compreendemos a ação materna como responsável por oferecer um limite ou oposição em sua relação com o filho, efetuando uma negociação entre as necessidades da criança e os desejos da mãe para além daquela. Ao passo em que a mãe não se percebe mais obrigada a tudo responder, ela também parece saber exatamente os momentos que a criança é capaz de tolerar a falta, podendo intercalar a dedicação ao filho com outras atividades, permitindo-se gozar de interesses que não se restringem à criança. Esse momento coincide, muitas vezes, com a experiência do desmame, a entrada do bebê na creche, o retorno da mãe ao trabalho (dentro ou fora do lar), bem como demais atividades que participam de sua vida social (relacionamentos com conjuge, filhos, familiares, amigos etc.) ou a descoberta de uma nova gravidez, conforme a nossa experiência no campo evidenciou. Por meio das operações de alternância e falhas gradativas na provisão de cuidados, a mãe transmite a mensagem que o seu narcisismo comporta outras formas de satisfação afora o filho, garantindo que a gangorra mantenha-se em movimento⁶⁸.

Muito além do atendimento das necessidades fisiológicas e dos cuidados corporais do bebê, sinalizamos para a importância dos recursos maternos: a disponibilidade psíquica da mãe para com a sua criança. Compreensão que bastante diverge da teoria do instinto materno, defendido pelo poder médico higienista, que reduz a feminilidade ao desígnio da biologia e institui a correspondência única entre a mulher e a maternagem. Acerca dessa tirania biológica, Lobo (2018, p. 18) critica o modelo social que supõe à mulher uma vontade generalizada e indiscutível pela maternidade, relatando experiências de mulheres que, em sua

⁶⁸ Mais acima, assinalamos para o papel positivo das falhas ambientais à medida que o indivíduo avança em seu processo maturativo, possibilitando o reconhecimento do mundo externo e as relações de objeto.

condição de mãe, descrevem sentirem-se atadas ao “[...] ter visto eliminada sua capacidade para mover-se, distanciar-se de casa e sentir que são donas de si, mesmo quando passam a ser avós”.

Por compreender a função materna como efeito de uma operação psíquica, a psicanálise rompe com a ideia de um amor materno instintivo. O exercício da maternagem está relacionado a um processo de construção, de forma que uma mulher não se configura primordialmente como mãe. O cuidado materno ultrapassa a manipulação física e a satisfação das urgências orgânicas, pois contempla os recursos psíquicos⁶⁹ que a mãe empregada na relação com o seu filho. Em oposição a uma ordem natural, observa-se a prevalência do sexual da mãe, sendo os seus cuidados adaptativos permeados pelas questões pulsionais e investidos de desejo. Ao interrogar sobre o lugar da mãe no processo de humanização do bebê, a teoria psicanalítica valoriza um cuidado emocional associado à disponibilidade materna e que comporta ambivalências (LOBO, 2018; STELLIN *et al.*, 2011).

Ainda que teoria winnicottiana indique sobre a tarefa materna de fornecer uma situação ambiental adequada ao início da vida, ela considera o estudo da mãe para além do aspecto puramente biológico, privilegiando características da personalidade do adulto, por exemplo, sua sensibilidade, capacidade empática e disponibilidade identificatória. Lobo (2018) pontua que a noção da mãe suficientemente boa não pretende ensinar sobre a boa maternagem, visto que o modo como as mulheres se constituem mães não pode ser premeditado ou é fruto da intenção:

A mãe não desempenha um papel, não o intelectualiza, apenas o vive de modo genuíno e mais do que qualquer outra coisa, sente – e ‘conta’ a seu bebê – quem ela é e como é a vida. O que implica que algumas mulheres serão capazes de amar seus filhos com suficiente bondade e outras não. Não há receitas (p. 52).

Quando propôs a existência de uma sexualidade infantil, Freud (1905/2006) foi responsável por dissociar a libido de uma perspectiva perversa, genital e normativa, tornando-a componente essencial do sexual. A organização libidinal se processaria de diferentes maneiras, de acordo com as sucessivas etapas da vida, mediante as formas de alcance ou da obtenção de descarga pulsional. Em uma perspectiva energética, o componente libidinal seria equivalente a uma quantidade de energia, excitação em estado de fluxo, que alcançaria a satisfação através da estimulação apropriada da zona erógena elegida.

⁶⁹ Lembramos que a disponibilidade dos recursos psíquicos maternos está diretamente relacionada à significância das intrusões do ambiente, desse modo, quando mãe necessita continuamente responder aos estímulos ambientais, os recursos necessários à provisão os cuidados adaptativos estarão significativamente diminuídos.

Em seus “Três ensaios”, expõe o modo como os cuidados maternos permitem suprir não apenas a carência biológica do recém-nascido em seu estado de prematuração, mas também possibilitam a constituição do psiquismo. A atividade sexual que inicialmente apoia-se em fontes que servem à preservação da vida tão logo se diferencia da função vital, configurando-se como da ordem do pulsional. Tomando como exemplo a alimentação, temos que o desejo de repetir a satisfação de mamar no seio materno torna-se autônomo em relação ao alimento, sendo a satisfação alcançada no próprio corpo, de maneira autoerótica. Por ser atravessado por um circuito pulsional, o corpo ultrapassa em muito o registro biológico da vida, elevando o organismo humano a um corpo pulsional. Para além dos cuidados físicos e corporais, a mãe oferece o atendimento das necessidades pulsionais da criança, favorecendo a transmissão do circuito de desejo e a ascensão de um corpo erógeno, introduzindo a dimensão da sexualidade (DAUER, 2015; FREUD, 1905/2006).

Essa transmissão se torna possível porque o sexual da mãe participa da relação com a sua criança. Ao tomar o filho como parte de seu próprio corpo, a mãe oferece as condições indispensáveis para a sobrevivência de sua criança, antecipando um sujeito, estabelecendo demandas e mediando os objetos de satisfação. Dito de outro modo, por tomar a experiência corporal da criança para si e pronunciar a esse respeito um significante, as manifestações corporais do bebê podem ser enlaçadas pela função materna e seu corpo ganha forma e valor: erotiza-se. Acerca do exposto, Birman (1999, p. 48-49, grifo do autor) sinaliza: “[...] a vida enquanto possibilidade para o sujeito se transmite pelo erotismo das figuras parentais”, desse modo, “[...] a existência seria da ordem da *transmissão* para o sujeito, implicando até mesmo o registro biológico da vida”.

Com a realização do grupo com as mães, foi possível escutar os diferentes interesses que participam do desejo das mulheres: relacionamento com filhos, companheiro, familiares e amigos, preferências alimentares, experiências de violências, falta de dinheiro, afazeres domésticos, atividades de lazer, sonhos etc. Considerando o singular de cada fala, a maneira como a sexualidade aparece nas narrativas das participantes aponta para uma dimensão capaz de oferecer significativos desdobramentos a nossa investigação. Em outras palavras, sinalizamos para o modo como as mulheres não se limitam à posição de viverem exclusivamente como mães de suas crianças. O fato de não cumprirem com o ideal que atribui a maternidade como uma característica essencial da mulher, reduzindo a sua sexualidade à imagem da mãe, é de grande importância para ambos os envolvidos. Por não encontrar no bebê a totalidade de sua satisfação, ela torna-se capaz de demarcar limites em sua relação com o filho. À vista disso, salientamos para o quanto as práticas sexuais da mãe se tornam

fundamentais para a realização de um trabalho que torno da criança, possibilitando as operações necessárias à constituição psíquica e ao desenvolvimento do bebê.

A compreensão de uma mãe-ambiente que age de modo suficientemente bom pressupõe a adaptação sensível às necessidades físicas e psíquicas do recém-nascido, sem desconsiderar a alternância entre os êxitos e as falhas de suas provisões, de modo a permitir a continuidade do processo de amadurecimento pessoal. Logo, a qualidade dos cuidados iniciais está relacionada à capacidade materna de se identificar com o nível de dependência em que a criança se encontra, conferindo início a uma relação de confiabilidade com os objetos externos. Temos ciência dos perigos de uma adaptação perfeita, contudo, o risco se dá quando a situação de falha ambiental ocorre em um estágio primitivo do desenvolvimento emocional. Quando o ambiente falha em sua tarefa de adaptar-se, o indivíduo precisa reagir a uma sucessão intrusões externas, acarretando experiências de ruptura ou falência narcísica e podendo alcançar potencial traumático de valor desestruturante.

No cenário materno-infantil, pensamos os afetos maternos como um importante operador capaz de efetuar certa gradação ou dosagem em sua relação de cuidados com a criança, a qual poderá ser ora marcada pela oferta e adaptação, ora pela limitação e resistência. Em nossa perspectiva, os investimentos libidinais e a sexualidade da mãe oportunizam a contenção dos impulsos agressivos do bebê, possibilitando a organização de uma economia psíquica, juntamente com o tratamento do pulsional infantil. O estabelecimento dessa tensão representa estímulo valioso e indispensável às experiências primitivas que servirão de base para a construção da sensação de realidade, bem como para o reconhecimento das limitações e privações que ela acarreta.

Isto posto, demarca-se a inexistência de uma correspondência entre as provisões materiais e a realização de uma maternagem suficientemente adaptativa, favorecendo a compreensão de um espaço de indeterminação da experiência subjetiva (DUNKER, 2011). Porém, em situações de extrema pobreza e vulnerabilidades psicossociais, a existência humana é constantemente atravessada por excessos, falhas e rupturas ambientais, as quais poderão se configurar como uma fonte permanente de intrusões que ameaça o indivíduo e repercute nas muitas formas de desigualdade, discriminação e preconceito (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012; MOURA JR. *et al.*, 2014).

Em decorrência da dificuldade de reação ou resistência aos imperativos do ambiente, por exceder as alternativas de uma ação limitada às possibilidades individuais ou coletivas, acreditamos que a condição de privação de necessidades fundamentais (dentre elas, saúde, educação, moradia, trabalho, lazer etc.) desprotege e exclui grande parte da parcela

pobre da sociedade (ROSA, 2002; ROSA, ESTEVÃO, BRAGA, 2017), podendo repercutir na disposição libidinal materna e no estado de desamparo social, estando sob condições traumáticas. Para Souza (2009), os fracassos ambientais reproduzem um processo histórico que atravessa gerações, legitimando o abandono social dos setores mais fragilizados socialmente e a experiência de humilhação cotidiana como um fardo percebido como própria culpa, engendrando a fragilização da ideia que o brasileiro tem de si.

Por compreender a especificidade do lugar que a população pobre ocupa na estrutura social, mais especificamente as famílias que participam do Iprede, propomos pensar a construção de uma clínica que valoriza a promoção do cuidado sensível e adaptado à singularidade do indivíduo, de modo a reproduzir as técnicas da boa maternagem e confiabilidade no ambiente. Esse trabalho poderá auxiliar nas situações em que se vivencia impasses no vínculo materno-infantil, possibilitando a (re)criação de condições que positivem o exercício de uma maternagem que repercute na saúde mental dos envolvidos.

5 PROPOSIÇÕES PARA UMA CLÍNICA DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL

Herdeiros de uma tradição clínica que valoriza os tratamentos centrados na medicalização e na adoção de técnicas de controle comportamental, com frequência, os serviços de saúde encaminham suas ações terapêuticas de modo a favorecer a patologização e normatização a vida cotidiana. No campo da saúde mental, observa-se a urgência de respostas ao sofrimento psíquico com o objetivo de que qualquer dor ou mal-estar possa ser rapidamente identificado, silenciado ou extirpado. Frente à supervalorização do diagnóstico e das terapias medicamentosas, muitos profissionais da área acabam por negligenciar e excluir as demais dimensões do indivíduo, dentre elas, a psíquica. Esse cenário repercute negativamente no desenvolvimento de projetos de práticas clínicas que evidenciem uma compreensão subjetiva, acarretando no desconhecimento de formas singulares de organização e enfrentamento individual e coletiva (MADER, 2016; MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2014; MORETTO, 2016; 2019; ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2008).

Com o objetivo de pensar o trabalho do psicanalista nas instituições de saúde, inspiradas nas reflexões de Kupermann (2016); Marcon (2016); Martins e Vilhena (2014); Miranda e Onocko Campos (2014) e Moretto (2019), dentre outros autores, sustentamos a ampliação do *setting* analítico para a esfera pública, atravessada pelas determinações sociais, políticas e ideológicas. Sem desprezar as tensões, diferenças e contradições teórico-clínicas e epistemológicas das áreas, apontamos para a necessidade de aproximações entre elas, visto que os dispositivos no coletivo oferecem elementos indispensáveis à constituição psíquica. Esperamos que as questões apresentadas nesse capítulo possam contribuir para a construção de uma prática que considere a singularidade do sofrimento e proporcionem a sua elaboração, ofertando uma atenção e cuidado sensíveis às diferentes formas de organização subjetiva e social.

5.1 Balizadores da clínica psicanalítica para a Saúde Pública

No exame que realiza sobre a construção da noção de saúde coletiva, Birman (2005) a diferencia da saúde pública, referindo-as a diferentes modalidades de discursos, com fundamentos epistemológicos diversos e registros históricos particulares. Apresenta o campo da saúde pública marcado pela cientificidade e investimento político da medicina moderna e pelas práticas sanitárias relacionadas à produção de estratégias preventivas de enfermidades,

que passam a incluir necessariamente as condições coletivas de salubridade. Diante do poder social da medicina, o discurso naturalista de pretensão universalizante impulsionou a crescente reprodução e diversificação da medicalização do espaço social, silenciando qualquer consideração que não seja alcançada pelo conhecimento biológico e, conseqüentemente, apagando as diferenças de ordem simbólica e histórica do indivíduo e sua comunidade.

Na intenção de oferecer uma compreensão da saúde mais abrangente e complexa do que a concepção médica científica, a saúde coletiva passa a introduzir o conhecimento produzido pelas ciências humanas e sociais, produzindo efeitos nos planos político, ético e social ao problematizar as categorias de normal, anormal, patológico, vida e morte. Por não se restringir à perspectiva naturalista e relativizar a hegemonia atribuída ao paradigma biomédico, promove uma abertura conceitual do campo da saúde para outras leituras possíveis, ao contemplar a relação do sujeito com o seu corpo simbólico, inscrito no código cultural e marcado pelas relações de poder que organizam o tecido social⁷⁰.

Birman (2005) assinala que a troca do significante público pelo coletivo acarreta desdobramentos ao espaço hegemônico que o Estado ocupa na gestão política e regulamentação social. Frente ao reconhecimento do poder instituinte da sociedade em seus diversos planos e instituições, ao se promover novos espaços de investigação que contemplam os determinantes sociais, relativiza-se a força e o lugar ocupado pelo Estado, possibilitando uma multi e interdisciplinaridade à área da saúde coletiva e admitindo uma diversidade objetos e discursos teóricos, sem implicar em posições hierárquicas e valorativas⁷¹.

Com o reconhecimento da importância das subjetividades e dos processos sócio-históricos da humanidade, viabilizam-se novas possibilidades e reflexões sobre sujeito e seu entorno social, tornando o fenômeno saúde-adoecimento produto de uma maior complexidade, articulado aos aspectos orgânicos, psicológicos, históricos, sociais e ambientais. Nesse cenário que favoreceu o estabelecimento do campo da saúde coletiva, vincula-se à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, a partir da compreensão ampliada de saúde, promove mudanças no modelo curativo ao fomentar práticas de promoção e prevenção de saúde, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, visando à

⁷⁰ Atualmente, dilui-se a dicotomia e oposição entre as áreas da saúde pública e da saúde coletiva, entendendo que, cada vez mais, faz-se necessário certo compartilhamento junto aos campos para pensarmos a construção de políticas públicas adequadas.

⁷¹ Destacamos as aproximações entre a filosofia, ciências sociais, psicologia, antropologia, psicanálise etc.

produção de vida em uma rede de atenção integrada e compartilhada⁷² (Carvalho; Ceccim, 2006; Val *et al.*, 2017).

Frente às transformações nas práticas de saúde relacionadas à desconstrução do modelo biomédico, Val *et al.* (2017) apontam que as formulações psicanalíticas fornecem referencial teórico e instrumentos práticos capazes orientar o trabalho de serviços e profissionais que atuam na rede pública, em instituições judiciárias e organizações não governamentais, indicando diferentes possibilidades de compreender o individual e coletivo e reintroduzindo o laço social. Ademais, Onocko Campos (2014, p. 12-13) apresenta que nas diferentes disciplinas que auxiliam a compreensão do sujeito ainda são escarças as menções acerca de sua constituição subjetiva: “o sujeito pode ser histórico, social, e até coletivo, mas não há referência a alguma estruturação que não seja racional. Nada de inconsciente!”. A autora rejeita uma concepção dicotômica entre psicanálise e saúde coletiva, que atribui à primeira um trabalho individual, interior e privativo, ao passo que a segunda problematiza o espaço público e intervém no exterior, no que é coletivo. Justifica, portanto, a necessária interface entre as duas áreas já que o sujeito do inconsciente é indissociável de seu espaço sociocultural, podendo a compreensão psicanalítica contribuir em diversos outros campos para além do clássico consultório particular.

Consoante Dunker (2011), a psicanálise subverte o estatuto dos parâmetros da clínica tradicional centrada no olhar técnico e instrumentado sobre o corpo para uma clínica que possibilita a escuta da singularidade do indivíduo. Para além da suspensão de um estado patológico com vistas ao restabelecimento de uma condição anterior, o tratamento em psicanálise opera sobre a estrutura discursiva que considera os códigos culturais, o espaço político e a posição subjetiva, desse modo, os sinais clínicos e as estruturas das quais se ocupa são mediadas pela linguagem e redefiníveis em termos narrativos. Na perspectiva psicanalítica, ao se evidenciar as dores, experiências de sofrimento e mal-estar subjetivo, é possível cuidar de cada paciente de forma particular, visto que este remete a distintos processos constitutivos e diferentes níveis de causalidade.

Considerando as diversas faces do cuidar que compõem obrigações e tarefas específicas dos agentes cuidadores em geral: mães e pais, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, dentre outros, embasadas no

⁷² “Compõe esta rede, desde a Atenção Básica, com a Estratégia de Saúde da Família, o aparelho midiático (com as propagandas sobre prevenção e detecção de doenças curáveis), estendendo-se às escolas e vigilância sanitária, entrando, posteriormente, em sistemas mais complexos de assistência à saúde que compreendem desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), diferentes locais para exames e terapias, até o trabalho com foco na saúde do trabalhador chegando até hospitais e dispositivos gerados a partir do processo da Reforma Psiquiátrica, entre tantos outros” (MAFALDA *et al.*, 2015, p. 33).

texto de Figueiredo (2012), percebemos que a metapsicologia e prática psicanalítica disponibilizam elementos valiosos à compreensão dos mecanismos e dimensões que fundamentam uma experiência de cuidados. Atualmente, a ciência e a ação dos especialistas assumem o comando dos dispositivos de tratamento da saúde. Apesar de seus procedimentos técnicos voltados para assegurar ou promover a integridade física e mental do indivíduo acabem por ignorar uma série de outras operações que são motivo de “puro cuidado”. Essas se caracterizam por uma trama de acontecimentos constituídos em bases mais complexas e menos rígidas, quando comparadas aos rituais religiosos ou prescrições de saúde⁷³, estando relacionadas ao ingresso do recém-nascido e suas formas de recepção na vida humana, incluindo a disposição do cuidador para o acolhimento desse novo membro.

A teoria psicanalítica rompe com a concepção da etiologia sintomática limitada a uma disfunção orgânica, apontando para a sua função de estabilização psíquica. O ideal de cura vinculado pelo discurso biomédico estimula intervenções que centralizam suas estratégias e procedimentos na remoção do sintoma, que poderá acarretar efeitos deletérios ao sujeito por impossibilitar o trabalho elaborativo e de construção de sentido⁷⁴. Nessa lógica que privilegia a objetividade de sinais e sintomas psíquicos, os diagnósticos são igualmente estabelecidos pela via da organicidade, compondo um procedimento padronizado e medicalizado que desconsidera as dimensões subjetiva, histórica e cultural (AGUIAR, 2004; RUSSO, 2004; VAL *et al.*, 2017).

Na medida em que evidencia a singularidade da estruturação psíquica, a psicanálise oferece indispensáveis contribuições ao entendimento do sujeito ao contemplar seus aspectos internos, relacionais e sociais. A interpretação sintomática está intimamente relacionada à posição que o indivíduo ocupa no campo da alteridade, sendo imprescindível a implicação subjetiva do profissional e sua disponibilidade para escutar o inconsciente, juntamente com o estabelecimento de um vínculo de acolhimento e confiança. Conforme lembram Val *et al.* (2017), não se trata de uma postura profissional que detém um saber totalizante, respondendo rapidamente às demandas dos usuários com encaminhamentos e prescrições, sedimentando uma relação de poder e maestria; mas de acompanhá-lo na

⁷³ “[...] mesmo quando a recepção de ordem religiosa domina, ou quando a dominância passa a ser a do tratamento, há uma infinidade de ações de cuidado que nem visam à salvação das almas nem ao bem-estar da unidade somato-psíquica do indivíduo” (FIGUEIREDO, 2012, p. 133).

⁷⁴ Para se referirem à elaboração psíquica desenvolvida pelo analisando no contexto analítico através do aprofundamento das resistências inconscientes, Laplanche e Pontalis (1992) sugerem o termo perlaboração. Já o termo elaboração é relacionado pelos autores ao trabalho psíquico realizado nas ações cotidianas do sujeito. Não faz parte do escopo de nosso trabalho o aprofundamento da distinção entre os vocábulos supracitados, desse modo, utilizaremos a palavra “elaboração” para abranger ambos os sentidos.

construção de um saber associado a sua experiência de adoecimento e história pessoal, respeitando o tempo de cada sujeito e colocando-o como protagonista de seu tratamento.

Em concordância com Marcon (2016), entendemos que o modelo biomédico segue sendo o enfoque prioritário nas práticas de saúde na atualidade, de maneira que os especialistas de cada área centram as suas ações na investigação do corpo-organismo e suas divisões, não restando espaço para o sujeito. De outra sorte, a psicanálise se situa em um registro totalmente diferente ao acomodar o saber do lado do paciente, quem melhor conhece sobre a sua história de vida e seu adoecimento. Ultrapassando a compreensão que limita a doença a um acontecimento na superfície corporal, aliada à intenção de alcançar a singularidade da existência humana, a compreensão psicanalítica nos oferece importantes balizamentos para a condução de um tratamento com vistas a proporcionar um trabalho com o sofrimento.

Diante do exposto, enfatiza-se a necessidade de discutir sobre os aspectos intersubjetivos das relações de cuidado e trabalho em saúde, considerando as especificidades territoriais e os recursos psicológicos das populações atendidas; diferindo fortemente das ofertas universais estruturadas em uma noção macrossocial. A elaboração de intervenções que contemplam uma atenção conectada às necessidades dos indivíduos e a vinculação destes com o seu ambiente social favorece o estabelecimento de práticas clínicas mais permeáveis às singularidades dos sujeitos envolvidos, superando as ações normativas que reproduzem a submissão a regras e definições preestabelecidas acerca do que é adequado, bom e correto.

A interdisciplinaridade se constitui como estratégia fundamental da saúde coletiva, no entanto, para que essa proposta funcione, é essencial que a interação entre os diferentes saberes envolvidos impossibilite o recobrimento da verdade do paciente, permitindo que sua singularidade possa emergir. A equipe profissional deverá servir-se das produções do sujeito com a finalidade de nortear as suas propostas e condutas terapêuticas, em um processo contínuo de (re)construção que foge à imposição de normas e valores preestabelecidos e movimenta-se em uma direção sempre única e singular (MAFALTA *et al.*, 2015; VAL *et al.*, 2017; ZENONI, 2000).

Quando os diferentes modos de existência e enfrentamento individual ou comunitário não são reconhecidos pelos profissionais de saúde, algumas formas de resistência afetiva e defesas psíquicas ao sofrimento poderão ser erroneamente significadas como desinteresse, desorganização ou irresponsabilidade. Em decorrência das intervenções que priorizam a educação e o controle, além da baixa eficiência das propostas, destitui-se o sujeito de seu lugar de saber, podendo provocar o agravamento de seu quadro clínico a partir da

experiência de desautorização subjetiva (FERENCZI, 1933/2011). Nessa perspectiva, as estratégias terapêuticas são pensadas *para* o paciente, quando deveriam ser *com* o paciente.

Para combater uma postura de mestria que por ventura a equipe profissional possa adotar, Val *et al.* (2017) sugerem a presença de um “supervisor” capaz de sustentar uma posição de saber que comporta certa incompletude. Tal estratégia pôde ser vivenciada em nossa experiência no Iprede quando, frente à iniciativa institucional de criar de um setor intervenção precoce, passamos a receber consultoria do professor Alfredo Jerusalinsky. As supervisões realizadas em grupo possibilitaram a discussão dos casos em atendimento, sinalizando para uma fundamentação teórica capaz de direcionar o trabalho e a criação de um espaço para expor e pensar as dificuldades clínicas encontradas, como também, discorrer sobre as questões internas do serviço e possíveis sugestões. Nessa perspectiva, segundo propõe Viganò (2010), compreendemos o trabalho clínico como uma construção democrática em que cada um dos participantes oferece a sua contribuição, tratando de juntar as narrativas da rede social na intenção de encontrar o seu ponto cego, aquilo que eles não viram e que possibilita um fator comum: a falta de saber.

Dentre os desafios para os psicanalistas que atuam na saúde coletiva, Figueiredo (1997) cita Derrida (1991) e Rorty (1991) ao sinalizar para a necessidade de recontextualização da psicanálise, na intenção de ampliar as possibilidades de seu exercício. Desse modo, sugere “[...] uma revisão conceitual, no campo próprio da teoria, como uma realocação de sua prática no campo da clínica em suas variações”, no caso, a condição do atendimento público (FIGUEIREDO, 1997, p. 31). A clínica no contexto do consultório privado ou no ambulatório público não supõe um confronto entre duas psicanálises radicalmente diferentes, pois estaríamos tomando o local e suas condições de atendimento como o contexto por excelência e não há um contexto absolutamente determinável, fundamento último das coisas. A escuta do discurso do inconsciente não ocorre em um lugar específico, sendo possível sempre que houver alguém que se disponha a ouvir a singularidade do sujeito. Nesse ponto, valemo-nos das palavras de Jorge Broide dedicadas ao prefácio do livro de Elizabeth Ann Danto (2019, p. XVIII): “a experiência de atendimento clínico onde quer que a vida se dê mostra-nos que o sujeito fala onde quer que haja uma escuta, seja ela no divã, na instituição, nas ruas ou embaixo de uma ponte na mais pura tradição freudiana inaugurada em 1918”.

Diferentemente da prática em um consultório particular, onde o paciente deseja o atendimento e procura o psicanalista, no Iprede, as famílias recorrem à instituição demandando atendimento à criança, sendo frequente a existência de quadros de desnutrição

infantil. Diante do entendimento que o sintoma infantil ultrapassa a concepção do orgânico, a instituição propõe o atendimento psicanalítico por acreditar que este contribui na problematização dos casos em acompanhamento, auxiliando na compreensão dos impasses que se apresentam no laço materno-infantil e ampliando o trabalho clínico institucional. Para isso, a equipe de trabalho conta com acompanhamento e formações oferecidas através de treinamentos, seminários e supervisões, possibilitando uma permanente recontextualização da teoria e método psicanalítico em articulação com o ambiente social da clientela atendida e as condições institucionais.

Nas políticas de saúde que integram a rede pública, Mafalda *et al.* (2015) destacam que são principalmente nos programas e serviços de saúde mental que o psicanalista pode exercer sua prática clínica. Nesse âmbito, a clínica psicanalítica aplica-se ao atendimento individual ou coletivo, trabalho com grupidades e processos de trabalho e gestão em saúde. É preciso estar atento aos múltiplos significados que podem advir da fala de um paciente na rede pública, muito embora esse trabalho se torne com frequência atravessado por grandes empecilhos. Por exemplo, em virtude da exigência de imediatismo e excessiva produtividade na solução dos casos na intenção de dar vazão aos atendimentos pedidos, ou ainda, da ideia predominante do “poder” médico em que os demais profissionais de saúde são considerados de segundo plano.

5.1.1 O papel da psicanálise nas práticas de cuidado na Saúde Pública

A preocupação e compromisso da psicanálise com o social não é um fato recente. Na conferência do V Congresso Psicanalítico Internacional, Freud (1919/2010) expressa que psicanálise deve ser direito de todos os cidadãos, ricos ou pobres, defendendo a sua inserção e construção de dispositivos clínicos que possibilitem a operação psicanalítica no campo social, ao considerar que a população dos vários níveis da sociedade necessita ter acesso a esse tipo de tratamento, que deve ser gratuito ou custeado pelo Estado aos que não puderem pagar. Os impactos do discurso de Budapeste, em 1918, fizeram com que uma primeira e segunda geração de psicanalistas se envolvessem no trabalho de criação e liderança de instituições e clínicas ambulatoriais públicas, na intenção de tornar a psicanálise amplamente acessível e favorecendo os objetivos da social-democracia. Danto (2019) apresenta importantes acontecimentos da prática psicanalítica no espaço social e na elaboração de políticas públicas desde essa época, envolvendo as áreas da educação, em abrigos, comunidades, com crianças e adolescentes de rua, jovens grávidas, vítimas de violência, trabalhadores etc.

Em seus argumentos, Freud (1919/2010, p. 291) equiparou o direito humanitário da população pobre ao cuidado específico em saúde mental à saúde física, habitação ou educação, ao indicar que “[...] em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-a de que o pobre tem tanto direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem a cirurgias vitais”; por justificar “[...] que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose, e assim como esta não podem ser deixadas ao impotente cuidado do indivíduo”. Para Danto (2019), a partir de então, lança-se o desafio de criar uma prática que servisse como um equalizador social, tornando a psicanálise comprometida com o discurso político, os direitos sociais e bem-estar humano ao adaptar a sua terapêutica a essas novas condições. A criação dos centros de tratamento pela geração ativista de psicanalistas – o primeiro em 1920, a Policlínica de Berlim; o seguinte em 1922, o Ambulatorium de Viena – incluía diretrizes sobre a duração, limitação no tempo e gratuidade dos tratamentos. No ano de 1929, Sándor Ferenczi também se dedicou à fundação de uma clínica ambulatorial gratuita em Budapeste, com o intuito de prestar assistência à população cuja vida cotidiana era especialmente dolorosa.

A experiência psicanalítica vem sendo transmitida ao longo de gerações, alcançando cada vez mais possibilidades de inserção para além dos consultórios tradicionais de classe média, refletindo no trabalho em instituições públicas e privadas de saúde e educacionais, centros ambulatoriais, hospitais, comunidades e com grupos; alcançando também as universidades, os cursos de pós-graduação e a produção de pesquisas nos mais variados setores sociais. Com isso, a psicanálise é chamada a desenvolver-se em novas direções, favorecendo o posicionamento de uma prática clínica territorializada e cada vez mais comprometida com os problemas da sociedade humana.

Pouco a pouco, as políticas governamentais brasileiras vêm sendo orientadas na inclusão ações de promoção e prevenção em saúde mental, as quais estão conectadas à rede geral de serviços organizados e disponíveis à população – SUS. Nesse percurso, a psicanálise vem contribuindo efetivamente para a elaboração e implementação de projetos estratégicos destinados ao aspecto subjetivo do processo saúde-doença, expandindo as áreas do conhecimento que participam do campo da saúde coletiva e auxiliando na transmissão do cuidado. Guiadas por Birman (2005), acreditamos que por possibilitar a abertura de novos campos de investigação e reflexão sobre os impasses contemporâneos que marcam conjuntura das políticas de saúde no Brasil, a compreensão psicanalítica complexifica a leitura das relações estabelecidas entre natureza e sociedade, dando suporte à construção de dispositivos

de saúde que considerem as especificidades individuais e sociais das comunidades sobre as quais incide.

No que envolve a realidade brasileira, à nossa experiência no Iprede apresentada na introdução deste trabalho, somam-se algumas políticas públicas, dentre elas, citamos a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), ambas orientadas pela atenção integral da saúde da criança em contextos de vulnerabilidades psicossociais. Levando em conta as especificidades de cada experiência, tanto o trabalho realizado pelo Iprede como a EBBS centram suas ações na promoção da proteção à primeira infância, contemplando as dimensões física, psíquica e social e colocando em jogo um modo de cuidado afetivo e relacional. Julgamos que esses percursos exitosos, embasados pelo referencial psicanalítico, podem mobilizar e inspirar outras iniciativas na área da saúde, caminhando para construção de significativos vínculos de cuidado com a população que evidenciem a singularidade de suas existências. Dito isso, optamos por expor sucintamente alguns aspectos da EBBS que dialogam com a concepção de cuidado nas práticas de atenção em saúde que sustentamos em nosso trabalho.

No ano de 2007, através da parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, por meio de seu Instituto Nacional de Atenção à Mulher, à Criança e ao Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz, a EBBS surge na direção de trabalhar as formas de cuidado dos adultos cuidadores envolvidos no acolhimento e acompanhamento do desenvolvimento infantil, enfatizando o vínculo especial entre crescimento pessoal e social na primeira infância, ao reconhecer este período como um tempo diferenciado na produção de saúde e vida com qualidade. Por compreender a função cuidadora como o “ambiente facilitador à vida” (PENELLO; LUGARINHO, 2013), para além do funcionamento mecânico dos processos e das ações tecnicamente bem executadas, considera-se o compartilhamento dos afetos que estão “[...] relacionados ao estabelecimento de vínculo de confiança entre ele [o bebê] e seu cuidador, o que favorecerá o sucesso de sua conexão com o mundo” (PENELLO, 2015, p. 70).

Dando importância à interação do bebê com o seu ambiente circundante, que coincide com a pessoa de seu cuidador, a EBBS “[...] mobiliza a proposição de ações que gerem as condições necessárias para sustentar o desenvolvimento infantil em sua plena potência” (PENELLO, 2015, p. 70). Para tanto, suas inspirações conceituas estão ancoradas nas contribuições de Winnicott (2007; 2019) acerca do amadurecimento emocional e ambiente facilitador e na noção de apego seguro proposta por Bowlby (2002).

A EBBS contribuiu com a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), acompanhada pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, com abrangência no território brasileiro e ativa participação dos estados e Distrito Federal. A PNAISC “[...] considera as diferenças regionais brasileiras, a expressão cultural de suas necessidades e demandas de saúde com a oferta e articulação local dos serviços e suas possibilidades de interação com outras áreas favorecendo arranjos inovadores” (PENELLO, 2015, p. 74); abriga todos os níveis de atenção integral à saúde da criança ao incluir o desenvolvimento emocional no estabelecimento das bases para uma vida saudável com qualidade e cidadania, compreendendo-a em relação ao crescimento e ao desenvolvimento sustentável do país (PENELLO; LUGARINHO, 2013; PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014).

Com o objetivo de fortalecer e ampliar a articulação, integração e construção de novas ofertas de cuidado em saúde para crianças, suas famílias e cuidadores, a EBBS se dedica à formação e capacitação dos consultores estaduais de saúde da criança⁷⁵ através de uma metodologia dialógico-reflexiva estruturada por três norteadores conceituais: (1) o método cartográfico, (2) o fomento à grupalidade e a (3) ética do cuidado na área da saúde. No processo de reflexão tanto individual quanto grupal, serviram como ferramentas o trabalho com textos, palestras, rodas de conversa, relatos de experiências etc. Através da realização de encontros periódicos presenciais e virtuais, inaugurou-se um relevante espaço coletivo de discussão sobre o cuidado na primeira infância e sobre as situações desafiadoras experimentadas pelos profissionais, na intenção de formular respostas e encaminhamentos às situações de difícil manejo surgidas em todo o território nacional. Para mais, observou-se a importância de conjugar a análise das experiências vividas com o material teórico e conceitual, como também, a inclusão da dimensão afetiva/relacional em todos os momentos do processo de formação profissional, com o intuito de despertar uma sensibilidade mais apurada para dimensão em que o consultor está inserido.

No eixo 1, tem-se a necessidade de pensar o território físico e existencial a partir de experiências marcadas pela multiplicidade e por transformações permanentes, as quais envolvem potencial de crescimento. Também se faz essencial o (re)conhecimento dos equipamentos e recursos locais, implicando no acompanhamento e participação do consultor durante o processo de constituição do próprio percurso que se vai traçar. Sobre o eixo 2,

⁷⁵ Em cada um dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal foi selecionado um profissional com experiência na área da saúde pública com o propósito de realizar um pacto interfederativo entre as três instâncias federais: Ministério da Saúde de Secretarias, estadual e municipal, baseado no princípio da inseparabilidade da gestão em saúde e da prática do cuidado (PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014).

considera-se a formação de um dispositivo que auxiliará nas decisões e trocas compartilhadas no contínuo exercício de uma formação coletiva, que se desenvolve na prática experimentada nas realidades de cada território. A grupalidade fortalece o processo de cogestão e corresponsabilidade com o protagonismo dos sujeitos envolvidos e, por meio do que é expresso e experimentado nos encontros, oferece estímulo ao cuidado gerado no campo relacional. Por fim, o eixo 3 propõe a educação permanente de seus profissionais a partir do trabalho em torno de habilidades e capacidades implicadas na experiência de cuidar. O desafio é transmitir cuidado através da experimentação e afetação, ampliando a possibilidade de sintonia nas ações que ultrapassam a compreensão intelectual e não se restringem à dimensão biológica, estando relacionadas ao campo de transmissão sensível através da escuta, acolhimento, reconhecimento etc. (PENELLO; LUGARINHO, 2013; PENELLO, 2015; PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014).

Nessa continuidade, julgamos que o saber psicanalítico, em especial, a partir das considerações de Ferenczi e Winnicott, serve de ponto de partida para pensar o desenvolvimento de dispositivos clínicos capazes de ofertar atenção, acolhimento e cuidado às expressões de sofrimento humano, juntamente com uma postura e atuação profissional que considera os aspectos subjetivos e intersubjetivos; e mais particularmente, quando se participa de um cenário atravessado pela situação de pobreza e vulnerabilidades psicossociais.

5.2 A adaptação e o estabelecimento da confiança: a qualidade da experiência afetiva

Conforme apresentado, a perspectiva intersubjetiva em psicanálise coloca em cena à interação existente entre às provisões maternas e o potencial de desenvolvimento e estruturação do psiquismo infantil, ampliando e codeterminando a inter-relação entre o indivíduo e as ofertas ambientais. Através da continuidade do cuidado gerado no campo relacional, instaura-se um espaço de compartilhamento afetivo que favorece a produção de sentidos para as experiências vividas, criando as condições de confiabilidade no ambiente. Compreendemos que a adaptação ativa do outro-semelhante ao estado de dependência do recém-nascido, inaugurada pela sensibilidade dos cuidados maternos, representa uma importante matriz para pensar a construção e os encaminhamentos de práticas de cuidado efetivas e pertinentes à população.

Com base no papel do ambiente transmitido em Ferenczi e Winnicott, a depender do modo como se estabelecerá o vínculo entre o indivíduo e seu cuidador primário, presença do outro poderá alcançar uma natureza facilitadora ou traumática ao crescimento emocional.

Preservando as especificidades teórico-clínicas, os autores pensam a problemática do traumatismo relacionada à emergência de um fator exógeno de complexa metabolização que, por não encontrar reconhecimento, auxílio ou reparação no ambiente familiar, provoca falhas ou faltas de intensidade patógena. De modo geral, a possibilidade de um acontecimento adquirir potencial traumático de valor desestruturante estaria diretamente associada à qualidade das trocas afetivas da criança com o meio. A depender da postura e implicação do analista, a cena analítica poderá configurar-se como uma repetição do acontecimento traumático. Embasadas no resgate que realizamos ao longo de nosso trabalho, propomos refletir sobre as possíveis ressonâncias das contribuições ferenczianas e winnicottianas para um trabalho clínico no âmbito dos serviços de saúde que privilegie a singularidade da experiência subjetiva, através da construção do vínculo de confiança e cooperação entre profissionais e usuários.

Kupermann (2008) observa que a adaptação aponta para a qualidade do encontro afetivo possibilitado a partir do exercício da disponibilidade sensível, seja da mãe dedicada aos cuidados com a sua criança ou do analista que afeta e é afetado por seu analisando no espaço analítico. Compartilhando uma tradição que valoriza a relação entre o sujeito e o outro, tanto para Ferenczi como para Winnicott, uma falha desastrosa do ambiente em um momento de significativa dependência infantil caracteriza uma ruptura na continuidade do ser, comprometendo os processos de simbolização e provocando a progressão traumática defensiva aos imperativos da realidade.

Como consequência do fracasso da experiência de dependência, o trauma implica em um colapso da área da confiabilidade no ambiente e o indivíduo percebe-se abandonado em solidão. Esse fracasso pode ser exemplificado em Winnicott (1967a/2019), nas situações em o rosto da mãe, particularmente o seu olhar, não se comporta como espelho e o que o bebê vê refletido são apenas os humores e defesas maternas. Quando a percepção toma o lugar da apercepção, o indivíduo vivencia a separação precoce entre *self* e meio ambiente, interrompendo o que poderia ser o início de uma relação de trocas significativas com o mundo. Já em Ferenczi (1933/2011), clivagem da personalidade é efeito do descrédito do adulto de referência, acarretando desorientação psíquica e desconfiança. Nas duas situações, impulsiona-se a identificação do indivíduo traumatizado com o cuidador indiferente: o sujeito é levado a prever, controlar e defender-se das reações do ambiente, tornando-se impedido de confiar no testemunho de seus próprios sentidos e funcionar espontaneamente.

Ao retomarem a concepção winnicottiana sobre a mãe suficientemente boa, Miranda e Onocko Campos (2014) destacam a função que a adaptação materna desempenha

ao longo do amadurecimento emocional, oferecendo o suporte social para que o bebê desenvolva uma relação pessoal com o mundo, podendo experimentar a sua existência como algo valoroso, real e singular. Por ser atravessado por um estado de dependência, o filhote humano não pode ser considerado separado de seu ambiente materno, responsável por conferir a continuidade dos cuidados adequados à satisfação de suas necessidades fisiológicas e psicológicas. Através de uma maternagem adaptativa, a mãe poderá proporcionar a dosagem das provisões ofertadas, oferecendo o ritmo e os encaminhamentos à constituição psíquica, em companhia da confiança básica em um ambiente não intrusivo (WINNICOTT, 1945/2000; 1956/2000; 1967a/2019).

Ainda que as pessoas que procuram os serviços de saúde não sejam, em sua totalidade, bebês em constituição, Miranda e Onocko Campos (2014) acreditam que, em alguns estados de adoecimento, as necessidades afetivas podem ser comparáveis com esse estado subjetivo. Os bebês necessitam de segurança, afeto, calor e trato suave do provedor ambiental para que possam desenvolver suas tendências inatas para viver (respirar, comer, beber, crescer etc.); desse modo, aliado ao atendimento de suas condições físicas, os cuidados parentais também envolvem amor e proteção. A compreensão de um cuidado humanizado pode ser simbolizada pelo manejo materno que, juntamente com o atendimento das necessidades somáticas vitais, inclui-se o estado subjetivo infantil. No entanto, muito embora o desenvolvimento humano considere a interação entre o funcionamento do processo interno do sujeito com o suprimento ambiental, com frequência, os profissionais de saúde – médicos e enfermeiros, por exemplo – permanecem atarefados e absorvidos na missão de cuidar unicamente em termos corporais (WINNICOTT, 1969/1999).

Atribuímos ao ambiente, inicialmente formado pelos pais e seus substitutos, a oferta dos recursos indispensáveis ao desenvolvimento e constituição do recém-nascido. A habilidade de resposta do indivíduo para as exigências externas se encontra fortemente correlacionadas aos cuidados recebidos. Nesses termos, retomamos as funções de interprete e catalisador para simbolizar o trabalho contínuo do cuidador em torno da criança que, ao auxiliar a metabolização dos afetos e a construção de sentidos infantis na relação com o mundo, possibilitará a “imunização progressiva” que lançará as bases para a capacidade elaborativa do sujeito, ou ainda, para a sua saúde mental. A adaptação e provisão dos cuidados parentais oferece ao bebê a apresentação do mundo a conta-gotas, proporcionando a construção gradativa dos sentidos de realidade e a confiança no fator ambiental (FERENCZI, 1929/2011; WINNICOTT, 1956/2000; 1960/2007).

Em situações em que a contenção dos afetos infantis não pôde ser realizada, o trabalho analítico oferece alternativas para o tratamento dos excessos traumáticos, oportunizando a simbolização das experiências vividas. Através de uma relação de confiança, impulsionada pela adaptação e flexibilidade do analista, é possível alcançar as condições éticas para reviver, rememorar e representar o descrédito sofrido pelo paciente, desempenhando uma função de interprete e catalisador ao auxiliar na elaboração do evento traumático. Maciel Jr. e Ledo (2018) concebem o “tato” do analista como meio indispensável ao acolhimento de um pensamento em vias de construção na experiência compartilhada, que possui ocasião na memória sensível de um acontecimento que não foi representado e integrado psiquicamente.

Ao sinalizar para as condições e formas de recepção que determinam o ingresso do recém-nascido na vida e no mundo, Figueiredo (2012) identifica como principal objetivo desse trabalho a possibilidade de conduzir à criança na construção de sentidos para sua existência. Perante as imprevisibilidades e desproporções da realidade compartilhada, o “fazer sentido” implica no estabelecimento de ligações, dando forma, sequência e inteligibilidade às vivências humanas. O acolhimento realizado pelo agente de cuidados constitui uma experiência de integração em oposição às falhas e ausências externas, ajudando no alcance e apropriação do sentido, como também, no oferecimento dos recursos para responder às constantes ameaças do “sem-sentido”. Posto isso, relacionamos uma ética que envolve a disposição dos cuidados às funções de interprete e catalisador de afetos e sentidos.

Por meio da identificação que estabelece com sua criança, a mãe pode reconhecer e interpretar os movimentos e expressões infantis, oferecendo os objetos que julga serem compatíveis com o mal-estar e estados tensionais do filho. Essa adaptação delicada à dependência do recém-nascido proporciona uma percepção materna muito sensível, que oferece uma compreensão “quase mágica” do que o bebê necessita, considerando a temporalidade e ritmo compatíveis à continuidade de sua existência pessoal. Os movimentos maternos desempenham uma conduta antecipatória capaz de evitar que a criança precise adaptar-se ou reagir precocemente às exigências e privações do ambiente, nem lutar pela satisfação de suas próprias necessidades (WINNICOTT, 1962/2007; 1960/2007).

Para Miranda e Onocko Campos (2014), o cuidado “suficientemente bom” deve inspirar os profissionais que compõe os serviços de saúde, na intenção de que as ações desenvolvidas possam considerar a singularidade do sujeito que sofre e as relações que ele estabelece com o seu entorno social. Semelhante à mãe winnicottiana, as estratégias terapêuticas devem envolver delicadeza e sensibilidade, favorecendo o estabelecimento de um

vínculo mais íntimo e prolongado com as dores da população atendida. Diferentemente das imposições normativas que obstruem o contato com o sofrimento humano, as práticas de cuidado devem estar conectadas ao paciente, visto que este também é responsável pelo seu próprio adoecimento e produção de saúde. Ao acompanhá-lo na construção dos sentidos para a sua experiência, combate-se a reprodução de um cuidado mecânico e generalizado, que repercute em descaso e distanciamento afetivo e, com frequência, justifica os seus insucessos na “falta de aderência” do indivíduo doente ao tratamento.

Ao aproximarem tais ideias às teorizações de George Canguilhem (1966/1978), Miranda e Onocko Campos (2014) salientam que as delimitações de saúde e doença não podem prescindir da relação do indivíduo com o meio, apontando para a inexistência de critérios objetivos e precisos para essas definições. Consideram que, em Winnicott e Canguilhem, o sujeito saudável é aquele que possui recursos para responder às exigências e surpresas do ambiente e para provocar-lhe transformações, produzindo o sentimento de que a vida é algo a ser criado. Já o estado correspondente à patologia se aproxima de um cenário que exige frequente submissão, provocando restrições em sua capacidade de criação, em decorrência da intensa necessidade de adaptação e reação às intrusões ambientais.

Diante do diagnóstico da enfermidade, o profissional especialista tentará administrar um tratamento específico com o propósito de erradicação da doença e de sua causa. Todavia, Winnicott (1970/2011, p. 112, grifos do autor) adverte que a busca pela tão almejada cura não poderá se sobrepor à oferta de um cuidado humanizado: “o médico pode aprender muito com aqueles que se especializam no *cuidar-curar*, mais do que no *curar erradicando agentes do mal*”. Nessa perspectiva, o “cuidar-curar” representa uma extensão do conceito de “segurar”, referindo-se à participação ativa do cuidador que concede ao indivíduo o ambiente facilitador ao seu desenvolvimento, por fornecer as condições que lhe permite integrar seus processos corporais e enriquecem o sentido de identidade pessoal.

Através da manipulação e sustentação do bebê durante os seus estágios de imaturidade, a mãe oferece a continuidade e regularidade um cuidado consistente, capacitando o crescimento individual e o processo maturacional da criança. De modo que, “segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação” (WINNICOTT, 2012, p. 54). Caso a criança seja suficientemente bem segura, a ocorrência das intrusões externas poderá ser amenizada e compensada pelo manejo materno e, provavelmente, ela conseguirá atravessar as fases de seu desenvolvimento emocional de modo satisfatório.

Segundo Winnicott (1970/2011), as condições de imaturidade e adoecimento trazem consigo a dependência, portanto, pressupõem a posição de um agente de cuidados que responda com a adaptação e o fornecimento do contexto para a confiança onde determinado processo poderá ocorrer: seja o amadurecimento pessoal ou o restabelecimento da saúde. Por meio de relações interpessoais confiáveis, juntamente com o reconhecimento das necessidades de dependência, é possível proteger a criança/paciente do imprevisto, confusão mental ou ansiedades impensáveis. Nesse sentido, ao dedicar um cuidado “com tato”, pode-se proporcionar o contato essencial à confiabilidade do indivíduo no ambiente; semelhante pontua Ferenczi em um contexto analítico (1931/2011, p. 85): “É uma vantagem para a análise quando o analista consegue, graças a uma paciência, uma compreensão, uma benevolência e uma amabilidade quase ilimitadas, ir o quanto possível ao encontro do paciente”.

A provisão adequada e adaptativa que aqui destacamos distingue-se de uma abordagem científica e especializada, pois o que está em jogo nessa modalidade de cuidado não é a aplicação de um tratamento terapêutico, mas sim, a facilitação do processo de cura-crescimento. Para tanto, Winnicott (1970/2011) demarca a capacidade do profissional para a vivência de identificações cruzadas, de maneira a “[...] saber colocar-se no lugar do outro e permitir o inverso [...]” (p. 111). Ao operacionalizar as suas ações e atitudes gerais considerando o estabelecimento de um vínculo de confiança, os profissionais oportunizam ao paciente a organização de um ambiente favorável e o suporte suficiente para que este possa encaminhar uma construção pessoal de sentidos em uma temporalidade que lhe é própria.

As questões clínicas que acompanham o nosso percurso no Iprede estão estreitamente entrelaçadas ao tema da confiança que permeia as produções de Ferenczi e Winnicott. Ao longo de nossa vivência, foi possível observar uma série de experiências que apontam para a confiança que as famílias depositam na continuidade do trabalho desenvolvido pela instituição. É possível encontrarmos mulheres que em sua infância foram pacientes do Iprede e agora levam o filho para atendimento, bem como, há casos de mães que, em decorrência do acompanhamento oferecido ao filho, sobrinho ou vizinho, solicitam a mesma assistência aos demais filhos. O agendamento dos atendimentos é realizado previamente a cada quinze dias e as famílias comparecem nos dias estabelecidos com a garantia de que serão cuidadas pela equipe profissional que, em sua maioria, já possui vínculos institucionais duradouros. Também sublinhamos que ao propormos a realização de um grupo com as mães, todas as mulheres que entrevistamos aceitaram inicialmente o convite para participar.

Entendemos que as mães demonstram confiar no acolhimento e condução das atividades oferecidas, muito embora também seja possível identificar espaços de resistência e tensão; por exemplo, nas queixas que esboçam sobre a demora pelo chamado para o atendimento que aguardam no espaço de acolhimento ou sempre que verbalizam: “o que vocês vão fazer com a gente?”, quando são informadas sobre o início da reunião do grupo e demais atividades que não estão na rotina institucional. A possibilidade de oferecerem certa resistência também pressupõe a confiança de que elas não serão repreendidas ou punidas por seu comportamento, confirmando a impressão de que se sentem seguras e confortáveis, inclusive para questionar ou recusar algo proposto. De modo geral, a experiência de confiar na continuidade da assistência e proteção proporcionadas pelo Iprede permite às famílias desfrutarem “[...] com uma disposição de entrega relativamente relaxada” (FIGUEIREDO, 2012, p. 72). Essas questões serão retomadas em nosso próximo tópico.

Com o objetivo de pensar a humanização dos serviços de saúde no atendimento a populações que compartilham de contextos atravessados pela pobreza e vulnerabilidade psicossociais, consideramos que, para poder ir ao encontro das necessidades emocionais do paciente, suas estratégias deverão reconstruir as bases do cuidado materno-infantil, em especial, no que diz respeito à oferta de segurança e auxílio para lidar com as falhas e desproporções do ambiente social, fundamentais ao estabelecimento da confiabilidade humana. Nesse seguimento, encaminhamos as nossas reflexões para propor a sustentação de um trabalho clínico institucional capaz de instaurar dispositivos que ampliem à promoção das possibilidades de cuidado, “[...] estabelecendo, principalmente, condições no campo da atenção primária para uma intervenção a tempo de agenciar novas modalidades de subjetivação” (MARTINS; VILHENA, 2014, p. 51).

Influenciado pelo pensamento das relações de objeto, Figueiredo (2012) expõe que o agente de cuidados deve agir como “presença implicada”, de forma comprometida e atuante. O sujeito implicado é alguém que exerce as atividades de acolhimento, hospedagem, proteção, alimentação, participando da experiência intersubjetiva que garante a continuidade e continência da existência humana, ao passo que seus cuidados dão sustentação e oportunidade de transformação e crescimento emocional. Nessa relação, para poder identificar e responder ao apelo do outro, quando e se for pertinente, considera-se a disponibilidade do cuidador em reconhecer o indivíduo no que ele tem de próprio e singular, de modo a poder refletir para este a sua própria imagem; semelhante a uma mãe que pode efetivar a tarefa de reconhecimento do bebê ao espelhar e partilhar os afetos infantis.

Juntamente com as funções de acolhimento e reconhecimento, o autor destaca a figura da alteridade como necessária aos processos de constituição psíquica e narcísica. No momento em que apresenta o objeto que acredita ser a demanda suposta ao filho, a mãe interpela e exige à criança que responda a partir de sua existência, despertando a pulsionalidade infantil e inserindo-a no movimento de vir-a-ser. A partir de sua interpelação, a mãe, marcada pela diferença e incompletude, funciona como agente do confronto e do limite, produzindo o traumatismo indispensável à subjetivação humana.

Em vista disso, Figueiredo (2012) propõe três modalidades de cuidados com suas respectivas funções: acolher, reconhecer e questionar, as quais deverão operar em equilíbrio dinâmico para instaurar no indivíduo a capacidade de “fazer sentido”. Contudo, alerta para os perigos de uma presença excessivamente implicada, em que o cuidador se sobressai demasiadamente, ao ponto de configurar-se como uma experiência de engolfamento absoluto, claustrofóbico. Diante da compulsão para a adaptação absoluta do sujeito às demandas do ambiente, instalam-se permanentemente os estados de dependência e alienação. Quando a oferta dessas funções não comporta certa dosagem, tem-se aqui o traumatismo de valor destruturante, que acarreta modos de aprisionamento psíquico, imobilidade e incapacitação: “É o cuidado que não dá sossego, sufoca” (p. 140).

Apesar disso, nem o melhor equilíbrio das funções de presença implicada dispensa a necessidade do agente de cuidados de se manter também como “presença em reserva”. Por reserva, não equívalemos à neutralidade, distância afetiva ou indiferença, mas relacionamos à moderação do cuidador em seus fazeres, que depende da renúncia de sua própria onipotência e do reconhecimento de sua dependência: “[...] é preciso saber cuidar do outro, mas também cuidar de si e... deixar-se cuidar pelos outros, pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido” (FIGUEIREDO, 2012, p. 141). Como é o caso da mãe do recém-nascido que, quando opera em ampla relação de colaboração e compartilhamento de seus fazeres e decisões com outros agentes cuidadores, “deixa-se cuidar” pelo companheiro, por seus familiares e “deixa-se orientar” pelo médico, enfermeiro, amigas etc., melhorando não só a qualidade do que faz, mas também se deixando cuidar pelo bebê.

Ao conservar-se em presença reservada, o cuidador proporciona um ambiente desobstruído e não saturado por sua presença e fazeres, oferecendo liberdade e proteção para o indivíduo alucinar, explorar e desenvolver o seu potencial criativo. Em um movimento de retirada estratégica, é possível evitar mais facilmente os extravios e exageros da implicação pura que despotencializa e desqualifica o sujeito. À medida que as funções cuidadoras são

introjadas, podem-se desenvolver as capacidades para o cuidado e tornar-se um participante ativo desse processo, mesmo quando faltam conhecimentos especializados. Portanto, “[...] a introjeção das boas experiências e dos bons modelos requer uma forma de cuidados que se abram espaços e se dê tempo” (FIGUEIREDO, 2012, p. 144).

O exercício criativo e pessoal das atividades de cuidados não é alcançado através do ensino mecânico nem das repetições estereotipadas das normas técnicas, mas transmitido a partir da alternância espontânea entre os movimentos que evidenciam ora a presença ora a reserva do cuidador. Sendo assim, “apenas quem introjetou criativamente as funções cuidadoras e as exerce com a mesma criatividade pode transmiti-las de forma criativa e eficaz, e ajudar na constituição de sujeitos *responsáveis*” (FIGUEIREDO, 2012, p. 145, grifo do autor). Em última análise, cuidar bem implica o bom exercício e a capacidade de transmissão das funções cuidadoras.

Para Figueiredo (2012), os excessos da implicação são bastante graves, mesmo sob a justificativa de valiosas razões humanitárias: salvar, socorrer, curar. Quando não se estabelece um limite para função cuidadora, transforma-se o cuidado em um exercício tirânico, onde predomina o poder e domínio. Dentre os usos patológicos do cuidar, o autor adverte os perigos de uma atuação atravessada pela negação das experiências e realidade da pessoa a ser cuidada, seus desejos, vontades e sofrimento. A “reparação maníaca” de um cuidador obcecado e movido pela necessidade de se livrar de uma culpa inconsciente comporta uma carga mortífera de onipotência, crueldade e controle disfarçada em ação de resgate e salvamento: cuidar a todo custo! Mais uma vez, para poder escapar dos excessos das funções cuidadoras, faz-se primordial que o agente possa moderar seus afazeres e sustentar uma boa reserva.

Considerando a necessidade de humanização dos serviços e práticas de saúde, Miranda e Onocko Campos (2014) apontam a importância dos usuários poderem (re)viver experiências de cuidados confiáveis, semelhante aos pais, quando em situações saudáveis, proporcionam aos seus bebês. Em companhia da sensibilidade e identificação desenvolvidas pelo profissional, o paciente poderá encontrar acolhimento e reconhecimento para os seus estados afetivos, a fim de que alcançar uma solução pessoal para a complexidade envolvida em seu processo de adoecimento. Esse aspecto da compreensão profissional apoia-se na função especular estabelecida pelo rosto materno, ao conseguir apreender a imagem do bebê e refleti-la para ele, possibilitando a realização de trocas significativas com o mundo. Através do olhar materno, a mãe devolve à criança as necessidades e emoções infantis de modo

atenuado e simplificado, o que equivaleria a uma espécie de tradução de suas urgências pulsionais (WINNICOTT, 1967a/2019).

Nessa sequência, faz-se basilar que as práticas de cuidado não promovam ações capazes de reatualizar uma situação de abandono, causando a reprodução das agonias vividas; mas sim, objetivem a construção de um trabalho que contemple certa adaptação aos movimentos e potencialidades do paciente, permitindo a vivência de uma experiência compartilhada. Conforme apresentaremos no próximo tópico, mediante a possibilidade de rememoração, o traumatismo poderá ser (re)vivido, oferecendo oportunidade de reparação à experiência infantil com o mundo externo (FERENCZI, 1931/2011).

A proposição de um trabalho no âmbito da saúde coletiva, mais especificamente no contexto materno-infantil, deve propiciar acolhimento e hospedagem à população atendida, de maneira comprometida e atuante. Nessa perspectiva, podemos pensar o Iprede como um ambiente facilitador que, semelhante à família ou a comunidade, poderá guiar o desenvolvimento do indivíduo em termos de continuidade, confiabilidade e proteção da imprevisibilidade, oferecendo sustentação e vias para a transformação e crescimento emocional ao espelhar e partilhar afetos, angústias e desejos; possibilitando, ainda, um recomeço às experiências que envolveram algum fracasso relativo ou total de provisão ambiental.

Com a adoção de procedimentos rígidos, preestabelecidos e desconectados das experiências cotidianas do paciente, os profissionais tendem a se posicionar como uma mãe depressiva que reenvia ao bebê somente o seu próprio estado psíquico, abandonando a criança em uma posição de verdadeiro desamparo. Por não ser possível reconhecer-se no olhar do outro, nem encontrar real ajuda em modalidades de cuidado dissociadas das questões socioculturais que o envolve, o indivíduo tem suas dores (físicas e psíquicas) silenciadas ou negadas, sendo desautorizado de sua experiência de sofrimento e privado da oportunidade de inscrever um saber sobre si (FERENCZI, 1933/2011). À vista disso, Miranda e Onocko Campos (2014) sublinham a importância de se exercer um trabalho favorável ao desenvolvimento da confiança e ao reconhecimento da singularidade dos sujeitos atendidos.

Ao discutir sobre o lugar da criança e de sua família em situação de pobreza nas políticas públicas de saúde, Martins e Vilhena (2014), partindo do percurso de Freire (2006), retomam uma construção histórica que fundamentou e normatizou o exercício da maternagem em bases científicas, tornando-o objeto de práticas normativo-pedagógicas supervisionadas pelo poder médico. Com a valorização do conhecimento especializado acerca da maternidade,

instaurou-se a convergência identitária entre saúde, educação e nação, responsável por colocar os pais, principalmente a mulher, no papel de guardiões do cuidado dos filhos.

Atualmente, a partir das diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a família foi chamada a reassumir a centralidade da abordagem no atendimento à saúde, contando com políticas e estratégias de intervenção na atenção básica. O ambiente familiar passa a ser compreendido pelo seu entorno social e por seus processos de saúde e doença, entendidos em uma perspectiva ampliada: o objeto de cuidado se desloca do individual para o coletivo. Na intenção de oferecer uma prática territorializada e frente à diversidade cultural brasileira, as diversas formas de organização familiar e comunitária devem ser consideradas. Entretanto, nessa direção que privilegia o reconhecimento do laço social, “[...] é necessário estarmos atentos para que essas mesmas práticas não agenciem formas de apagamento do sujeito em seus modos de pertencimento à cultura” (MARTINS; VILHENA, 2014, p. 53).

Tomando como exemplo campo da saúde materno-infantil, Martins e Vilhena (2014) salientam que no trabalho desenvolvido com a dupla mãe-bebê, as intervenções realizadas privilegiam as políticas relacionadas à amamentação; todavia, estas compreendem o fenômeno alimentar restrito à nutrição e aos agravos nutricionais, muitas vezes, de forma a tratar apenas a saúde/doença do corpo. Quando não consideradas as dimensões do inconsciente e o desejo materno, bem como seus determinantes socioculturais, as propostas acabam por conservar a hegemonia da ordem médica e a reprodução das ações sanitárias e disciplinares. Ao estabelecer um sentido biológico e universal para o ato de amamentar, naturaliza-se um fenômeno que aponta para o espaço de indeterminação da experiência subjetiva, fundamental ao desenvolvimento emocional do indivíduo. Ademais, o caráter de obrigatoriedade do aleitamento materno poderá resultar em “[...] fonte de grande sofrimento psíquico para as mães que conseguem (ou escolhem) não fazê-lo” (p. 45).

Nas campanhas do Ministério de Saúde, é forte o apelo às mães para a amamentação exclusiva até os seis meses de vida do bebê e, dentre as justificativas desta ação, orienta-se sobre a formação do bom sistema imunológico da criança. Motivadas pelas reflexões apresentadas, questionamos: diante da garantia imunológica proporcionada ao filho pelo aleitamento materno, o que se garante à mulher?

Dando ênfase à situação de pobreza e vulnerabilidade psicossocial, Onocko Campos *et al.* (2008); Miranda e Onocko Campos (2014) e Martins e Vilhena (2014) concordam que, quando os profissionais de saúde não compreendem as formas de organização subjetiva e comunitária utilizadas pelo indivíduo para o enfrentamento das condições adversas

que o envolvem, impasses e escolhas são confundidos com ignorância, desorganização ou negligência consigo e com a família. Como consequência das interpretações preconceituosas e higienistas, os sujeitos ficam passíveis de severos julgamentos. São vitimizados, hostilizados, tornando-se alvo de intervenções de educação, vigilância e controle, que os privam da oportunidade de participar da construção de soluções para suas próprias questões.

A compreensão dos cuidados maternos restritos ao plano da necessidade limita o fenômeno da alimentação à sobrevivência, mesmo quando este está profundamente associado ao campo emocional do indivíduo (DAUER, 2105; DAUER; MARTINS, 2015). Na mesma direção biologicista, ao instituir o lugar da mãe sobreposto ao da mulher, as demais esferas de sua vida social e afetiva são desconsideradas, reduzindo-a a uma posição de agente de cuidados carregada de sentidos morais. Nessa problemática, Martins e Vilhena (2014) reiteram que a resolutividade e integralidade das políticas de assistência na atenção básica dependem da compreensão sobre os modos de constituição das famílias em situação de pobreza, como também, dos aspectos das relações sociais e culturais do ambiente que compartilham, objetivando uma atuação que considere o funcionamento intersubjetivo. As autoras acreditam que com a promoção de uma comunicação capaz de respeitar e evidenciar os movimentos individuais e familiares é possível colaborar com a construção de um saber que autoriza o protagonismo e o compartilhamento de uma história.

Na compreensão ferenciana sobre aquisição da linguagem gestual e verbal, tem-se que a interação humana por gestos possui fortes implicações ao desenvolvimento, estando referida a uma relação simbólica com o mundo cuja marca é a criação e a singularidade. Nessa perspectiva, os signos comunicacionais são necessariamente produzidos a partir das trocas subjetivas, a exemplo da relação materno-infantil, quando a mãe interpreta os desconfortos infantis para poder identificar o que se passa com a sua criança. Na medida em que depende de uma interação espontânea entre os movimentos do bebê e as respostas da mãe, Verzman e Klein (2018, p. 89) advertem que as intervenções que não estão relacionadas a essa forma particular de comunicação afetiva, com frequência, “[...] têm o papel de afastar a mãe daquela experiência maravilhosa e assustadora proporcionada por uma interação íntima e única”.

Acerca da concepção de doença, Mader (2016) aponta que para além da dimensão objetiva amplamente divulgada pela visão científica, a vivência de estar doente possui um caráter pessoal e subjetivo, participando de um processo singular. Nesse sentido, é possível delimitar duas posições em relação ao adoecimento: a do médico e da ciência que possuem como principais objetivos o diagnóstico, tratamento e cura da doença; e a do paciente que

sente a enfermidade, vivência o seu mal-estar e sofre com os seus efeitos e impactos. Enquanto a primeira posição está relacionada à dimensão objetiva que tem a doença como objeto de estudo e trabalho; a dimensão subjetiva leva em consideração a leitura que o enfermo faz sobre a sua doença, de modo a incluir o sofrimento decorrente de seu adoecimento. Verifica-se, portanto, que o saber médico possui uma compreensão parcial do processo de adoecimento, pois não é capaz de abranger a parcela “mental e social” do modelo que orienta a noção ampliada de saúde. Frente à necessária quebra de poder das ciências naturais, abre-se o campo de saúde para as áreas de conhecimento que se somarão à medicina, dentre elas, a psicologia.

Na formação das equipes de saúde, o psicólogo se caracteriza como o profissional que se dispõe a escutar os significados que o paciente atribui ao seu sofrimento e a sua condição (orgânica, psicológica ou de vulnerabilidade social). Ao convidar o indivíduo a falar e refletir sobre o seu adoecimento, é possível incluí-lo e implicá-lo em seu processo de cura, participá-lo das escolhas de sua forma de tratamento e da manutenção ou mudança de seus hábitos e, em conjunto com a equipe profissional, responsabilizá-lo pelo seu estado de saúde. Além disso, caso exista a necessidade, o psicólogo poderá exercer o papel de mediador entre os interesses do paciente, familiares e demais profissionais, com o propósito de encontrar caminhos terapêuticos que contemplem as possibilidades e recursos dos participantes envolvidos, considerando as particularidades do caso a caso (MADER, 2016).

Sobre a importância de dedicar um atendimento clínico nas instituições de saúde, Moretto (2016) relaciona o caráter distinto da prática psicológica no que diz respeito às atividades de assistência integral dos usuários do serviço. No estabelecimento de um trabalho clínico, o psicológico inclina-se diante da subjetividade humana munido de um olhar específico e escuta qualificada, possibilitando a construção de saberes a respeito das diversas modalidades de sofrimento que os pacientes adoecidos e suas famílias vivenciam. Por encontra-se em interlocução com diferentes discursos e áreas que atuam em interdisciplinaridade, será a forma como o psicólogo responde às demandas institucionais e dos membros da equipe que possibilitará a sustentação de uma clínica no âmbito institucional. Desta maneira, o que confere caráter clínico a um atendimento é o fato de oferecer atenção ao indivíduo, privilegiando a sua radical singularidade ao incluir a sua história de vida e de adoecimento, dinâmica do campo de suas relações e experiências de sofrimento; com a finalidade de problematizar questões e propor intervenções junto à equipe de trabalho que provavelmente, caso não envolvessem uma dimensão clínica, poderiam priorizar a doença e contribuir para o apagamento do sujeito.

A partir do exposto, enfatizamos a necessidade da construção de dispositivos clínicos de atendimento nos serviços de saúde que contemplem a posição subjetiva e as condições de vida de cada indivíduo. Ao invés da imposição de condutas terapêuticas normativas e tratamentos gerais organizados a partir de uma temporalidade previamente determinada, a promoção de um cuidado que evidencia a dimensão do sofrimento deve oferecer tempo e disponibilidade afetiva para deixar o doente sentir e falar sobre o mal que o aflige, sem a pretensão de compreendê-lo de imediato. Quando conseguirmos escutar com atenção continuada o paciente que, em muitas das vezes, teve a sua subjetividade silenciada ou negada em detrimento da prevalência de sua doença, pode-se proporcionar acolhimento e reconhecimento para os seus estados afetivos, conferindo significância a sua existência. Logo, propor um trabalho com o sofrimento é incluir o sujeito em seu próprio tratamento, acompanhando-o na elaboração de sentidos para a experiência vivida, seja de adoecimento, maternagem, situação de pobreza, exclusão ou vulnerabilidades psicossociais.

5.3 A clínica psicanalítica e o trabalho com o sofrimento

Ao investigar sobre as práticas que contribuíram para a constituição da clínica psicanalítica, Dunker (2011) recupera em um exame arqueológico e genealógico a história das práticas terapêuticas, de cura e de tratamento, acenando para a problemática do poder em jogo tanto nos tratamentos analíticos quanto no campo da saúde em geral, destacando a influência e autoridade clínica do médico nesse âmbito. Considerando os objetivos de nossa investigação, mais especificamente a proposta deste capítulo, intentaremos recuperar de modo introdutório alguns aspectos da obra do autor na intenção de orientar a construção de uma clínica que promova o reconhecimento de um estado subjetivo.

A clínica possui uma história anterior à medicina moderna, estando relacionada à arte da cura através do exercício paciente e metódico de observação, descrição e comparação de fenômenos. A partir de um saber proveniente da experiência, que incorpora as regras de transmissão pessoais, artesanais e idiossincráticas, Dunker (2011, p. 20-21) apresenta o clínico como “[...] um leitor dos signos que formam o campo de uma semiologia e organizam uma diagnóstica de forma a justificar as escolhas de tratamento (a terapêutica)”.

Com base na instauração do dispositivo clínico moderno, no sentido da ciência médica que se estabeleceu ao final do século XVIII, Dunker (2011) retoma algumas das distinções entre as figuras do médico clínico e do psicoterapeuta. Na acepção da época, o psicoterapeuta representava uma designação mais genérica do que o clínico, compreendendo

um campo difuso de práticas curativas⁷⁶ que buscavam incluir a história do sofrimento do doente e a relação com apresentação dos seus sintomas, em seu sentido popular e local. A eficácia da ação terapêutica estava baseada no alívio do sofrimento e era regulada pela avaliação subjetiva do próprio paciente e do público que o acompanhava. Com frequência, essa prática era desenvolvida em torno da noção de instrumento e de técnica, sendo comparada ao treinamento disciplinar da mente, às táticas de poder sobre os corpos e aos exercícios militares e pedagógicos.

Já com a clínica médica, incorpora-se uma nova forma de racionalidade. O clínico moderno deveria submeter sua prática à primazia do método científico, baseado no inquérito, descrição e intervenção controlada para transformação dos fenômenos patológicos; portanto, as impressões subjetivas do paciente acerca de seu estado, origem ou causalidades do adoecimento além de serem irrelevantes, podiam tornar-se perturbadoras. Caberia ao paciente relatar os dados de sua história clínica a partir dos métodos de investigação utilizados (dentre eles, a anamnese) e aguardar a interpretação médica dos fatos, que eram traduzidos em um vocabulário convencionado e de pretensão universal, organizando um diagnóstico sistematizado de forma a justificar a escolha de uma terapêutica adequada para a condução do tratamento. Aqui, saúde e doença equivaliam a diferentes estados em um processo de repetição cíclica, onde o adoecer estaria relacionado à experiência da perda de um lugar que poderia ser restabelecido através da cura, ou seja, do retorno ao ponto que se estava estabelecido.

Observa-se que, de maneiras distintas, tanto o psicoterapeuta quanto o médico clínico ocupam uma posição de autoridade, agente do tratamento, frente ao paciente. No entanto, enquanto o primeiro reconhece a importância do doente no processo e baseia o tratamento na influência ou relação que estabelece com ele; o segundo opera de forma independente do paciente, desqualificando o seu saber. As concepções de cura como produto da técnica médica e compartilhadas pelas práticas psicoterápicas representam modos de engendramento do poder que, diante das ambições negativas presentes na ideia de retirada dos sintomas ou de redução do sofrimento do sujeito, caminham na direção de recuperação de uma forma saudável, funcional e positiva.

No resgate que realiza da obra freudiana, Dunker (2011, p. 32) observa que Freud utiliza três termos diferentes para caracterizar a prática da psicanálise: como um tipo de

⁷⁶ “[...] que vão do tratamento moral, ao magnetismo animal, da metaloterapia às práticas de purificação, incluindo um leque de compromissos com discursos religiosos, pedagógicos e místicos” (DUNKER, 2011, p. 22).

psicoterapia (*Psychotherapie*) distinta do hipnotismo catártico e da terapia moral de inspiração psiquiátrica; como um tratamento (*Behandlung*); e como um processo de cura (*Kur*)⁷⁷. A escolha pelo uso de cada termo remete a distintas acepções do que está sendo evidenciado no campo da experiência psicanalítica. Por exemplo, ao referir-se à psicanálise em sua dimensão psicoterápica, Freud utiliza o termo em alemão *Genesung* para indicar “restabelecimento, convalescência, retorno a um estado anterior”. Para falar da psicanálise como um método clínico de tratamento, elege a expressão *Heilung*, que significa a “atividade e processo de sarar”. Já para designar os fins da prática psicanalítica quando esta é tomada como cura, o termo empregado é *Sorge*⁷⁸, que se traduz em “cuidado”.

Ao passo que *Genesung* compreende principalmente os resultados da cura a partir do restabelecimento da saúde usufruída em um estado anterior ao adoecimento, envolvendo a passividade do paciente; *Heilung* inclui o processo e os meios de tratamento, pressupondo uma intervenção mais ativa e pontual do agente da cura. *Sorge* indica passividade e atividade ao contemplar simultaneamente a realização de pequenas intervenções associadas a um regime especial e continuado de atenção, oferecendo uma orientação permanente e incluindo a importância da passagem do tempo⁷⁹. Desse modo, o cuidado amplia a compreensão da cura no sentido coloquial do termo, limitada ao resgate de uma saúde perdida, considerando-a como atividade ao acompanhar toda a experiência vivida pelo sujeito ao longo do processo: a história do adoecimento, suas consequências, as perdas sofridas, os sentidos atribuídos ou a falta deste; pressupondo a perda ou renúncia ao exercício do poder para a constituição da superfície da cura. Sob esse ponto de vista, Dunker (2011) sustenta o argumento de que a prática da psicanálise não se constituiu exclusivamente em uma forma de psicoterapia, mas também em uma clínica e uma forma de cura, ou melhor, de cuidado.

Diferentemente de uma conotação médica em que a cura possui forte associação à noção de tratamento, relacionado ao resultado alcançado com a completa remissão dos

⁷⁷ “[...] no início da obra, e especialmente quando se tratam de textos dirigidos à comunidade médica, como notas enciclopédicas, prólogos e apresentações em manuais, Freud não hesita em caracterizar a psicanálise como um tipo de psicoterapia (*Psychotherapie*). [...] Quando se tratam de textos sobre a técnica ou da explicitação de conceitos clínicos como transferência, resistência ou interpretação, Freud dá destaque ao termo tratamento (*Behandlung*). Contudo, quando se trata da exposição de casos clínicos ou de se referir à trajetória ou desenrolar, ao êxito ou fracasso do processo, e ainda quando analista ou analisante nomeiam o que eles estão fazendo na situação psicanalítica, há uma expressão onipotente: cura (*Kur*)” (DUNKER, 2011, p. 31-32, grifos do autor).

⁷⁸ “Curiosamente a expressão *Sorge* traduz-se tanto por *cuidar de*, quanto *preocupar-se com* e ainda por *tratar de*. Estamos assim diante de um termo que compreende ambas acepções anteriores, a psicoterapêutica (*preocupar-se*) e a clínica (*tratar*), mas além disso introduz uma nova ressonância semântica que ficara esquecida nas traduções, perdendo assim parte de sua autonomia: o cuidado” (*Ibid.*, p. 32, grifos do autor).

⁷⁹ Ao resgatar a polissemia da palavra cura, Dunker (2011) lembra que no fabrico do queijo e do vinho é necessário aguardar um tempo de “cura” até que o processo se complete.

sintomas e retorno à saúde funcional, compartilhamos da concepção de cura evidenciada por Dunker (2011) ao contemplar a perspectiva do cuidado. Cuidado que encontra suas origens na relação indissociável com o outro, remetendo-nos à noção de lugar que se ocupa no laço social e da dimensão de mal-estar que envolve a condição estar no mundo. Frente à vivência de mal-estar, não é possível garantir o restabelecimento do sujeito a um estado anterior de completo bem estar – mesmo se ele existisse; inclusive, porque tratarmos de alguém ao qual se acrescentou a própria história e experiência de cura. Mas no decorrer da travessia clínica realizada durante a análise pessoal, é possível auxiliá-lo no restabelecimento de uma posição discursiva a partir da descoberta de uma nova forma de estar no mundo, que convida à criação e apropriação de outros caminhos para a satisfação.

Ademais, ao contrário da terapêutica e do tratamento que promovem uma ação pontual e descontinuada no tempo, exercida conforme uma demanda específica, o cuidado exprime uma atitude de atenção continuada que considera a relação que o sujeito mantém com o seu corpo e a forma de vida no espaço com o outro. Isto posto, enfatiza-se a noção de ambiente presente na trajetória de cura:

[...] é preciso considerar a posição daquele que sofre, o modo particular como este sofrimento se articula com sua vida, com os sistemas simbólicos dos quais participa e com as estratégias discursivas que legitimam, reconhecem e individualizam aquela experiência como uma ruptura tratável (DUNKER, 2011, p. 41-42).

A compreensão acerca do mal-estar constitutivo do sujeito não pode estar desvinculada do espaço que ele habita, do modo como o designa, das ambições e do sentido de realidade que o acompanham. A dimensão do cuidado constituinte da prática psicanalítica permite o processo da cura ao levar o paciente a modificações e transformações que consideram as suas relações com o desejo.

Enquanto as práticas terapêuticas e a clínica médica estão orientadas no sentido do restabelecimento de uma condição prévia de harmonia ou saúde, o cuidar acarreta uma experiência radicalmente nova, pois, nesse processo, também são incluídas as vivências e os sentidos atribuídos durante o processo de cura. De modo que, depois de curado, o sujeito experiencia uma transformação que o levava a um estado de ser diferente do que habitava antes. Em sua obra, Dunker (2011, p. 41, grifos do autor) realiza uma diferenciação entre os termos sofrimento e mal-estar, ao considerar que o primeiro seria objeto das práticas terapêuticas e o segundo da psicanálise: “[...] o sofrimento pede por alívio (*Genesung*) e o mal-estar demanda cuidado (*Sorge*)”.

Ao longo de nossa investigação, fomos levadas a compreender as experiências de sofrimento por nós evidenciadas em íntima articulação com a angústia e o mal-estar que

integra toda condição subjetiva e, assim, demandam igualmente por cuidado. Com o objetivo de ampliarmos a compreensão do sofrimento e incluí-lo no âmbito do cuidado, nas articulações que seguem, propomos refletir sobre um trabalho que considera a existência e a singularidade dos pacientes que, com frequência, são excluídos do campo de atuação das equipes de saúde.

Para pensar sobre uma prática clínica em psicanálise, Moretto (2006; 2019) delinea as diferenças entre o adoecimento vivido como um acontecimento do corpo e o adoecimento compreendido como uma experiência que considera o modo de relação que o sujeito estabelece com a sua doença. Com frequência, a descoberta do adoecimento provoca um corte ou ruptura no curso da vida, exigindo um esforço psíquico do paciente para atribuir sentidos para um fato que ainda é sem sentido algum e transformá-lo em vivência singular. Por encontrar no corpo um meio privilegiado para expressão do sofrimento, a direção do tratamento deverá proporcionar a passagem do acontecimento em si para a elaboração de uma experiência, construindo um caminho para a subjetivação. Logo, tratar da doença não significa alcançar o sofrimento psíquico do doente; para isso, é fundamental que o psicanalista ofereça-se como presença disponível para escutar para além das manifestações corporais.

Regularmente, o adoecimento está relacionado a uma experiência de perda que traz consigo a marca da finitude: perde-se a ilusão de imortalidade. Moretto (2019) salienta que é quando a morte passa para o campo do possível, funcionando como uma marca na linha do tempo de vida da pessoa, que também se torna possível um movimento de valorização da própria vida, acompanhada por um forte investimento psíquico na luta por ela. É preciso que estejamos atentos para o discurso dos sujeitos que tomam a doença como prova de sua impotência, transformando esta experiência em impossibilidade de luta. Perante o desafio do cuidado na situação clínica, “[...] ao escutar o nosso paciente, não podemos autenticar o pedido de reconhecimento de sua importância quando o que está em questão e deve ser tratada é a relação do sujeito com o impossível” (p. 61).

Frente à natureza incompreensível do acontecimento, através do seu relato, o sujeito adoecido buscará estabelecer explicações para o fato que lhe ocorreu. Diante do testemunho e reconhecimento dessa narrativa, o psicanalista oferece um cuidado “catalisador” ao proporcionar acolhimento e auxílio na produção de um saber sobre a experiência vivida pelo doente, na condição de autor de sua própria história, sujeito de uma experiência. O dispositivo clínico psicanalítico possibilita a construção de uma narrativa pelo paciente angustiado, evidenciando o modo de relação que ele estabelece com a sua doença e favorecendo o deslocamento de sua posição discursiva. Em contrapartida, a doença limitada ao fato acontecido costuma ser o foco prioritário das intervenções da equipe de saúde, muitas

vezes, reforçando as percepções de impossibilidade e impotência do paciente identificado ao objeto dos cuidados médico. Quando não é possível escutá-lo, priva-o da oportunidade de falar se si, ao falarem por ele; ou ainda, legitima-se a sua impossibilidade de fazer luto das condições perdidas e o impede de lutar pela vida.

Como consequência da compreensão do adoecimento restrita a um acontecimento do corpo, onde se estabelece o diagnóstico e nosografia da doença conforme as partes do organismo acometidas, o saber objetivo e universal partilhado pelas ciências naturais centra as suas ações no par doença e lesão, excluindo o que é da ordem da história de vida e da subjetividade do doente. Ao reduzir o paciente e seu corpo ao aspecto biológico, um corpo-máquina, na intenção de realizar a cura, remove-se com precisão cirúrgica a lesão identificada como a causadora do adoecimento. Em busca de um saber cada vez mais especializado, a prática médica reparte o corpo com base em suas diversas especialidades, permitindo que cada profissional se ocupe apenas de uma parte específica. Todavia, o sofrimento humano não pode ser esquadrihado, recortado ou enquadrado nos enunciados diagnósticos e condutas gerais de tratamento.

Marcon (2016) identifica que, por não conseguir alcançar a singularidade do doente, as práticas de saúde centradas no modelo biomédico passaram a excluir de seu sistema conceitual o sujeito e o campo da subjetividade em geral, tornando o mal-estar um elemento estranho ao discurso médico. No entanto, aponta que é justamente por não considerar a existência individual no processo de adoecimento que o que é excluído acaba retornando, provocando entraves e resistências às intervenções propostas. Muitas das desconfianças e oposições do paciente são interpretadas pela equipe de saúde como alguém que não aceita o tratamento, atrapalha a sua condução ou não quer melhorar; em contrapartida, podem anunciar para alguém que está tentando se fazer escutar, insistindo em ser levado em conta em decorrência da totalidade de um saber que o ignora.

Em articulação com Kupermann (2016), Moretto (2019) destaca que não será a natureza do acontecimento que tornará o adoecimento traumático, mas principalmente o modo como este é excluído do campo de relações subjetivas, consequência da reação de negação ou indiferença da experiência de sofrimento pelo outro de referência. Ao testemunhar junto ao paciente a construção de sua narrativa sobre o acontecimento vivido, o analista apresenta-se como presença atenta e disponível, proporcionando o reconhecimento da experiência de sofrimento e facilitando o seu processo elaborativo. Nessa perspectiva, a prática de cuidados em psicanálise se torna possível a partir do reconhecimento do adoecimento enquanto um acontecimento que produz experiências singulares, de forma a oportunizar um processo de

elaboração do luto da condição ora perdida para poder empreender uma luta pela condição que lhe é possível.

Sem ignorar as singularidades da existência pessoal, Moretto (2019) salienta que toda experiência de sofrimento está associada ao modo pelo qual o sujeito se situa no laço social, considerando o seu envolvimento no mundo contemporâneo. Em decorrência de uma cultura que produz a submissão alienada aos imperativos de saúde, sucesso, riqueza etc. e a reprodução de estilos de vida que promovem o apagamento das diferenças subjetivas, a análise das relações que o doente estabelece com a sua doença e com a equipe de saúde pode apresentar o caminho para a investigação da experiência de sofrimento em cada caso. Nesse sentido, faz-se necessária a revisão dos dispositivos de acolhimento e tratamento dos quadros clínicos com vistas ao resgate da subjetividade como valor norteador das práticas de cuidado em saúde. A presença implicada do analista na oferta de cuidados poderá impulsionar o sujeito no confronto e elaboração de suas experiências, possibilitando mudanças em sua posição subjetiva e produção de marcas que engendram uma diferença diante da especificidade de seu sofrimento psíquico.

Atraídas pelas reflexões ora evidenciadas, acreditamos que a construção de uma clínica que envolva a dimensão do cuidado está cada vez mais distante de uma prática curativa que propõe o tratamento da doença como acontecimento do corpo; mas que deve dedica-se à compreensão da dimensão singular da dor existencial e do sofrimento, buscando estabelecer as relações entre processo de adoecer e o sujeito que adocece. À vista disso, partindo da compreensão psicanalítica, encaminhamos uma noção de cuidado que não almeja a cura da enfermidade pelo silenciamento do sujeito que sofre, nem a sua recondução a um estado anterior; mas que se propõe a acompanhá-lo – e, principalmente, escutá-lo – ao longo de seu processo de adoecimento, de modo a realizar um trabalho com o sofrimento capaz de possibilitar novas vivências e diferentes caminhos para a sua condição subjetiva, levando-o a experimentar uma posição distinta da anteriormente ocupada. Em termos gerais, propor um processo de cuidado envolve as atitudes do paciente de “poder sentir” e do cuidador de “fazê-lo falar”, conforme abordaremos nos tópicos seguintes.

5.4 O cuidado junto à Saúde Pública

No tópico anterior, apresentamos o trabalho psicanalítico que considera as relações que o indivíduo estabelece com sua produção sintomática, incluindo a sua história de sofrimento na elaboração da experiência subjetiva e descoberta de novos modos de satisfação.

Ainda que a teoria freudiana valorize o estabelecimento de um vínculo transferencial no âmbito na relação analítica, indispensável à realização do tratamento e que deverá ser manejado pelo analista como instrumento da cura, ela não contempla propriamente uma dimensão do cuidado, que possui herança na tradição filosófica. À vista disso, embasadas em Ferenczi e Winnicott, nos lançamos no desafio de pensar a prática psicanalítica como uma clínica capaz de ofertar atenção, disposição e acolhimento. Dito de outro modo: uma clínica que se fundamenta na disponibilidade de um cuidado sensível à singularidade da experiência individual.

Nos contextos que envolvem uma população atravessada pela pobreza e vulnerabilidades psíquica e social, principalmente quando a ausência de políticas públicas promove o estado de desamparo, mais do que interpretações relevadoras ou desconstrutivas que ameaçam repetir as falhas vividas pelas eventuais não correspondências e desproporções ambientais, o tratamento requer a recuperação ou instalação de uma atmosfera de confiança em um ambiente responsivo e empático, que pode oferecer a adaptação e o *holding* necessários aos processos subjetivos.

Compartilhando da proposta de relacionar o aspecto técnico da atenção à saúde à humanização⁸⁰, Ayres (2004) recupera uma perspectiva reflexiva que estrutura a noção de cuidado e acarreta implicações valiosas à reformulação e ressignificação das práticas clínicas, ações assistenciais e vínculos terapêuticos. Na ontologia existencial de Heidegger (1995), o “Cuidado” (*Sorge*) é a condição de possibilidade de pensar os modos de ser (do) humano em relação a uma “curadoria” que ele exerce na contínua interação e reconstrução de seu próprio existir e de seu mundo, como efeito de uma autocompreensão e ação transformadoras. No plano operativo das práticas de saúde, Ayres (2004) considera possível designar por cuidado uma atitude terapêutica que não reduz as suas ações às mediações técnicas, mas se assenta na busca ativa de seu sentido existencial. Para que um encontro terapêutico alcance a qualidade de “humanizado”, faz-se importante “[...] justamente a permeabilidade do técnico ao não técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (p. 22, grifos do autor), permitindo construir significados e dar sentido não apenas à saúde, mas também ao projeto de vida de cada paciente.

Dunker (2011) recupera na filosofia helenística a prática do “cuidado de si” como condição para cuidar dos outros. Essa relação de precedência compreende que, sem a

⁸⁰ “[...] buscando-se trabalhar com esta no sentido genérico de um conjunto de proposições cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum” (AYRES, 2004, p. 19, grifos do autor).

experiência de cuidado consigo, que está intimamente vinculado ao conhecimento de si⁸¹, o poder poderá extrapolar em excesso ou transformar-se em tirania. Em analogia com o campo das práticas de saúde contemporâneas, as posturas profissionais que envolvem esforço, domínio ou controle denunciam para a ausência de um vínculo de cuidado, aproximando-se muito mais de uma relação de educação ou de governabilidade. Nessa forma de cuidados, a soberania e autoridade de um líder agente de um discurso genérico ou universal oferecem claros sinais de extravio no cuidado de si, podendo acarretar efeitos iatrogênicos ao processo de cura. A experiência de cuidar de si envolve o libertar-se das imposições de poder que limitam o paciente à posição de objeto do cuidado dos outros, para ocupar o lugar de agente de sua própria cura.

A repetição automática de procedimentos e submissão técnica oferecerá treinamento e formação a profissionais que dificilmente conseguirão cuidar do sujeito, quando muito, estarão aptos a realizar reparos em um corpo-organismo. A transmissão do cuidado não ocorre na forma de um saber impessoal, mas se diz respeito ao modo como alguém se engaja e persiste no cuidado de si, em sua própria experiência continuada de agente de cuidados; semelhante à formação do analista, que encontra na análise pessoal a indicação para combater as ritualizações que poderiam torná-lo impermeável ao seu próprio psiquismo. Conforme evidencia Dunker (2011, p. 204): “é no quadro do cuidado de si que uma série de técnicas, práticas e dispositivos serão relidos e transformados, sempre tendo por referência uma relação dialógica e pessoal”.

Mesmo que, originalmente, a categoria “Cuidado” na epistemologia filosófica não esteja diretamente referida à prática de cuidados em saúde, nem seja fruto dos pressupostos psicanalíticos, acreditamos ser possível construir alternativas clínicas à promoção de uma atenção equilibrada e interessada no reconhecimento e na elaboração das experiências de sofrimento, dor e mal-estar, aliada à discussão sobre a formação do psicólogo-psicanalista e sua habilidade de facilitar a costura e a criação de sentidos para os transbordamentos subjetivos.

A pobreza acarreta múltiplas privações em vários âmbitos da vida do indivíduo, impondo restrições ao exercício de sua liberdade e à realização de necessidades fundamentais à sobrevivência, podendo estar vinculada às situações de violências, abusos ou abandono, bem como repercutir na vivência de muitas formas de desigualdade, discriminação e responsabilização por sua condição social (CIDADE; MOURA JR.; XIMENES, 2012;

⁸¹ “[...] o que é certo é que, conhecendo-nos ficaremos em condições de saber como cuidar de nós mesmos, o que não poderemos saber se nos desconhecemos” (PLATÃO, 2007 *apud* DUNKER, 2011, p. 203).

MOURA JR. *et al.*, 2014). Tais experiências podem configurar uma ameaça permanente do “sem-sentido” em suas vidas, sendo a existência humana constantemente atravessada por excessos, falhas e rupturas ambientais. Cenários como esse exigem uma contínua atividade de “fazer sentido” às desproporções da realidade, na tentativa de “[...] estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que ao longo de uma vida evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e da turbulência emocional” (FIGUEIREDO, 2012, p. 134), para poder empreender uma resposta e fazer resistência às intrusões externas que perturbam constantemente à existência pessoal.

Em nossa investigação, a situação de pobreza das famílias atendidas pelo Iprede participa de uma conjuntura social que provoca a limitação dos recursos cruciais à sobrevivência humana e podem comportar ou vulnerabilizar a modos de aprisionamento, imobilidade ou incapacitação física e psíquica. Acreditamos que essa condição pode estar relacionada à experiência de desautorização, quando o sujeito não possui as suas necessidades fundamentais reconhecidas e contempladas na qualidade das políticas sociais. Nesse sentido, compreendemos que a pobreza é um elemento de vulnerabilidade frente ao outro ao qual é dirigido um pedido de socorro e apelo ao acolhimento de seu estado; e, semelhante à relação dos adultos com a criança, poderá tornar-se traumática e desestruturante, em decorrência de seu não reconhecimento (FERENCZI, 1928/2011).

A desautorização é consequência do abandono traumático produzido pela atitude de indiferença ou negação do outro de referência, na ocasião em que o indivíduo não encontra reconhecimento e auxílio para a sua vivência de dor e sofrimento, ou ainda, para a sua condição de vulnerabilidade. O “não” sofrido repercute a nível narcísico, promovendo não apenas a negação do evento vivido, mas também do próprio sujeito, podendo acarretar na projeção de uma imagem de si desqualificada e na atualização de uma experiência traumática de desamparo (KUPERMANN; MARTINS, 2017).

Segundo Rosa (2002), um dos efeitos da pobreza extrema e da exclusão social é a desproteção de uma parcela da população frente à perda de um discurso de pertinência e atribuição de um lugar na sociedade, impedindo seu acesso aos recursos institucionais organizadores da vida social: saúde, educação, moradia, trabalho, segurança, lazer etc. Diante da quebra dos fundamentos do contrato social, influenciado pela lógica do mercado e pelo privilégio capital, o indivíduo pobre vivencia um verdadeiro desamparo social, que promove efeitos disruptivos na subjetividade e risco de confrontação com o traumático. Nessas condições, ao passo que a ocorrência do trauma é facilitada, em virtude da fragilização das

estruturas discursivas que suportam o vínculo social⁸² (PUJÓ, 2000), com frequência, os recursos indispensáveis a sua simbolização e elaboração encontram-se diminuídos, promovendo desubjetivação.

Para Rosa, Estevão e Braga (2017), os discursos que atravessam a estrutura social indicam os modos de pertencimento possíveis para cada indivíduo na sociedade, repercutindo incidências presentes tanto em sua constituição psíquica como nas estratégias políticas de exclusão. Ao apresentar-se como emissário de uma verdade, o discurso social hegemônico apoia-se nos interesses econômicos, políticos e na manutenção das práticas sociais para perpetuar seu poder de dominação e regular as relações coletivas através do apagamento das individualidades, desalojando o sujeito de sua história pessoal, sociocultural, política e de seu lugar discursivo. Os autores enfatizam o “[...] poder que instâncias como o poder jurídico, religioso ou político tem para legitimar ou negar a experiência e o testemunho de cada um” (p. 365), fixando na ordem social as posições definidas *a priori* para os indivíduos, sem espaço para o enigma, a singularidade ou a polissemia da palavra. Somado à desqualificação de seu discurso, tem-se a desautorização do sujeito gerada no e pelo laço social, que o responsabiliza e culpabiliza por sua condição social-pluri-determinada.

A exclusão do acesso aos bens, ideais e valores compartilhados pela lógica do mercado tem como consequência a identificação do pobre a um lugar de resto, dejetivo, destituído do cenário social, caracterizando uma posição e um discurso marcado, por vezes, pelo silenciamento. Quando a carência dos recursos biológicos, econômicos e morais dificultam ou impedem o alcance do sentido e a significação necessária à confrontação do real traumático, o indivíduo fica exposto, vulnerável ao risco de desorganização subjetiva. Para Rosa (2002; 2018), a escuta clínica desses sujeitos emudecidos ante a exclusão social poderá propiciar andamento à articulação da cadeia significativa, fazendo circular essa posição e rompendo com identificações imaginárias, oferecendo, ainda, a possibilidade de elaboração simbólica ao que é vivido como traumático.

Conforme apontam Cidade, Moura Jr. e Ximenes (2012) e Góis (2008), mesmo na condição de negados, a situação de pobreza não determina uma completa rigidez psíquica, exterminando as capacidades do indivíduo de desenvolver-se e expandir-se em suas potencialidades ou excluindo-o a possibilidade de construção de sentidos. Embora o fatalismo e a identidade de oprimido e explorado acarretem profundas influências aos modos de

⁸² A esse fenômeno próprio do modelo econômico neoliberal, caracterizado pelo enfraquecimento das modalidades de discurso social e político que sustentam as relações, valores, ideias e tradições culturais, Pujó (2000) denomina de desamparo discursivo.

subjetivação, restam aos indivíduos possibilidades de (re)ação e denúncia da vivência de condições adversas, opressoras e marginalizantes, as quais poderão engendrar novas alternativas e formas de vida.

Nesse contexto, Santos (2001) aposta que a luta por mudanças nas condições de vida está na base das ações dos movimentos comunitários e populares, exercendo resistência às lógicas de dominação do poder capitalista e controle das subjetividades. Compreende que a pobreza está relacionada a uma situação de carência, mas também de vida ativa, luta e trabalho permanente alimentado pela necessidade de continuar existindo, sendo possível a tomada de consciência e a descoberta de formas inéditas de vida; já a miséria é a privação total, sob o risco do aniquilamento da pessoa. Portanto: “miseráveis são os que se confessam derrotados. Mas os pobres não se entregam” (p. 132).

Nas situações de intenso sofrimento humano, Kupermann (2016) relaciona o fracasso do testemunho de dor à dimensão traumática do adoecimento. Contrariamente, a expressão de seu testemunho favorece o processo de elaboração e produção de sentido para a experiência dolorosa. Kupermann e Martins (2017) conferem à literatura de testemunho importantes modos de manifestação que oportunizam o trabalho psíquico no sentido da sublimação da vivência traumática. Para Koltai (2016), o ato de escrever testemunhando a própria sobrevivência em situações extremas, quando as vítimas foram reduzidas a lixo no mundo, é uma tentativa de transmitir o indizível de uma experiência qualificada como intransmissível, mediante o esforço de tornar presente e manter atual aquilo que resiste à representação. Em relação com o exposto, Rosa (2002; 2018) ressalta que a escuta como testemunho pode romper as barreiras do silêncio e resgatar a memória da experiência compartilhada.

No dossiê “Testemunho e Cura” (2016), publicado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, são apresentadas importantes reflexões sobre a modalidade do testemunho como uma forma de compartilhamento das experiências relacionadas ao horror e à violência, que podem auxiliar a metabolização de um passado traumático a partir da narração e preservar a memória do que aconteceu para evitar que fatos semelhantes se repitam. Com frequência, a grande complexidade do evento torna os esforços para expressá-lo por meio da linguagem insuficientes, sendo necessário discutir sobre as especificidades da clínica psicanalítica no tratamento das vítimas das violências traumáticas e catástrofes coletivas.

Para justificar o efeito terapêutico desse tipo de relato, Gondar e Antonello (2016) sublinham que, enquanto a desautorização envolve a negação do evento e do indivíduo, o

reconhecimento caminha em direção contrária, oportunizando crédito ao trauma e validando as percepções e sentimentos da vítima. Ao propor um trabalho psíquico pela via da repetição estimulada pela narrativa subjetivada, a situação traumática vai perdendo sua dimensão de susto, de surpresa. Oferecer o testemunho do próprio sofrimento implica na mudança da passividade para a atividade, já que as cenas deixam de ser uma reprodução cega do episódio passado e passam a ser produzidas pelo sujeito, podendo o trauma ser dominado e liquidado. No entanto, os autores destacam a necessidade da inclusão de um terceiro que testemunhe essa fala e essa dor, no caso, que testemunhe o testemunho.

Ao testemunhar a repetição do trauma, o analista ocupa o lugar de terceiro no acontecimento vivido, proporcionando condições mais favoráveis à rememoração do traumatismo e estabelecendo um contraste entre o presente e um passado insuportável. Partindo de Ferenczi (1934/2011), Gondar e Antonello (2016, p. 19) reforçam que “ao participar desse lugar, o analista ultrapassa tanto a função interpretativa quanto a função continente para as quais a situação clínica o convoca, criando uma memória que vai ser experimentada pela primeira vez”. A resolução do trauma pressupõe o lugar da testemunha, a possibilidade do sujeito violentado não enfrentar sozinho a situação traumática por poder endereçar o seu testemunho a alguém que reconhece e ressoa a sua catástrofe subjetiva, permitindo as conexões entre os fragmentos da lembrança traumática e dando voz ao que anteriormente foi vivido como impotência e silêncio.

Na clínica do traumático, esse lugar de terceiro não equivale ao lugar do pai, da ordem simbólica ou de uma lei capaz de dar fim a uma situação de litígio entre duas partes. A função de testemunha do analista põe em jogo algo que existe antes que qualquer forma se imponha, podendo ser descrito como o espaço transicional winnicottiano: “ele é intersticial, informe, nem dentro e nem fora, nem dizível nem visível, funcionando como laboratório de intensidades afetivas à procura de configuração” (GONDAR; ANTONELLO, 2016, p. 19). Ao testemunhar as narrativas fragmentadas, assistemáticas, literais dos sujeitos traumatizados, o analista participa da instauração de um espaço potencial (WINNICOTT, 1971/2019) que sustenta e suporta a singularidade de alguém que narra o sofrimento de uma experiência inenarrável, acolhendo as variações afetivas e deixando-se sensibilizar por elas.

Compartilhando dessa perspectiva, Koltai (2016) valoriza a importância do analista escutar a História que acompanha e emoldura o testemunho dos sobreviventes das experiências de desumanização praticadas por humanos sobre outros humanos. A partir dos relatos das violências sofridas, ao imaginar o inimaginável e acreditar no inacreditável, pode-se auxiliar as vítimas a reestabelecerem o seu pertencimento à comunidade humana. Para

tanto, a autora entende “[...] o testemunho como um ponto de articulação entre história pessoal e coletiva, que remete tanto à responsabilidade do sujeito que fala quanto àquela de quem o escuta” (p. 26); exigindo deste último o trabalho de articulá-las para poder alcançar à compreensão dos efeitos do horror vivido sobre a subjetividade.

A autenticidade do relato assumido e endereçado ao outro na busca por reconhecimento é atestada pela presença do próprio narrador, que depõe sobre o fato que viveu. Quando é capaz de relacionar a história que ouve com a História do mundo, deixando-se empatizar pela complexidade daquilo que é dito e identificando não apenas a destruição, mas também as marcas de resistência, a escuta analítica assume lugar de elo vivo do testemunho. Em sua função de testemunhar a sobrevivência do indivíduo em uma realidade desumana, o analista ajuda na construção de sua singularidade, oferecendo autenticidade ao sofrimento e contribuindo na elaboração e transmissão de uma experiência que não pode ser esquecida (KOLTAI, 2016).

Para Maciel Jr. e Ledo (2018), o diapasão⁸³ da confiança é prova da horizontalidade das posições dos participantes no dispositivo analítico, os quais operam em um movimento de mutualidade e sintonia afetiva, engendrando as oportunidades de evocação e acolhimento de uma verdade subjetiva. Pela via da confiança, o analista poderá criar condições de retorno à cena traumática, abrindo possibilidades de elaboração do acontecimento passado e construção de um pensamento ainda não inscrito psiquicamente. Por proporcionar o reconhecimento que outrora não foi possível, pensar a experiência traumática inaugura um sentido inédito como alternativa à clivagem, desfazendo o desmentido que deflagra o silêncio e gerando efeito terapêutico.

Ao impulsionar a “revisão” do evento traumático pelo ato de pensar, o trabalho elaborativo confere legitimidade ao processo de apropriação subjetiva, permitindo ao indivíduo alcançar uma verdadeira convicção por meio de suas associações e construções inconscientes. Na ocasião do encontro empático, facilitado pela linguagem da ternura e elasticidade do analista, intenta-se oferecer a validação de uma singularidade para que o sujeito possa construir um caminho na direção da própria verdade, colocando o traumático em condições satisfatórias de significação e inscrição na ordem psíquica (MACIEL JR.; LEDO, 2018; KLAUTAU; LOPES; LEAL, 2018).

⁸³ Correspondente à metáfora do “joão-teimoso” (FERENCZI, 1928b/2011), ao pontuarem a necessidade do analista de entrar em sintonia afinada com o analisando, Maciel Jr. e Ledo (2018) relacionam o suporte oferecido pela confiança a um aparelho de afinação de instrumentos musicais chamado diapasão.

Mediante a consideração de um cuidado que privilegia o trabalho com o sofrimento pelo dispositivo da confiança, ao testemunhar o testemunho das vivências de abandono e exclusão, propomos pensar a construção de uma clínica junto à parcela pauperizada da população, dando importância à especificidade do lugar de exceção que esta ocupa no laço social, muitas vezes, estando sob condições traumáticas. Sem desconsiderar a face sociopolítica do sofrimento, acreditamos que a oferta de uma escuta clínica promove o reconhecimento de uma posição discursiva a partir da valorização do testemunho, fazendo emergir ali um sujeito desejante, vivo, onde “[...] parecia haver apenas vidas secas” (ROSA, 2002, p. 11); como também estrutura a produção do saber do indivíduo, tornando-o capaz de conceber novas estratégias de sobrevivência psíquica nesses cenários e o recolocando diante de sua história pessoal e coletiva. Para isso, recorreremos novamente às formulações teórico-clínicas de Ferenczi e Winnicott.

A partir das dificuldades apresentadas por seus pacientes no curso do processo analítico, que impuseram certos fracassos ou desfechos terapêuticos incompletos, Ferenczi (1933/2011) questiona-se sobre os resultados iatrogênicos da psicanálise que começaram a se acumular em sua prática. Por exemplo, diante da repetição estimulada pela análise, podia-se observar uma melhora sensível, porém passageira de certos sintomas, sendo frequentes as queixas de pesadelos e angústias noturnas. Por meio das acusações de indiferença, hipocrisia e egoísmo que recebia, constatou que o manejo da transferência acabava por reforçar a identificação com o agressor, agora atualizado na figura do analista, tornando as sessões verdadeiras recordações do acontecimento traumático. No entanto, após as breves explosões de raiva e de cólera de seus analisandos, ao final dos atendimentos, geralmente as suas interpretações eram aceitas com impressionante docilidade e precipitação. Mesmo oferecendo a permissão e o encorajamento necessários à livre associação, não obteve modificações nas situações em que o indivíduo demonstrava “[...] extrema submissão, em consequência manifesta da incapacidade ou do medo em que se encontram de nos desagradar com suas críticas” (p. 113).

Em virtude da falta sinceridade na relação com o paciente, o encontro analítico poderá refletir as falhas ambientais vividas pelos sujeitos compelidos à clivagem narcísica, reproduzindo a progressão traumática impulsionada pela introjeção da figura do sedutor e corroborando com a aderência afetiva dos analisandos aos seus analistas. Os traços agressivos e a fria reserva do profissional poderão abandonar o paciente na mais profunda aflição, ou seja, na mesma situação insuportável que ocasionou a comoção psíquica. Nessas condições, a análise não difere da catástrofe do encontro que, na infância, resultou na confusão de línguas

entre os adultos e a criança. O paciente traumatizado, enganado pelos adultos de sua infância, encontra-se na mesma condição da criança que teve o seu estágio da ternura invadido pela linguagem da paixão (FERENCZI, 1933/2011; KUPERMANN, 2019a; 2019b).

A “hipocrisia profissional”⁸⁴ acarreta a perda da confiança e a confusão que acaba por travar a língua do indivíduo que, com frequência, torna-se mecanicamente obediente à autoridade do adulto/psicanalista. Na situação clínica, a identificação com o agressor poderá ser evidenciada no vínculo transferencial, com os comportamentos de adoração, submissão ou obediência dos pacientes culpados pelos excessos passionais vividos. O poder exacerbado, a autoridade e as resistências do analista entravam o tratamento, expondo o paciente à revivência das situações que, na época da infância, fizeram-no adoecer. Para manter o olhar positivo ou por medo de desagradá-lo, o paciente poderá reprimir ou deformar materiais psíquicos, impossibilitando o cumprimento da regra fundamental da livre associação e aceitando uma interpretação mesmo sem estar convencido de sua pertinência (FERENCZI, 1933/2011; PINHEIRO, 2016b).

Para reconhecer e controlar os exageros de suas intervenções, evitando uma atitude fria e pedagogia que porventura possa assumir, caberá ao analista mergulhar a fundo em sua análise pessoal; processo que exigirá um autoconhecimento e temporalidade superiores das análises didáticas praticadas na época. Conforme sugere Ferenczi (1933/2011, p. 144-115, grifos do autor), a simpatia autêntica e “[...] a capacidade de admitir os nossos erros e de renunciar a eles, a autorização das críticas, fazem-nos ganhar a confiança do paciente. *Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico*”. Através do manejo técnico conduzido com tato, somado à conquista da confiança na relação, é possível ajudar o paciente a abandonar essa identificação opressora e a se defender da incômoda transferência amorosa, ou melhor, destrava-lo a língua⁸⁵.

⁸⁴ Outra característica atribuída por Dunker (2011) ao cuidado helênico refere-se à capacidade de dizer a verdade sobre si, envolvendo a arte da franqueza e da sinceridade; mas adverte que esse convite ao dizer-verdadeiro não deve ser confundido com a obrigatoriedade do dizer presente na prática da confissão. Tal capacidade está relacionada à dimensão do testemunho, que aponta para a realidade da experiência do sujeito e estabelece um compromisso com a *sua* verdade. Para tanto, sugere que “[...] o cuidador é uma espécie de amigo da verdade, que inspira confiança pessoal [...]” (p. 215). Ao fazer incidir a palavra franca, o cuidador deverá ter destreza para encontrar o momento oportuno e o modo de dizer, “[...] no qual o sujeito poderá se reconhecer e, afinal, tomar para si algo do que foi dito” (p. 216).

⁸⁵ Nesse momento, resgatamos novamente o caso atendido no Iprede e apresentado em nossa pesquisa de mestrado (DAUER, 2015). O trabalho clínico e o vínculo transferencial propiciaram mudanças nas posições subjetivas tanto da mãe como da criança. À proporção que a mãe era impulsionada na produção de uma identificação com a filha passando a transmiti-la em seu discurso, a criança pôde construir um percurso que foi do grito à palavra. Ao comentar sobre o desenvolvimento da criança, a mãe fala: ela “desarmou mais”. Na ocasião, escutamos “desarmou”, mas agora questionamos se poderia sido “destravou”.

Na obra winnicottiana, as questões relacionadas ao aspecto da confiança também ocupam um espaço fundamental e determinante, tanto na constituição subjetiva como na direção do tratamento analítico. Ao longo dos processos de maturação e desenvolvimento infantil, a criança deverá ser sustentada por cuidadores que ofereçam enlace emocional às manifestações fisiológicas e ao funcionamento corporal do ser imaturo e dependente, de modo a estabelecer a base para a personalização, conforme apresenta Winnicott (1970/1994, p. 209): “a integração no ser humano em desenvolvimento assume uma ampla variedade de formas, uma das quais é o desenvolvimento de um arranjo operacional satisfatório entre a psique e o soma”. Na presença de um relacionamento que se sustenta na confiabilidade do objeto materno, o bebê poderá existir e repousar na segurança de que o ambiente humano garantirá a continuação de seus processos integrativos e o sentimento de morada ou habitação do próprio corpo.

Na medida em que avança em seu desenvolvimento emocional, Winnicott (1951/2019) delimita uma área intermediária de experimentação que proporciona ao bebê a capacidade de criar, imaginar, inventar e produzir um objeto conforme a sua necessidade, desfrutando de um verdadeiro “casamento” entre a onipotência dos processos intrapsíquicos e o controle infantil da realidade. Os fenômenos transicionais se constituem na relação viva da criança com a mãe-ambiente, na mutualidade e estabilidade das experiências entre o que a mãe apresenta e o que o bebê concebe, possibilitando a continuidade pessoal da existência do indivíduo. Por oferecerem uma proteção contra as falhas ou perturbações externas, a oferta de cuidados contínuos e seguros acarretam a progressiva construção da confiança no ambiente, podendo o indivíduo lidar com a gradual desadaptação materna ao prosseguir na transição para o estado de independência.

A disponibilidade sensível e adaptativa da mãe proporciona à criança o sentimento de segurança necessário à confiabilidade dos elementos ambientais, estabelecendo um espaço potencial compartilhado na relação materno-infantil capaz de suportar e sobreviver aos momentos de excitação infantil e ataques agressivos ao corpo materno, sem sucumbir ou retaliar. O acúmulo das experiências de confiança propicia ao indivíduo uma matriz simbólica para a representação de objetos e relações, tornando possível a continuidade dos processos de separação e individuação. Em compensação, repetidas falhas ou rupturas na experiência de provisão de cuidados poderão provocar intrusões ameaçadoras à continuidade do ser, em especial, quando ultrapassam a capacidade emocional da criança, acarretando prejuízos à área da confiabilidade (WINNICOTT, 1950/2000; 1967a/2019; 1969/1999).

Winnicott (1954/2000) assegura a importância do analista acompanhar cada paciente no seguimento de seu processo, que possui um ritmo específico e caminha em seu próprio rumo. Nesse sentido, confere distintas possibilidades do manejo clínico relacionados aos diferentes estágios do amadurecimento emocional em que ocorreu a falha na provisão ambiental, podendo ser necessário o tratamento lidar fases bastante primitivas do desenvolvimento. A partir do contexto analítico de confiança, que reproduz as técnicas da boa maternagem, pode-se prover a adaptação adequada e especializada na intenção de propiciar a regressão à situação original de falha ambiental, oportunizando a continuidade de um processo que ficou interrompido pela ameaça de caos e necessidade de defesa do ego e oferecendo uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra; tem-se, portanto, um “[...] novo início, com o eu verdadeiro agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente sem a organização de defesas que impliquem num falso protegendo o verdadeiro” (p. 384).

A escuta psicanalítica ocorre no campo intersubjetivo da transferência, sendo indispensável que analista renuncie ao poder da situação e ao domínio do saber para que o paciente possa vir a falar sobre si, escutar-se e apropriar-se de seu discurso, logo, de seu desejo. Rosa (2002) relembra outra faceta da relação transferencial: a resistência. Mas, diferente de Freud que a relaciona aos impasses que cessam as associações livres do analisando, pontua a compreensão lacaniana que aborda outro aspecto da resistência, a do analista, que se impõe na escuta do sujeito que fala. Para a autora, um dos perigos que acompanha o atendimento de pessoas que vivem sob desamparo social e discursivo é o risco do analista ficar preso à posição de exclusão que elas ocupam na estrutura social, manifestando muito mais uma postura de ação do que de descoberta.

A resistência que paralisa a escuta clínica pode conduzir a uma comunicação deficiente na relação analista-analisando, alimentando estereótipos e preconceitos que reiteram a permanência das relações de poder e dos lugares de inclusão e exclusão social. Quando a escuta do singular é obliterada, corre-se o risco de interpretar, por exemplo, a pobreza apenas como carência financeira e a desnutrição restrita à privação alimentar. Ademais, as ações orientadas por um saber pré-definido do que seria “bom” ou “adequado” tem como efeito a destituição do saber do sujeito, promovendo a sua desautorização. Rosa (2002) destaca a frequente utilização defensiva da teoria para reafirmação narcísica do psicanalista/psicólogo que, sem conseguir alcançar as diversas formas de expressão do sofrimento, acaba por interpretar as recusas ou objeções dos pacientes como resistência ou falta de implicação no tratamento.

Em nosso percurso institucional, presenciamos algumas situações em que as mães reagiram às condutas e instruções fornecidas por um conhecimento especializado, recusando-se a ocupar uma posição apassivada, de submissão, e recorrendo ao próprio saber construído ao longo de suas histórias de vida. Descreveremos sucintamente três dessas cenas. (1) Após a palestra de uma nutricionista que recomendou algumas práticas alimentares, uma mãe comenta com as amigas: “e eu vou bem fazer o que essa doutora mandou, é?”. (2) Em uma consulta de puericultura, ao ser informada sobre a necessidade de internação de seu filho em decorrência do seu estado desnutricional, a mãe passou dois meses sem frequentar a instituição. Após o seu retorno, foi possível supor que, no momento da comunicação, a mãe não possui recursos ou encontrou possibilidades para verbalizar sobre a sua resistência à internação, demarcando a sua recusa com a sua ausência. (3) Durante um atendimento realizado, frente às manifestações da filha, indaguei à mãe sobre o que possivelmente a criança estaria solicitando. A mãe responde que é atenção e me pergunta: “você tem filhos?”. Respondo que não, então, ela complementa: “você não entende, quando você for mãe irá entender como é difícil dar conta de todos”. Também citamos a situação narrada por Teixeira (2019) quando, após o alerta de um funcionário que orienta às mães a não colocarem as suas bolsas dentro dos berços dos bebês em decorrência da possível contaminação por bactérias, tão logo este se ausenta, o grupo descumpra sua recomendação ao mesmo tempo em que desdenha de seu discurso.

Em tais situações é possível observar a resistência e o limite que as mulheres empreendem frente ao saber do outro que ameaça silenciar suas singularidades. Por meio de suas falas e atitudes de deboche, elas encontram alternativas para manifestar suas posições, verdades, tradições e, com isso, respondem e defendem-se do potencial traumático. Na ausência de recursos à simbolização dessas experiências, a irrupção do trauma pode provocar desorganização subjetiva e alcançar efeito desestruturante.

A lógica do mercado identifica o pobre à posição de resto, colocando-o à margem do cenário social e limitando os seus recursos discursivos; porém não se pode confundir esse lugar de distanciamento e rebaixamento com uma subjetivação da falta, que promove a dimensão do desejo. Nessas condições, Rosa (2002; 2018) adverte que a disponibilidade para escutar o indivíduo em situações de extremo desamparo implica no confronto dos fundamentos da organização social, os quais muitas vezes pertencemos e usufruímos, a partir do saber que possibilita a emergência do singular. Diante disso, é preciso criar condições de escuta psicanalítica à parcela da população socialmente desprotegida, que reiteradamente possui suas dores silenciadas e seu sofrimento desautorizado pela ordem discursiva

dominante. A construção de uma clínica do cuidado caminha na direção do compartilhamento das experiências vividas através da legitimação do testemunho do sujeito.

Em decorrência da experiência clínica em contextos de grande sofrimento, a exemplo dos hospitais, Kupermann (2016) compreende que, ao proporcionar o testemunho das dores físicas e psíquicas provocadas pelo processo de adoecimento, a presença do psicólogo pode favorecer a construção de sentidos para as experiências do doente, quase sempre disruptivas e traumáticas, para que elas não se configurem em uma vivência apassivadora e impeditiva de elaboração. Nesse sentido, propõe relacionar os três tempos do trauma⁸⁶ aos tempos de um cuidado que busca impedir o efeito mortífero do abandono traumático.

No caso do adoecimento, o tempo do indizível é referente ao momento em que o sujeito padece de um sofrimento inédito ou inesperado, para o qual não dispõe dos recursos necessários à nomeação do evento que provoca desestabilização psíquica. Em um segundo tempo, do testemunho, o doente busca auxílio na presença confiável de um cuidador para o compartilhamento de sua experiência de sofrimento. No entanto, perante a reação de silêncio ou descrédito que desqualifica o testemunho do sujeito que sofre, tem-se o tempo da indiferença desautorizada, que transforma a dor indizível em inaudível. Por não encontrar reconhecimento e suporte para a elaboração da situação vivida, o doente é abandonado em um estado de impotência e vulnerabilidade narcísica que compromete a convicção de suas próprias percepções. Por outro lado, o oferecimento de um cuidado sensível representaria a proteção necessária para as situações potencialmente traumáticas engendradas pelo processo de adoecimento (KUPERMANN, 2016).

Conforme caracteriza Kupermann (2015; 2016), a teoria ferenciana apresenta uma concepção de trauma social, visto que o outro se encontra necessariamente implicado na confusão de línguas que acarreta a ruptura traumática. Uma clínica do cuidado deverá privilegiar a condução de uma relação terapêutica que possibilite o encontro de linguagens entre cuidador e paciente, proporcionando hospitalidade e acolhimento ao sofrimento daquele que chega. O oferecimento de um cuidado capaz de empatizar com a linguagem e a condição do doente representa o contraponto do olhar de indiferença desautorizadora. Novamente, pontuamos a função do “catalisador de sentidos” para exemplificar o trabalho do psicólogo-

⁸⁶ Conforme apresentado no segundo capítulo de nosso trabalho, a partir da figura da criança desamparada frente a uma experiência de violência sexual, Kupermann (2016) e Kupermann e Martins (2017) compreendem que a situação traumática se desenrola em três momentos: tempo do indizível, de testemunho e da vivência de desautorização.

psicanalista em auxiliar a expressão das modulações afetivas e facilitar a produção de sentido para a experiência singular de adoecimento.

Entendendo que a maioria dos estados graves de choque reporta-se à infância do paciente, Ferenczi (1931/2011, p. 85) compara a necessidade do tratamento analítico poder ser vivido semelhante a um jogo de criança: “[...] o adulto também deveria ter o direito de conduzir-se em análise como uma criança difícil [...]”. Nessa retomada da realidade infantil, Kupermann (2016) resgata o jogo do *fort-da* (FREUD, 1920/1996) para exemplificar como a brincadeira pode oferecer um caminho para a elaboração de uma situação potencialmente angustiante. A partir do jogo de ilusão e desilusão, simbolizado pelo carretel, a criança pode vivenciar ativamente o processo de separação da mãe, favorecendo uma construção de sentidos, de modo que ela não se encontre frente a uma situação traumática.

Ao sinalizarem para a adaptação do analista às singularidades dos pacientes, Moreno e Coelho Jr. (2012) ponderam que se o fator traumático está referido ao aspecto negativo, com a desconsideração de um acontecimento vivido, o principal norteador da técnica psicanalítica não pode ser da ordem da frustração e da responsabilização, que promoverá a repetição do ambiente hostil, mas de uma ética que inspire o cuidado.

Para opor-se ao poder traumatizante do abuso interpretativo e tornar-se apto à tarefa analítica que exige uma disponibilidade sensível, Ferenczi (1928b/2011) atribui elevada importância à equação pessoal, ou seja, análise representa um requisito primordial ao profissional, devendo ser objeto de um exercício constante. A partir do conceito de “tato psicológico” assinala para a necessária sensibilidade

[...] de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente etc (p. 31).

Para além das regras e ritualizações da técnica psicanalítica, o oferecimento de uma compreensão empática se torna possível por intermédio do aprofundamento do analista no funcionamento de seu psiquismo. Essa vivência afetiva possibilitará o controle de seu próprio narcisismo e de diversas reações afetivas, limitando o seu saber excessivo e traumatizante e habilitando-o para a condução de um trabalho capaz de contemplar as resistências do paciente e o aspecto de indeterminação da subjetividade, de modo a “sentir com” o indivíduo. Através do compartilhamento afetivo oportunizado pelo encontro transferencial, pode-se propiciar reconhecimento, acolhimento e auxílio elaborativo às dores existenciais.

Em termos winnicottianos, não pensamos o analista suficientemente bom no tocante à perfeição mecânica, mas como um ser que tenha à sua volta acertos e erros suportáveis, pois “se estivermos representando um papel, seremos certamente descobertos quando nos surpreenderem sem as nossas máscaras” (WINNICOTT, 1969/1999, p. 141). Há um limite para o conhecimento a ser ensinado, de modo que o analista deve renunciar à obrigação de saber ou entender sobre tudo o que acontece ao paciente. O processo analítico não pode ser reduzido a uma técnica-padrão, mas à oportunidade do analista adaptar-se aos modos de subjetivação do analisado, estando intimamente relacionado às vicissitudes da afetividade que se estabelece no campo sensível do encontro clínico e do que nele se pode produzir como sentido (KUPERMANN, 2008; WINNICOTT, 1954/2000).

Ao estabelecer um (con)tato empático e pessoal, cria-se um contexto analítico adequado às condições de confiabilidade e continuidade dos elementos ambientais, reproduzindo as técnicas de maternagem da primeira infância e dos estágios iniciais e viabilizando o acontecimento de uma regressão ao estado de dependência característico da relação primordial entre a mãe e o bebê, no qual a situação traumática de falha ambiental poderá ser recuperada, descongelada e revivida⁸⁷ por meio de um cuidado sensível e adaptado às formas de sofrimento psíquico. A regressão alcança e fornece um ponto de partida onde são proporcionadas as condições suficientemente boas à nova experiência de desenvolvimento, realizando uma provisão adequada e adaptativa, ainda que tardia, e permitindo que o crescimento pessoal – que permanece em estado potencial – tenha lugar, abrindo a possibilidade de integração dos núcleos egóicos (WINNICOTT, 1954/2000; 1955-6/2000).

À confiabilidade do analista, soma-se a sua capacidade suportar os ataques de fúria, raiva e agressividade no *setting* analítico com a ausência de retaliações ou desistência, para não reproduzir a falha ou trauma original dos indivíduos que foram desprotegidos ou tiveram a sua confiança quebrada ou desperdiçada. Deve-se permitir que o passado do paciente torne-se presente, na esperança de que o eu verdadeiro possa finalmente começar a experimentar a viver. Sabe-se da impossibilidade de proporcionar uma adaptação perfeita, entretanto, Winnicott (1955-6/2000, p. 397) precisa a importância de examinar os fenômenos da contratransferência toda vez que surgem dificuldades durante a condução dos casos, tornando indispensável à análise do analista para evitar com que seus elementos inconscientes reprimidos limitem a sua capacidade de trabalho: “o analista deve ser capaz de usar suas

⁸⁷ “É preciso incluir na teoria do desenvolvimento de um ser humano a ideia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do *congelamento da situação da falha*” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 378, grifos do autor).

próprias falhas em termos de sua significação para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade sobre cada uma delas, mesmo que isto implique em examinar a contratransferência inconsciente”. Habitar junto com o paciente o espaço potencial exige muito do analista em termos de sensibilidade e disponibilidade afetiva, “pois o analista não é, afinal de contas, a mãe natural [...]” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 397); como também pela sua constante necessidade de analisar e fazer uso de seus próprios erros sempre que se manifesta uma resistência.

Kupermann (2008) constata como as formulações acerca da adaptação ativa da família-ambiente à criança inaugurada por Ferenczi (1928a/2011) conferem importantes subsídios à concepção winnicottiana sobre o desenvolvimento emocional primitivo, que considera a essencial adaptação do psicanalista ao processo de subjetivação do analisando e seu funcionamento psíquico no período da dependência em que ocorreu à experiência de abandono ou intrusão ambiental perturbadora. A qualidade do encontro transferencial promovido pela presença sensível e adaptativa do analista hospedeiro proporciona que o paciente vivencie experiências afetivas compartilhadas, onde a criação é possibilitada. Nesse ponto, destacamos a sensibilidade com que escutamos e suportamos as expressões de incômodo ou resistência das mães do Iprede nas cenas descritas acima, permitindo-as experimentar seus afetos sem abandoná-las, repreendê-las ou retaliá-las, semelhante à capacidade materna de sobreviver aos ataques da criança. Quando tais comportamentos não são autorizados, corre-se o risco de reproduzir uma submissão aos imperativos de um ambiente precário ou hostil, minando qualquer possibilidade de confiança (WINNICOTT, 1954/2000; 1955-6/2000).

Na direção de uma ética do cuidado que privilegia o encontro transferencial, Winnicott (1984) propõe uma modalidade de atendimento que enfatiza a adaptação do *setting* terapêutico às necessidades do paciente, favorecendo a produção de enunciados adequados à comunicação de seus processos de subjetivação. Apostamos que essa modalidade clínica poderá inspirar a inserção e atuação do psicólogo-psicanalista nas instituições de saúde, com o propósito de contribuir tanto com a saúde do indivíduo atendido como para a condução do trabalho e propostas de intervenções em equipe multiprofissional⁸⁸ capazes de incluir a dimensão psíquica.

⁸⁸ Winnicott (1970/1994) descreve o atendimento de uma paciente encaminhada pelo serviço social de uma organização voluntária sob o qual continuou recebendo atualizações sobre o seu estado e sugerindo ou opinando sobre possíveis intervenções, mesmo após a realização da única consulta.

As consultas terapêuticas se originam na prática winnicottiana de atendimento ao público infantil em hospitais, sendo caracterizadas por sua breve temporalidade em decorrência do pouco número de sessões realizadas e representando uma ajuda psicológica bastante útil nos casos em que as condições socioeconômicas dos pacientes que procuram os serviços precisam ser consideradas. A psicanálise é a base para esse trabalho, embora não se trate de uma psicanálise estrito senso, pois está relacionado à aplicação de um novo referencial psicanalítico quando comparada ao padrão clássico vigente. Configura-se como uma prática de alcance e valor social capaz de oferecer respostas às necessidades que caracterizam o trabalho em clínicas e consultórios de orientação psicanalítica (LINS, 2015).

Sobre a realização de suas entrevistas, Winnicott (1984) pontua que a psicoterapia sob demanda e a análise compartilhada⁸⁹ podem ser consideradas “verdadeiras” psicanálises, todavia, as consultas terapêuticas proporcionam uma interação e intercâmbio muito mais livre entre o terapeuta e o paciente do que em um tratamento psicanalítico puro. Sua técnica é extremamente flexível e possibilita a exploração integral da primeira entrevista, a qual poderá realizar-se em um único contato ou prolongar-se por mais dois ou três. Apresenta-se como importante fator à formação de um *setting* especial caracterizado “[...] por um clima profissional em que afetividade e confiança desempenham o papel essencial” (LINS, 2015, p. 10).

Semelhante à mãe dedicada que pode oferecer um cuidado adaptativo às necessidades do bebê, torna-se essencial a adaptação do terapeuta às condições e limitações do paciente, proporcionando a sustentação e manejo adequados à condução do processo⁹⁰. Nessa perspectiva, Winnicott (1984) defende a transformação do *setting* terapêutico de acordo com singularidade das estruturas psíquicas em jogo – a do terapeuta e a do paciente, ou ainda, a adaptação da técnica às especificidades de cada caso. Como acrescenta Lins (2015, p. 14): “[...] uma teoria precisa ser flexível de tal forma que qualquer fato clínico possa, se necessário, modificar suas proposições”.

Em grande parte dos atendimentos apresentados por Winnicott (1970/1994; 1984), é comum a utilização do jogo dos rabiscos como um método capaz de possibilitar o contato e a comunicação com a criança. Esse jogo encontra como características principais a espontaneidade e a agilidade dos traços; os parceiros não planejam o desenho realizado, já que

⁸⁹ No primeiro tipo, a capacidade do analista de responder à demanda do paciente se expressa na frequência das sessões, já no segundo, são os pais que conduzem o tratamento da criança a partir das orientações do analista (LINS, 2015).

⁹⁰ Em um exemplo clínico que descreve, Winnicott (1970/1994, p. 212) pontua: “usamos folhas inteiras tamanho in quarto (em vez das folhas meio in quarto que utilizo com as crianças mais jovens) por me parecer que isso seria mais apropriado, em vista do fato de ela ser estudante de arte e estar já com 18 anos”.

este é resultado da interação entre eles (LINS, 2015). Conforme se identifica na sugestão oferecida por Winnicott (1984, p. 20): “fecharei os olhos e farei um risco a esmo no papel; você o transformará em alguma coisa e depois será sua vez e você fará o mesmo e eu transformarei seu traço em alguma coisa”.

Mediante a experiência que a criança vivencia durante a entrevista,

[...] é feita uma ligação artificial entre o jogo dos rabiscos e a consulta terapêutica, 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 mais ativo. É quase como se a criança, através dos desenhos, estivesse lado a lado comigo e, de certo modo, tomando parte ao descrever o caso, de forma que o relatório de que a criança e o terapeuta dizem tende a soar como verdade” (WINNICOTT, 1984, p. 11).

Sobre a importância dos primeiros encontros, Winnicott (1984) surpreende-se ao descobrir o elevado número de crianças que relatavam sonhos com ele na noite anterior à consulta, aliado a enorme confiança que elas mostravam na sua pessoa. Refere-se a um momento inicial “sagrado” que não pode ser desperdiçado, pois, caso seja, a confiança que possui a criança de que será entendida é prejudicada; apesar disso, se esse for bem utilizado, ela é fortificada. Através da suposição do terapeuta de uma experiência singularmente vivida pelo sujeito, este é convidado a falar, podendo elaborar, esclarecer e avançar em seus processos desenvolvimentais a partir da estrutura estabelecida pela entrevista em transferência. Observa-se, portanto, que a possibilidade de comunicar-se é terapêutica, pois está relacionada com produção de uma experiência.

Além das consultas terapêuticas se relacionarem com um procedimento terapêutico eficaz e econômico, “elas também servem, tanto como instrumento de pesquisa dos mecanismos primários do desenvolvimento, quanto como elemento diagnóstico” (LINS, 2015, p. 12). Ademais, acrescenta-se sobre a importância da escolha adequada do candidato apto para realizar tais entrevistas. O terapeuta em questão deve ter uma formação psicanalítica aliada ao intenso trabalho de análise pessoal e à experiência de conduzir tratamentos psicanalíticos prolongados (WINNICOTT, 1984).

Diante da oferta de condições favoráveis à proteção e acolhimento aos pacientes que tiveram o seu processo de desenvolvimento interrompido, compreende-se que o primeiro passo no sentido da adaptação deve partir do profissional àqueles que buscam cuidado. Ao conceber o *setting* analítico como uma metáfora dos cuidados maternos, tem-se que a responsabilidade de uma prática comprometida com o cuidado pressupõe a capacidade do analista de ajustar-se aos modos de expressão do analisando como condição indispensável para a criação de um contexto adequado ao tratamento. Em referência ao que propõe Ferenczi (1928a/2011, p. 2, grifos do autor): “a adaptação da família à criança só pode iniciar-se se os

pais começam a *compreender-se melhor eles próprios* e assim chegam a adquirir uma certa representação da vida psíquica dos adultos”, é possível apreender que a saúde do analista conquistada com sua análise avançada proporciona a identificação empática e o comportamento adaptativo necessários à escuta do testemunho da dor do indivíduo, combatendo uma posição de autoridade e inspirando o cuidado sensível à criança que habita cada analisando adulto.

Para poder sintonizar as modulações afetivas do paciente no encontro clínico, Kupermann (2016, p. 18) questiona-se sobre as “[...] competências que devem ser produzidas e transmitidas para que o cuidador possa: oferecer hospitalidade acolhendo o sofrimento do doente, por mais impactante que possa ser estar diante da dor do outro”. Em outras palavras: como preparar alguém para ouvir o sofrimento, a dor existencial? É possível encontrar indicações em Figueiredo (2012, p. 139), quando confere à função de interpelar como um dos traços do agente cuidador, em suas palavras: “[...] chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem [...]”. Nessa exigência, o indivíduo é chamado a responder por sua existência, por sua pulsionalidade; e o analista deve se colocar “[...] para além do lugar onde alguém que se encontra, [...] de maneira a estar vivo nos confrontos cotidianos com a morbidez e a morte” (KUPERMANN, 2016, p. 18). Nas situações em que é possibilitado o contato com a alteridade, cria-se a condição de ruptura em uma ordem já estabelecida. Esse excesso que afeta, angustia e nos põe a trabalhar está acompanhado de um potencial de criação que abre espaço para a transformação e outros patamares de funcionamento psíquico.

Tendo como referência a aproximação com a EBBS, Maia (2013) questiona-se como é possível transmitir cuidado, em especial, quando o cuidador não contou com essa experiência em sua vida. Na ocasião de seu crescimento emocional, caso a criança tenha encontrado as condições ambientais e de maternagem “suficientemente boas” para a interiorização da “linguagem da ternura”, ela possivelmente irá desenvolver o sentimento interno de preocupação, de cuidado com o outro. Desse modo, tomando como paradigmático a relação materno-infantil, o cuidado é pensado mediante a existência de um campo de afetação compartilhado intersubjetivamente, oportunizando processos positivos de subjetivação e introjeção dos afetos vividos. Já as experiências de cuidados acompanhadas por falha ambiental trazem uma dificuldade a mais para a atitude de cuidar; no entanto, a operação introjetiva não é encerrada na vida adulta, favorecendo, no curso das situações cotidianas, uma abertura a novas conexões e continuidade aos movimentos de transformação. Sendo assim, será a partir da disponibilidade para viver uma verdadeira experiência de “sentir com” o outro, deixando-se afetar e ser afetado por ela, que o profissional poderá exercer a

“presença implicada”, a “presença em reserva” e promover processos humanizantes (FIGUEIREDO, 2012).

Ferenczi (1928b/2011) recomenda estar atento para as manifestações que escondem a incredulidade ou disfarçam desconfiança do indivíduo, as quais geram o agravamento das resistências. Para oferecer livre expressão às tendências inconscientes, o analista deverá comportar-se como uma marionete que se deixa manipular enquanto o paciente experimenta os seus afetos de desprazer. Como recompensa por sua paciência e perseverança, pouco a pouco, o profissional poderá observar o estabelecimento de uma confiança essencial ao tratamento, que permitirá alcançar o material latente, mais especificamente, as vivências infantis. De modo semelhante, em virtude da aceitação dos limites de nosso saber, as interpretações ou comunicações proferidas deverão ter sempre o caráter de proposição, evitando as tentações de privilegiar o conhecimento teórico e as questões técnicas à experiência singular do caso a caso. Em articulação com os movimentos contratransferenciais vividos nas instituições cuidadoras, mais uma vez, enfatizamos a importância da equipe de saúde poder considerar e sustentar a manifestação das diferentes modalidades de expressão de sofrimento subjetivo, sem a necessidade de advertências ou retaliações, possibilitando, com isso, a confiabilidade e continuidade dos atendimentos.

Considerando a sensibilidade do analista às sutilezas das percepções e emoções humanas, Pinheiro (2016b) define o tato ferencziano como a capacidade de representar o vivido do paciente, contudo, sem operar uma fusão entre os participantes que reduz a existência de um à imagem e semelhança do outro. Para oferecer o reconhecimento do sujeito em sua diferença, aponta para uma distância justa no vínculo transferencial, possibilitando um “sentir com” sem ter que “ser como”.

Para Kupermann (2016), ao resgatar a dimensão sensível do encontro clínico, Ferenczi (1928b/2011) torna a interpretação do analista subordinada à qualidade dos afetos que circulam na relação terapêutica, conduzida a partir do testemunho do sofrimento do outro. O cuidador que se oferece ao con-tato afetivo deve dispor de sua saúde e elasticidade para que possa acolher a dor do outro e exercer a sua capacidade empática, deixando-se afetar pelo sofrimento do doente e também podendo afetá-lo. De maneira semelhante, a mãe winnicottiana necessita gozar de boa saúde para atingir o estado de preocupação materna primária, adoecendo e curando-se dele quando chegada a hora (WINNICOTT, 1956/2000).

Sobre os aspectos intersubjetivos e empáticos no contexto psicanalítico, Coelho Jr. (2004) apresenta que, diferentemente das proposições freudianas que atribuíam à empatia um sentido predominantemente cognitivo, no conjunto da obra ferencziana, a sua

compreensão revela ser de uma ordem mais afetiva ou emocional, evidenciando o fenômeno transferencial. Todavia, adverte que a faculdade de “sentir com” não equivale ao único instrumento que o analista possui, nem produziria sozinha o trabalho analítico. Ele deverá fundamentar a sua prática visando operar “[...] uma oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e atividade de julgamento” (FERENCZI, 1928b/2011, p. 308). Portanto, a influência desse fator subjetivo não encontra justificativas para uma arbitrariedade ou o agir “à sua moda”, muito menos pressupõe a ausência de escrúpulos, devendo apoiar-se na análise concluída do analista.

Em nossa proposta de realizar um grupo com as mães atendidas pelo Iprede, observamos que, através do relato de suas experiências, as mulheres puderam resgatar memórias e oferecer o testemunho de suas histórias de vida, as quais foram reconhecidas pelo coletivo. Por meio das narrativas que atravessaram assuntos relacionados aos cuidados com os filhos, conflitos com o companheiro, familiares e vizinhança, atividades da rotina doméstica, planos para as celebrações do fim do ano (Natal e Ano Novo), promoveram-se identificações e compartilhamento afetivo. Algumas participantes possuíam maior facilidade para verbalizar as suas opiniões, já outras costumavam ser mais silenciosas, porém sempre demonstravam identificação com o que era dito, seja pelo riso ou pela atenção que dedicavam à fala da outra. No decorrer dos encontros, evidenciou-se uma maior participação e envolvimento das mulheres, tanto que, ao final da experiência, fomos questionadas sobre a possibilidade de formação de um novo grupo.

Koltai (2016) identifica que as relações de amizade podem se constituir como verdadeiras estratégias de sobrevivência em condições de exclusão, quando os indivíduos são confrontados ao mesmo destino desumano e lutam lado a lado pela vida. A ajuda concreta ou moral que provém dos laços comunitários pode alcançar efeito de proteção por compartilharem do esforço para suportar o insuportável, auxiliando na integração de algo do excesso de real vivido. A autora questiona se essa presença amiga funcionaria “[...] como uma função analítica que pode ouvir sem julgar e sustentar a palavra do amigo permitindo-lhe volta à vida?” (p. 27). Nessas situações, ao mesmo tempo em que se torna necessária a presença facilitadora do analista, este também precisa agir com o máximo de tato, oferecendo suporte ao processo analítico e possibilidade de reintegração à comunidade humana. Nos recortes de nossa experiência institucional, foi possível exemplificar as formas de organização, compartilhamento e resistência coletivas, seja no descumprimento das recomendações de profissionais e funcionários que ameaçam silenciar o saber materno, seja nos vínculos de amizade que observamos tanto nos espaços da instituição como os que foram

facilitados com o grupo. De modo geral, as mulheres construíram entre si uma espécie de rede de apoio à realidade vivida.

Conforme apresentado, nos encontros iniciais, experimentamos dificuldades para reunir as mães, pois algumas se recusavam a comparecer, mesmo tendo aceitado previamente o convite. Contudo, após a análise das (nossas) resistências, acreditamos que alguns aspectos possibilitam a melhor adesão das participantes, quando comparadas às primeiras reuniões. Além de chamá-las pelos seus nomes próprios – ao invés do nome de sua criança, prática comumente compartilhada pelos profissionais da instituição, passamos a convidá-las para o “grupo de mulheres” – e não mais o “grupo de mães”. Talvez foram nesses momentos que transmitimos a nossa capacidade de empatizar com as participantes, através da sensibilidade em reconhecer um desejo que ultrapassa a dimensão materna, permitindo, dessa forma, a escuta de suas singularidades.

Ao longo do nosso percurso no Iprede⁹¹, em diversos momentos, tivemos as nossas atividades atravessadas pelo ritmo e cultura institucionais. Por mais que a instituição proporcione assistência familiar, a maioria das famílias demanda principalmente atendimento aos filhos. Logo, propor a realização de um grupo com as mães causa uma mudança frente a uma rotina já estabelecida, criando uma nova modalidade de atendimento que pode gerar estranhezas e resistências tanto aos funcionários quanto às famílias. Sendo assim, nos momentos em que tentávamos reunir as participantes, algumas davam preferência por entrar logo na fila de distribuição do vale-transporte ou garantir o recebimento do leite. Além disso, era necessário procurar pelos diferentes espaços da instituição e olhar nos vários consultórios, pois alguma mãe podia estar acompanhando o filho no atendimento deste. Outro ponto importante era que as atividades propostas não poderiam começar muito cedo, pois as famílias ainda estavam chegando, nem exceder o horário do almoço, quando a instituição serve sopa para as pessoas que estão no refeitório. Frente à necessidade de espaços condizentes com o tipo de atividade a ser realizada (atendimento com dupla mãe e criança, grupos ou reuniões de equipe), também foi preciso nos habituar com alguns procedimentos institucionais, dentre eles, a separação dos prontuários, reserva e organização de salas.

Suportar um trabalho que promove a escuta do sofrimento representa uma tarefa complexa, principalmente quando acontece em ambientes que atribuem maior eficácia às intervenções físicas e medicamentosas, limitando a disponibilidade de recursos aos profissionais que se dedicam ao aspecto subjetivo. Conforme indicado, o analista está

⁹¹ Lembramos que a nossa trajetória teve início em 2013 e contou com a realização de atendimentos clínicos, grupos com as mães, grupos de estudo, supervisões, treinamentos, seminários, pesquisas etc.

fundamentalmente implicado no “sentir com” o paciente, estabelecendo a confiabilidade básica ao reconhecimento da singularidade subjetiva e à elaboração um excesso difícil de ser contido, através da provisão adaptativa e do *holding* regular e contínuo. Sendo assim, juntamente com a condução da análise aprofundada do analista, requisito enfatizado por Ferenczi e Winnicott, Miranda e Onocko Campos (2014) propõem alguns arranjos institucionais que facilitam a instauração ou ampliação de espaços de compartilhamento, apoio e contato com a alteridade entre o corpo profissional, por exemplo: as reuniões e supervisões clínico-institucionais, equipe de referência, apoio matricial etc. Em decorrência da possibilidade de experimentar trocas intersubjetivas e tomadas de decisões coletivas, pode-se favorecer o desenvolvimento da confiabilidade, proporcionando cuidado e sustentação aos trabalhadores e seus processos de trabalho. Através das angústias experimentadas pela prática profissional, são possibilitados o questionamento e a análise das estratégias utilizadas, a criação de novos manejos clínicos e institucionais e a construção conjunta de diferentes modalidades assistenciais. Para Pitombo, Maia e Rosario (2014), a realização de um trabalho colaborativo que desenvolve uma dimensão processual constante de formação e acompanhamento dos membros envolvidos possibilita conjugar um olhar diferenciando sobre a experiência vivida com as reflexões teóricas e conceituais.

As famílias comparecem ao Iprede quinzenalmente, porém, mediante a iniciativa em montar um setor de intervenção precoce, foi proposta a realização de atendimentos clínicos em uma frequência semanal com as crianças que apresentavam riscos psíquicos ou de desenvolvimento. Mesmo garantindo o vale-transporte às famílias, estas não aderiram ao novo ritmo, assim, os atendimentos continuaram ocorrendo na periodização já praticada. Acrescenta-se que, em épocas festivas (a exemplo da Páscoa, dia das crianças e Natal), a instituição desenvolve diferentes programações em parceria com universidades públicas ou particulares e empresas privadas, promovendo com palestras, brincadeiras, distribuição de brindes, lanches etc. Essas programações geralmente são de grande interesse e, portanto, priorizadas pelas famílias, sendo necessário repensar o planejamento, horários ou cancelamento dos atendimentos e demais atividades organizadas por nós.

A sustentação de um trabalho clínico na perspectiva institucional é perpassada por muitos desafios que demandam constantes adaptações e mudanças. Na maioria das vezes, os casos são acompanhados por uma equipe multiprofissional e, juntamente com o atravessamento dos diferentes discursos e práticas, é preciso considerar os procedimentos e cultura da instituição. Nessas condições, Pinheiro (1995; 2016b) salienta para a dialética que torna a posição do analista forçosamente desconfortável. Retoma Ferenczi (1928b/2011) ao

evidenciar que o tratamento psicanalítico não pode ser jamais confortável, sendo o conforto interpretado como um sinal de alerta de que alguma coisa de grave está passando despercebida, podendo denunciar a resistência e hipocrisia do analista. Acreditamos que interlocução entre os diversos saberes profissionais pode ser valiosa para a condução do tratamento, contudo, deve-se acautelar para que as intervenções realizadas não se anulem, mas sim, favoreçam a promoção de cuidados. No que diz respeito ao psicólogo-psicanalista, destaca-se a construção de uma clínica que privilegia a experiência afetiva, oferecendo o acolhimento e a escuta da singularidade do sofrimento psíquico, mesmo quando sustentada de um lugar que experimenta significativo desconforto.

Com o princípio da empatia, Ferenczi (1928b/2011) inaugura novas modalidades da interação clínica, ampliando as possibilidades de relação no *setting* analítico. A disponibilidade sensível e afetiva do psicanalista diante do manejo dos movimentos transferenciais favorece a condução de um trabalho psíquico com o sofrimento humano, consoante sinaliza:

Deixamos agirem sobre nós as associações livres dos pacientes e ao mesmo tempo deixamos nossa própria fantasia jogar com esse material associativo; no meio tempo, comparamos as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem deixar, nem por um instante, de levar em conta e criticar nossas tendências próprias (p. 308).

Semelhante a um elástico, o psicanalista atua em uma oscilação permanente, cedendo às tendências psíquicas do paciente para incentivar o livre curso de suas associações, mas sem abandonar o exame de suas próprias opiniões.

A elasticidade da técnica não equivale ao analista ceder sem resistência, podendo ser relacionada à cura-cuidado (*Sorge*) por contemplar a alternância entre os ritmos de passividade e atividade, em um regime continuado de atenção (DUNKER, 2011). Também pode ser associada à mãe winnicottiana que, ao oferecer adaptação às necessidades do bebê, concebe a ilusão da experiência de onipotência, mas também o desilude em ritmo suportável. Ou ainda, à metáfora do “joão-bobo”, que simboliza a disponibilidade do analista em se oferecer como suporte para a revivência das intensas manifestações afetivas do paciente (FERENCZI, 1928b/2011; KUPERMANN, 2008). Exprime-se o desafio clínico do analista: a necessária adaptação e flexibilidade no curso das intervenções clínicas, tendo em vista que “[...] é o paciente, inequivocamente, que dita o tom que compõe a atmosfera do encontro clínico; seu tempo e seu ritmo” (KUPERMANN, 2019b, p. 19). Será a qualidade do encontro afetivo que norteará a construção de uma clínica do cuidado, na intenção de proporcionar reconhecimento e suporte à simbolização das experiências subjetivas de dor e sofrimento.

Ao pensar sobre uma ética do cuidado com bebê, Guerra (2013) contempla a incompletude, o direito de equivocar-se e a complexidade da conduta humana, o que muito difere do ideal tirânico que deposita ao responsável um conjunto de normas para assegurar condições ótimas de estímulo e desenvolvimento de todas as potencialidades da criança. No entanto, mesmo em sua incompletude, o cuidador estaria afetivamente implicado no cuidado com o seu bebê, na busca de oferecer condições à subjetivação deste. Deriva dessa noção que “[...] a ética dos cuidados começa por cuidar da cuidadora e tratar de entender as mudanças que acontecem em seu mundo afetivo, para cuidar de um bebê” (p. 39).

6 CONCLUSÃO

Em suas descrições, tanto Ferenczi como Winnicott apresentam sobre os primórdios da atividade psíquica, sinalizando para a noção do desenvolvimento como um processo que pressupõe temporalidade e movimento. Enquanto o primeiro enfatiza a construção dos sentidos de realidade e seus estágios, possibilitada com a operação introjetiva; o segundo discorre sobre o amadurecimento emocional, que inicia sua trajetória em um estado de dependência absoluta e caminha rumo à integração em uma unidade. No entanto, ambos enfocam a indeterminação e a interdependência do ambiente ao longo da trajetória do indivíduo, indicando para a continuidade das experiências vividas, onde as potencialidades humanas se atualizam e ganham forma constantemente. Com isso, observa-se o deslocamento de um modelo psicanalítico pulsional em direção a uma maior ênfase dos aspectos relacionais, que implicam no entrelaçamento entre a realidade objetiva e o campo da experiência subjetiva.

A compreensão de um desenvolvimento que se desenrolaria em sucessivos estágios está diretamente referida a modos de funcionamento específicos, os quais dependem de processos anteriormente conquistados que se interpenetram; embora nenhuma conquista desenvolvimental alcance o *status* de garantia e comporte sempre radicalidade e indeterminação da experiência subjetiva. As várias etapas com suas respectivas tarefas não empreendem um abandono de fases evolutivas que remeteriam a um caminho linear de uma direção previamente traçada, nem englobam aquisições ou características valorativas e hierárquicas. Esse pensamento pode ser exemplificado a partir da noção de introjeção, que caracteriza um dos estágios ferenczanos do desenvolvimento humano, mas também demarca a capacidade da atividade de simbolização ao longo da vida, constituindo-se como um processo importante e geral do psiquismo. Já em Winnicott, tem-se que os fenômenos transicionais não são encerrados, mas se estendem pelo território intermediário da realidade compartilhada, conferindo importância ao campo da experiência cultural e participando tendência humana de formação de grupos pelas similaridades de suas experiências ilusórias.

Compartilhando de uma perspectiva intersubjetiva, os autores conferem destaque à maneira como a subjetivação do indivíduo apenas tem lugar a partir de sua interação com o ambiente, concebido fundamentalmente no vínculo com o outro de referência e sua provisão de cuidados. Através da intermediação oferecida entre os anseios infantis e a realidade externa, ao fazer coincidir os objetos que a criança alucina e os que o cuidador apresenta, é possível proporcioná-la a ilusão de uma onipotência incondicional. Conforme o seu

desenvolvimento avança, a adaptação promovida pelos cuidados familiares tende a ser gradualmente reduzida, possibilitando a vivência de certa alteridade na relação e oportunizando sucessivas experiências de frustração. Em resposta, a criança aprenderá produzir sinais específicos e adequados ao atendimento de suas necessidades, suportando intervalos cada vez maiores para o alcance de sua satisfação.

O processo de desilusão infantil, consequência da gradual desadaptação materna, traz implicações tanto para o reconhecimento e aceitação da complexidade do mundo quanto para sua capacidade de simbolização dos acontecimentos vividos. Por não provocar profundas rupturas ou cortes à continuação de sua existência pessoal, esses acontecimentos poderão ser progressivamente assimilados e integrados psicologicamente, com efeito organizador à subjetividade nascente. Nessa progressão, mediante o estabelecimento de um gradiente que proporciona a continuidade da situação de cuidados, a ocorrência do trauma é considerada estruturante.

Como enfatizamos, as dificuldades ocorrem quando a adaptação e as provisões ambientais falham radicalmente. Logo, a “confusão de línguas” é resultado da invasão de afetos estrangeiros ao universo subjetivo, provocando transbordamentos que ultrapassam a capacidade de metabolização e incorporação psíquica. Por não encontrar acolhimento e ajuda à simbolização do evento vivido, o fato permanece incomunicável e irrepresentável no psiquismo, desorganizando o funcionamento da introjeção e originando o trauma de efeito desestruturante.

De modo geral, Ferenczi e Winnicott demarcam a necessidade do tratamento psicanalítico poder dedicar uma adaptação familiar e reproduzir os cuidados maternos, procedendo à maneira de uma mãe carinhosa que apresenta ao bebê o mundo a conta-gotas. Através de sua disponibilidade identificatória e compreensão “cheia de tato”, o analista favorece as condições facilitadoras ao estabelecimento de um vínculo de confiança, oportunizando a rememoração do descrédito sofrido e a elaboração do evento traumático. A oferta de um cuidado humanizado oferece a proteção adaptativa e transmite a confiabilidade em um ambiente responsivo e empático, constituindo uma experiência de integração em oposição às descontinuidades e ausências externas.

Em suas teorizações, Ferenczi circunscreve o traumatismo de caráter patológico produzido por uma violência sexual que provoca profundos prejuízos à estruturação psíquica infantil. Tomando essa relação, é possível pensarmos sobre o trabalho clínico em cenários caracterizados pela pobreza e atravessados por experiências de vulnerabilidades psicossociais e desamparo, abrindo caminho para a promoção de um cuidado que pode alavancar os

processos positivos de subjetivação. Em decorrência da desproteção social, juntamente com a falta de reconhecimento da realidade desumana que enfrenta, o indivíduo pobre poderá vivenciar a desorganização e desautorização de sua posição subjetiva. Nessas condições, apostamos que a escuta clínica desse sujeito confere legitimidade ao seu testemunho, favorecendo a construção de sentidos para o que é vivido como traumático e a ressignificação de situações que poderão engendrar novas alternativas e formas de vida. Para oferecer um espaço de compartilhamento afetivo, o analista deverá dispor de uma flexibilidade elástica capaz sustentar e suporta a singularidade do sofrimento narrado, desempenhando as funções de interprete e de catalisador de sentidos ao propiciar adaptação, acolhimento e auxílio elaborativo, mediando a produção de enunciados e colocando o traumático em condições satisfatórias de introjeção.

Muitas das questões inicialmente apontadas por Ferenczi foram posteriormente retomadas e aprofundadas por Winnicott. Com base nas técnicas da boa maternagem, fruto de uma relação harmônica e ritmada com o bebê, as proposições winnicottianas inspiram a construção de um contexto analítico de confiança que pode acolher, segurar e responder o paciente na medida das possibilidades de seu psiquismo. Diante da sensibilidade e identificação do analista, é possível oferecer um *holding* regular e contínuo que possibilita ao paciente (re)viver experiências de cuidados confiáveis. Por meio de uma clínica comprometida e adaptada às formas de sofrimento psíquico, o profissional facilita condições “suficientemente boas” para a regressão e recuperação da situação original de falha ambiental, concebendo ao indivíduo oportunidade de um novo início ao seu desenvolvimento.

A experiência de *holding* está intimamente relacionada à participação ativa do cuidador que, por operar a permanente mediação dos imperativos da realidade, é capaz de prover um ambiente facilitador ao crescimento emocional, proporcionando a continuidade da existência individual. Isto posto, lembramos que o potencial desestruturante da comoção psíquica é consequência da significância das interferências ocasionadas pelo choque traumático no “continuar ser”. Contrariamente, quando as estratégias terapêuticas podem ir ao encontro do paciente, assegurando a continuação um cuidado consistente e estabelecendo o senso de confiança nos elementos ambientais, é possível atenuar os efeitos traumáticos.

Embasadas por uma compreensão psicanalítica e pelo sentido inconsciente do sintoma, incentivamos a desconstrução de tratamentos centrados no modelo biomédico, os quais negligenciam a dimensão psíquica e restringem sua compreensão a um acontecimento na superfície corporal, para inspirar o encaminhamento de iniciativas sensíveis aos aspectos subjetivos do adoecimento. Em nosso percurso, a relação de cuidados materno-infantis

representou uma importante matriz para fundamentar o estabelecimento de uma clínica orientada para a singularidade da experiência, considerando os diferentes modos de organização individual e coletiva, sendo avessa a generalizações. As contribuições de Ferenczi e Winnicott permitiram importantes reflexões para pensarmos a psicanálise como uma prática de cuidado afetivo e relacional no atendimento às populações que partilham de contextos atravessados pela pobreza e vulnerabilidades psicossociais.

Segundo a nossa vivência institucional evidenciou, quando se participa de uma situação de privação multidimensional, a relação da mãe com o seu bebê poderá espelhar as falhas das provisões ambientais vividas, limitando os investimentos libidinais e a sexualidade materna e impondo desafios à realização de uma maternagem adaptativa. Em virtude da grande carência de recursos necessários à sobrevivência humana, as desproporções do ambiente de pobreza são capazes provocar vulnerabilidade e desamparo, causando o fracasso subjetivo na confiabilidade e da capacidade criativa. A reprodução de um cuidado mecânico e generalizado, que despreza as realidades psíquica, simbólica e política, poderá repercutir na experiência de desautorização, acarretando em silenciamento, invisibilidade e distanciamento afetivo da população atendida. Desse modo, em diversos momentos de nossa inserção institucional, foi fundamental a não realização de comportamentos de retaliação, repreensão ou advertência por parte dos profissionais às expressões de insatisfação, resistência e recusas das mulheres; possibilitando o acúmulo de experiências de confiança no ambiente institucional e em seus profissionais.

A disponibilidade de um acolhimento sensível e adaptativo à singularidade individual pode estabelecer certa oposição às falhas e ausências ambientais, indicando para a qualidade da experiência afetiva compartilhada nas relações materno-infantil e profissional-paciente. No momento em que é oferecido o reconhecimento e a validação de um evento anteriormente desacreditado, são facilitadas condições mais favoráveis ao funcionamento psíquico em termos de continuidade e confiabilidade, permitindo um contraste entre o presente e um passado insuportável e concebendo recursos para o sujeito (re)significar e integrar seus processos corporais.

Ao longo de nossa investigação, enfatizamos a maneira como as famílias que participam do Iprede demonstram confiar na assistência e nos cuidados recebidos, sinalizando para uma segurança proporcionada pelos profissionais e instituição. Através de suas atividades e rotinas, a organização transmite a percepção de um cuidado contínuo e adaptativo, disponibilizando contenções e alternativas às carências psicossociais vividas na realidade compartilhada. Com a adoção de ações e programas que buscam envolver todos os

membros familiares, são estimulados o compartilhamento e a produção coletiva de sentidos, contribuindo para a realização do trabalho familiar essencial à subjetividade da criança. Também se observam o estabelecimento de vínculos comunitários e relações de amizade entre as mulheres que constituem uma rede de apoio e suporte mútuo, desempenhando função protetiva.

Sem dúvidas, os excessos provenientes da condição de pobreza são revestidos por uma natureza traumática, porém não necessariamente patogênica. As mães do Iprede realizam um trabalho em torno de sua criança, repercutindo positivamente na saúde mental da dupla. Sendo assim, em despeito de toda a problemática ora apresentada, a partir de sua disposição libidinal, muitas mulheres conseguem (re)criar as condições que tornam possível o exercício não apenas de uma boa maternagem, mas também das diversas modalidades de vínculos que elas estabelecem.

Na relação intersubjetiva, promove-se um movimento de mutualidade na sessão analítica, engendrando as oportunidades de evocação e acolhimento de uma verdade subjetiva. Ao refletir e partilhar os estados afetivos vividos, o profissional poderá acompanhar o paciente em sua construção pessoal de sentidos, oferecendo o meio indispensável à representação e integração das porções traumáticas para “juntar-lhe os pedaços”. Dessa forma, em alguma medida, as condutas profissionais deverão reconstruir as bases do cuidado materno-infantil, em especial, no que diz respeito à conjuntura da nossa investigação, através da oferta de auxílio e segurança para lidar com as desproporções do ambiente social, na intenção de poder propiciar a criação de meios facultativos aos processos de elaboração e introjeção.

Compreendendo que os dispositivos no coletivo instituem elementos imprescindíveis à constituição do psiquismo, propomos a ampliação do *setting* analítico para a esfera pública. Nesse sentido, sinalizamos para a necessidade dos serviços e práticas de saúde reconhecerem as diferentes modalidades de expressão de sofrimento e mal-estar subjetivo, identificando as relações que os movimentos individuais e comunitários estabelecem com o seu entorno social, sobretudo no campo materno-infantil. Por contemplar os aspectos internos e relacionais e favorecer o posicionamento de uma prática clínica territorializada e comprometida com os problemas da realidade sociocultural, a psicanálise fornece referencial teórico e instrumentos práticos para fundamentar iniciativas de cuidados à saúde de uma população expostas a tantas vulnerabilidades. Nesse percurso, o trabalho desenvolvido pelo Iprede e a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBSS) centram suas ações na promoção da proteção à primeira infância a partir da construção de um

vínculo mais íntimo e prolongado com as famílias, contribuindo aos processos de estruturação e desenvolvimento infantil.

Por mais que as questões ora discutidas estejam inspiradas em nossa prática clínica, a realização da pesquisa seguiu um viés mais teórico, não sendo possível aprofundar sobre as práticas sexuais maternas e os encaminhamentos que a mulher oferece a sua sexualidade. A essa dificuldade, soma-se a ocorrência da pandemia do Covid-19 e as medidas de isolamento social que acarretaram o impedimento do retorno presencial ao Iprede. No entanto, em meio às reflexões desenvolvidas, demarcamos a necessidade de implementação de políticas materno-infantis orientadas à atenção da singularidade subjetiva, considerando os vários sentidos que a maternidade pode alcançar, os quais estão intrinsecamente relacionados aos recursos sociais e psicológicos que a mãe apoia-se para exercer sua maternagem. As práticas de promoção, prevenção e proteção da saúde da mulher e da criança devem distanciar-se de concepções naturalistas e instintivas, expandindo sua compreensão sobre a dimensão da sexualidade feminina e dos aspectos intersubjetivos da relação mãe-bebê, com vistas a direcionar um trabalho que considere a disposição materna para o acolhimento e compartilhamento afetivo, somados ao protagonismo dos participantes envolvidos.

A realização de um trabalho clínico que privilegia a experiência afetiva é frequentemente atravessada por angústias, questionamentos e ambivalências, tornando a prática do psicólogo-psicanalista forçosamente desconfortável. Para que o profissional possa acolher as tensões e resistências que emergem do vínculo transferencial e oferecer-se como suporte para as revivências do paciente, a sua análise pessoal representa requisito primordial, devendo ser objeto de dedicação constante, aliada ao acompanhamento oferecido pela supervisão. Nesse aspecto, retomamos as dificuldades vivenciadas durante a realização do “grupo de mulheres” quando, após a análise dos movimentos contratransferenciais, obtivemos uma melhor adesão das participantes.

No que confere a sustentação de um trabalho institucional, sinalizam-se para as respostas que psicólogo-psicanalista oferece às demandas da instituição e aos membros da equipe multiprofissional, desenvolvendo condutas que impossibilitem o recobrimento da verdade do paciente e permitindo a escuta de seu sofrimento e de suas condições de vida. É de grande ajuda quando os arranjos institucionais viabilizam a organização de espaços de trocas que incentivam posturas profissionais determinadas a refletirem continuamente sobre ações e manejos terapêuticos que positivem as experiências de cuidado, comportando uma posição de incompletude e ampliando as possibilidades de seu exercício à condição do atendimento clínico. A interlocução e coparticipação entre os diferentes discursos e práticas do campo da

saúde são de extrema valia, contudo, faz-se necessário uma forma de trabalho que suscite o diálogo entre a equipe profissional de modo a favorecer a promoção de cuidados.

Mesmo considerando a indefinição dos desdobramentos da constituição psíquica e levando em conta a inexistência de uma correspondência entre as provisões materiais e a realização de uma maternagem suficientemente adaptativa, as situações de extrema pobreza e vulnerabilidades psicossociais acarretam frequentes falhas, rupturas e excessos ambientais, podendo gerar profundas restrições à capacidade do ser humano de desenvolver suas potencialidades. Nesses cenários, exige-se uma forte implicação dos agentes cuidadores para proporcionar uma experiência de integração em oposição às imprevisibilidades e demandas externas, favorecendo o estabelecimento de conexões às vivências humanas e a construção dos sentidos de realidade. Para isso, o cuidador deverá dispor de sua saúde, simbolizadas pela elasticidade e capacidade empática, ao dosar a contínua alternância entre os movimentos de adaptação e resistência, oferecendo, como aponta Figueiredo (2012), o equilíbrio dinâmico entre sua “presença implicada” e sua “presença em reserva”.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, N.; TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1995.
- AGUIAR, A. **A psiquiatria no divã**: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALTOÉ, S.; JORGE, M. Um ato de amor paradoxal. **Tempo Psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 146-160, jul. 2014.
- AYRES, J. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004.
- BARBOSA, M., OSMO, A., KUPERMANN, D. [Apresentação] Testemunho e Cura. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 6-7, 2016.
- BION, W. **Attention and interpretation**. London: Tavistock, 1970.
- BIRMAN, J. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 11-16, 2005.
- BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A primeira infância**. Brasília: DF: MS, 2021. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/crianca-feliz/crianca-feliz/a-primeira-infancia>. Acesso em: 4 jan. 2021.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico (1966)**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CARVALHO, Â. **Desnutrição infantil e os impasses nas trocas alimentares**: uma discussão psicanalítica. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.
- CARVALHO, Â.; LIMA, M.; MARTINS, K. Desnutrição infantil e a relação mãe-bebê: uma discussão psicanalítica. *In*: BUSNEL, M. C; MELGAÇO, R. (org.). **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage, 2013a. p. 261-271.
- CARVALHO, Â.; LIMA, M.; MARTINS, K. As problemáticas alimentares e a desnutrição na infância: contribuições psicanalíticas. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 372-386, 2013b.
- CARVALHO, Y.; CECCIM, R. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In*: CAMPOS G. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149-182.

CHIAPPERO-MARTINETTI, E.; MORONI, S. An analytical framework for conceptualizing and re-examining the capability approach. **The Journal of Socio-Economics**, Elsevier, v. 26, n. 3, p. 360-375, jun. 2007.

CIDADE, E.; MOURA JR., J.; XIMENES, V. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latino-americano. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 68, p. 87-98, jan./mar. 2012.

COELHO JR., N. Ferenczi e a experiência da Einfühlung. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 73-85, jan. 2004.

DANTO, E. **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

DAUER, E. **A desnutrição e o transitivismo: considerações psicanalíticas**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

DAUER, E.; MARTINS, K. Desamparo materno e recusas alimentares na primeira infância. **Cadernos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 32, p. 43-60, 2015.

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. **Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DERRIDA, J. **Limited Inc**. Campinas: Papyrus, 1991.

DUNKER, C. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011.

DUNKER, C. Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 115-136, 2011.

ELVAS, S.; MONIZ, M. Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 28, n. 3, p. 451-464, set. 2010.

FERENCZI, S. Transferência e introjeção (1909). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise I**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 87-123.

FERENCZI, S. O conceito de introjeção (1912). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise I**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 209-211.

FERENCZI, S. O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios (1913). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise II**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 45-61.

FERENCZI, S. O problema da afirmação do desprazer (1926). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise III**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 432-443.

FERENCZI, S. A adaptação da família à criança (1928a). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 1-15.

- FERENCZI, S. A elasticidade da técnica psicanalítica (1928b). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 29-42.
- FERENCZI, S. O problema do fim da análise (1928c). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 17-27.
- FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte (1929). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 55-60.
- FERENCZI, S. Análise de crianças com adultos (1931). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 79-95.
- FERENCZI, S. Confusão de língua entre o adulto e a criança (1933). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 111-135.
- FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma (1934). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 125-135.
- FERRAZ, I. **Morbidade mental materna e desenvolvimento de síndromes psiquiátricas na primeira infância**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- FIGUEIREDO, A. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FIGUEIREDO, L. **As diversas faces do cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2012.
- FIGUEIREDO, L. A tradição ferencziana de Donald Winnicott. Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 909-928, 2002.
- FIGUEIREDO, L. **Psicanálise**. Elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, 2003.
- FIGUEIREDO, L.; ARAUJO, T. **Fairbairn em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2013.
- FRANÇA, C. A Psicanálise pode ajudar a deter a roda-viva da violência social?. **Gerai, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de Fora, v. 8, n. spe, p. 234-247, dez. 2015.
- FREIRE, M. **Mulheres, médicos e mães: o discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo década de 20)**. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.
- FREUD, S. A interpretação dos sonhos (1900). *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 39-652.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 119-229.

FREUD, S. Introdução ao narcisismo (1914). *In*: FREUD, S. **Obras completas**. v. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-50.

FREUD, S. Pulsões e destinos da pulsão (1915). *In*: FREUD, S. **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 133-173.

FREUD, S. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). *In*: FREUD, S. **Obras completas**. v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 279-292.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 57-83.

FREUD, S. O Eu e o Isso (1923). *In*: FREUD, S. **Obras completas**. v. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 13-74.

FREUD, S. A negação (1925). *In*: FREUD, S. **Obras completas**. v. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 275-282.

FULGENCIO, L. Paradigmas na história da psicanálise. **Natureza Humana**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 97-128, jan./jun. 2007.

FULGENCIO, L.. Incommensurability between paradigms, revolutions and common ground in the development of psychoanalysis. **The International Journal of Psychoanalysis**, 101, p. 13-41, mar. 2020.

GÓIS, C. **Saúde comunitária: Pensar e fazer**. São Paulo: Hucitec, 2008.

GOMES, J. **Percepção materna de vínculo, crenças e práticas em situação de vulnerabilidade social**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

GONDAR, J. As coisas nas palavras. Ferenczi e a linguagem. **Cad. psicanál.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 23, p. 123-132, 2010.

GONDAR, J.; ANTONELLO, D. O analista como testemunha. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 16-23, 2016.

GUARDIOLA, J. *et al.* Does higher income equal higher levels of happiness in every society? The case of the Mayan people. **International Journal of Social Welfare**, v. 22, p. 35-44, 2013.

GUERRA, V. A ética dos cuidados: o complexo arcaico e a estética da subjetivação. *In*: MARIN, I.; ARAGÃO, R. (org.). **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo: Escuta, 2013. p. 37-48.

GURFINKEL, D. **Relações de objeto (2017)**. São Paulo: Blucher, 2019.

GREEN, A. O intrapsíquico e o intersubjetivo: pulsões e/ou relações de objeto (1998). **Revista de Psicanálise da SPPA**, Porto Alegre, ano 12, n. 1, p. 51-83, 2005.

GREEN, A. **Orientações para uma psicanálise contemporânea** (2002). Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GREENBERG, J.; MITCHELL, S. **Relações objetais na teoria psicanalítica** (1983). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis, Vozes, 1995.

IPREDE. **Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade**: relatório institucional 2010. Fortaleza, 2010.

IPREDE; NEAPI. **Condições de vida e saúde de crianças e famílias assistidas no Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade (Iprede)**: relatório. Fortaleza, 2008.

JERUSALINSKY, A. **Saber falar**: como se adquire a língua? Petrópolis: Vozes, 2008.

JUNQUEIRA, C. **Rumo à 'metapsicologia dos limites'**: o diálogo possível entre a teoria pulsional e a teoria das relações de objeto e algumas de suas consequências – Freud, Winnicott e Green. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

JUNQUEIRA, C.; COELHO JR., N. Limites e possibilidades de diálogo: a teoria pulsional e a teoria das relações de objeto. **Cad. Psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 89-104, jul./dez. 2013.

KLAUTAU, P.; LOPES, G.; LEAL, C. Trauma, autonomia e (re)criação: a adolescência como trabalho de perlaboração da puberdade. *In*: MACIEL JR., A. (org.). **Trauma e ternura**: a ética em Sándor Ferenczi. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2018. p. 62-72.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático**. São Paulo: EDUC, 1998.

KOLTAI, C. O inconsciente seria politicamente incorreto? **Reverso**, Belo Horizonte, v. 34, n. 63, p. 33-43, jun. 2012.

KOLTAI, C. Entre psicanálise e história: o testemunho. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 24-30, abr. 2016.

KUPERMANN, D. **Presença sensível**: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

KUPERMANN, D. A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social. **Cult**, São Paulo, v. 205, p. 39-45, 2015.

KUPERMANN, D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 6-20, jan./jun. 2016.

KUPERMANN, D. A virada de 1928: Sándor Ferenczi e o pensamento das relações de objeto na psicanálise. **Cad. psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 40, p. 49-63, jan./jun. 2019a.

KUPERMANN, D. **Por que Ferenczi?**. São Paulo: Zagodoni, 2019b.

KUPERMANN, D.; MARTINS, K. Racismo, fome, testemunho e humor: diário de uma favelada de Carolina Maria de Jesus. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE PSICANÁLISE, DIREITO & LITERATURA, 6. 2017, Belo Horizonte, **Anais [...]**. Belo Horizonte: Ami Comunicação & Design, 2017. p. 149-158.

KUPFER, M. *et al.* Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

KUPFER, M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisa de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *In*: LERNER, R.; KUPFER, M. **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008. p. 93-106.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. **Vocabulário da psicanálise**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1992.

LIMA, A. “Antônio Lima”. *In*: MARTINS, K. (org.). **Profetas da chuva**. Fortaleza: Tempo d’Imagem, 2006. p. 50-65.

LIMA, M. *et al.* O corpo-sintoma: o que evoca uma criança desnutrida? *In*: PARLATO-OLIVEIRA, E.; COHEN, D. (org.). **O Bebê e o Outro**: seu encontro e suas interações. São Paulo: Instituto Langage, 2017. p. 233-248.

LINS, M. **Consultas terapêuticas**: uma prática clínica de D. W. Winnicott. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

LOBO, S. **Mães que fazem mal**. São Paulo: Passavento, 2018.

MACIEL JR., A.; LEDO, E. Pensar a experiência traumática: a construção da verdade pela via da confiança. *In*: MACIEL JR., A. (org.). **Trauma e ternura**: a ética em Sándor Ferenczi. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2018. p. 213-234.

MADER, B. Fundamentos em psicologia hospitalar e saúde. *In*: KAMERS, M.; MARCON, H.; MORETTO, L. (org.). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, 2016. p. 47-63.

MAFALDA, D. A clínica psicanalítica em uma equipe de saúde mental do SUS. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 15, n. 28, p. 32-40, jan./jun. 2015.

MAIA, M. Cuidado, humanização, transmissão e clínica. *In*: PENELLO, M.; LUGARINHO, L. (org.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. p. 108-193.

MARANHÃO, J.; MARTINS, K. Problemáticas alimentares na infância: um estudo a partir do brincar na saúde pública. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, p. 428-441, 2016.

MARCON, H. O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. *In*: KAMERS, M.; MARCON, H.; MORETTO, L. (org.). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, 2016. p. 25-45.

MARTINS, K. Natureza e linguagem nas profecias dos homens do sertão. *In*: RIOS, K. (org.). **História Oral e Natureza**. São Paulo: Letra e Voz, 2019. p. 155-168.

MARTINS, K. *et al.* Infância e privação: a fome, o silêncio e a vontade de viver. *In*: PINHEIRO, C.; CARVALHO, J.; SILVA, M. (org.). **Estudos psicanalíticos na clínica e no social**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2011. p. 79-97.

MARTINS, K. *et al.* Privação do alimento e incidências na constituição psíquica: um estudo sobre o estabelecimento da demanda em crianças diagnosticadas com desnutrição a partir da aplicação da avaliação psicanalítica aos três anos. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 618-638, 2016.

MARTINS, K.; AZEVEDO, A.; KUPERMANN, D. Um sorriso amarelo: a sombra da mãe morta e os impasses nos processos primários de identificação. *In*: KUPERMANN, D.; PAULA, K. (org.). **Atendimento psicanalítico da depressão**. São Paulo: Zagodoni, 2020. p. 49-61.

MARTINS, K.; GOMES, C. Amor materno, fome e reconhecimento social. *In*: VILHENA, J.; VILHENA, J. (org.). **Corpo para que te quero?** Usos, abusos e desusos. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2012. p. 185-196.

MARTINS, K.; KUPERMANN, D. Fome: o umbral da vergonha. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 199-209, dez. 2017a.

MARTINS, K.; KUPERMANN, D. Faim et témoignage: expériences traumatiques dans la clinique et dans la culture. **Topique**, França, v. 1, p. 131-144, 2017b.

MARTINS, K.; NEVES, B.; DAUER, E. *et al.* Angústia e vergonha na clínica psicanalítica em situações de pobreza e outras vulnerabilidades. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 265-289, dez. 2018.

MARTINS, K.; SOUSA, A. Fome e vergonha de si: vulnerabilidades na história da cultura e na clínica psicanalítica. 2018-2019. Relatório de Iniciação Científica (Curso de Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018-2019.

MARTINS, K.; VILHENA, J. Para além da alimentação: um olhar psicanalítico sobre as políticas públicas na primeira infância. *In*: WINOGRAD, M; VILHENA, J. (org.). **Psicanálise e clínica ampliada**: multiversos. Curitiba: Appris, 2014. p. 37-56.

MENDES, A.; FRANÇA, C. Contribuições de Sándor Ferenczi para a compreensão dos efeitos psíquicos da violência sexual. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 121-130, mar. 2012.

MENESCAL, J. **Experiências adversas na infância de mães e a correlação com o vínculo materno de crianças assistidas numa instituição de primeira infância**. 2018. Dissertação

(Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

MEZAN, R. Desejo e inveja (1985). *In*: MEZAN, R. **A vingança da esfinge**: ensaios de psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1988. p. 75-106.

MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MEZAN, R. **O tronco e os ramos**: estudos de história da psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=WMq3>. Acesso em: 21 jul. 2020.

MIRANDA, H. Confusão de línguas: eficiência e deficiência da tradução. *In*: VERZTMAN, J. *et al.* (org.). **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p. 39-48.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. Contribuições da teoria winnicottiana para um posicionamento clínico nos serviços públicos de saúde. *In*: WINOGRAD, M.; VILHENA, J. (org.). **Psicanálise e clínica ampliada**: multiversos. Curitiba: Appris, 2014. p. 57-86.

MORENO, M.; COELHO JR., N. Trauma, uma falha no cuidar?: diálogo entre Ferenczi e Winnicott. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 707-719, dez. 2012.

MORETTO, M. Dispositivos clínicos de atenção, acolhimento e atendimento psicológico nas instituições de saúde. *In*: KAMERS, M.; MARCON, H.; MORETTO, L. (org.). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, 2016. p. 129-137.

MORETTO, M. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019.

MOURA, A. **Adversidades psicossociais na primeira infância e desenvolvimento infantil de crianças atendidas em uma ONG em Fortaleza, CE**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MOURA JR., J. **Reflexões sobre a pobreza a partir da identidade de pessoas em situação de rua de Fortaleza**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

MOURA JR., J. *et al.* Concepções de pobreza: um convite à discussão psicossocial. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 341-352, dez. 2014.

NEVES, B., **Prevenção e Psicanálise**: Contribuição ao debate a partir da clínica institucional com crianças desnutridas. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, C. Uma psicanálise aplicada, os ramos que crescem. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 51, p. 245-250, 2017.

ONOCKO CAMPOS, R. **Psicanálise e saúde coletiva**: interfaces. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos em busca de políticas públicas potentes. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 4, n. 2, p. 173-185, 2008.

PENELLO, L. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): em defesa da primeira infância como agenda prioritária e pilar do desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos brasileiros. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-76, 2015.

PENELLO, M.; LUGARINHO, L (org.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

PINHEIRO, N. Winnicott e a radicalização do conceito de pulsão de morte: sobre a positividade da destrutividade e a inexorabilidade do conflito. *In*: CARDOSO, M.; HOLANDA, A. (org.). **Psicanálise e Fenomenologia**: estudos e pesquisas clínicas. Curitiba: Juruá, 2016a. p. 117-137.

PINHEIRO, N. Impulso destrutivo e ambiente: Winnicott em diálogo com Freud. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 291-304, 2018a.

PINHEIRO, N. Narrativas corporais e sobrevivência psíquica: algumas considerações sobre os processos primitivos da constituição subjetiva. *In*: VILHENA, J.; NOVAES, J. (org.). **O corpo que nos possui**: corporeidade e suas conexões. Curitiba: Appris, 2018b. p. 123-136.

PINHEIRO, T. **Ferenczi**: do grito à palavra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar / UFRJ, 1995.

PINHEIRO, T. **Ferenczi**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016b.

PITOMBO, L.; MAIA, M.; ROSARIO, S. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): formando e transformando no campo da saúde pública. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 109-116, 2014.

PLATÃO. O Primeiro Alcibíades. *In*: PLATÃO. **Diálogos**. Belém: UFPA, 2007.

PUJÓ, M. Trauma y desamparo. **Revista Psicoanálisis y el Hospital**, Buenos Aires, ano 9, n. 17, p. 20-29, jun. 2000.

ROLIM, L. **A percepção vincular materna e o risco de alteração no desenvolvimento socioemocional/comportamento das crianças**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

RORTY, R. **Objectivity, Relativism and Truth**: Philosophical Papers. v. 1. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1991.

ROSA, M. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. **Textura**, São Paulo, v. 2, n 2, p. 42-46, 2002.

ROSA, M. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. 2. ed. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2018.

ROSA, M.; ESTEVÃO, I.; BRAGA, A. Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 22, n. 3, p. 359-369, jul./set. 2017.

ROUSSILLON, R. **Le jeu et l'entre je(u)**. Paris: Puf, 2008.

RUSSO, J. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M.; CARRARA, S. (org.). **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p.95-109.

SALZTRAGER, R. *et al.* Transferência e sofrimentos narcísicos: o analista como catalisador de sentido. **Cad. Psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 31, p. 187-207, dez. 2014.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCARFONE, D. Winnicott: libido precoce et sexual profond. **Le Carnet Psy**, [s. l.], 13, p. 59-80, 2011.

SEN, A. Equality of what? In: SEN, A. **The Tanner lectures on human values**. v. 1. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1980. p. 197-220.

SEN, A. Capacidad y bienestar. In: NUSSBAUM M.; SEN, A. (org.). **La calidad de vida**. México, DF: Fondo de Cultura Económico, 1996.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SIMÃO, G. **Esse menino não larga do peito, como é que vai falar?:** desnutrição, estabelecimento da demanda e aquisição da fala. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SOUZA, J. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

STELLIN, R. *et al.* Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 170-185, jun. 2011.

TEIXEIRA, I. **Trauma, angústia e desautorização nos dispositivos de saúde materno-infantil: contribuições clínico-políticas da psicanálise**. 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

UN-HABITAT. **State of The World's Cities 2012/2013: Prosperity of Cities**. Routledge: Nova Iorque, 2013. Disponível em:

<http://mirror.unh Habitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=3387>. Acesso em 5 mar. 2020.

VAL, A. *et al.* Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1287-1307, dez. 2017.

VERZTMAN, J.; KLEIN, T. Desenvolvimento e processo como operadores para Ferenczi e Winnicott. *In*: MACIEL JR., A. (org.). **Trauma e ternura**: a ética em Sándor Ferenczi. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2018. p. 83-102.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. **Opção lacaniana**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2010. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf. Acesso em: 1 nov. 2020.

WANG, X. *et al.* Subjective well-being poverty of the elderly population in China. **Social Policy and Administration**, v. 45, n. 6, p. 714-731, 2011.

WINNICOTT, D. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

WINNICOTT, D. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade (1949). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 254-276.

WINNICOTT, D. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional (1950). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 288-304.

WINNICOTT, D. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1951). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316-331.

WINNICOTT, D. Ansiedade associada à insegurança (1952). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 163-167.

WINNICOTT, D. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1953). *In*: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2019. p. 13-51.

WINNICOTT, D. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico (1954). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-398.

WINNICOTT, D. Formas clínicas da transferência (1955-6). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 393-398.

WINNICOTT, D. A preocupação materna primária (1956). *In*: WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

WINNICOTT, D. A contribuição da mãe para a sociedade (1957). *In*: WINNICOTT, D. **Tudo começa em casa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 117-122.

WINNICOTT, D. A capacidade para estar só (1958). *In*: WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 31-37.

WINNICOTT, D. Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960). *In*: WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 38-54.

WINNICOTT, D. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). *In*: WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 55-61.

WINNICOTT, D. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963a). *In*: WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 79-87.

WINNICOTT, D. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos (1963b). *In*: WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 163-174.

WINNICOTT, D. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família (1965). *In*: WINNICOTT, D. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 102-115.

WINNICOTT, D. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (1967a). *In*: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2019. p. 177-188.

WINNICOTT, D. A localização da experiência cultural (1967b). *In*: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2019. p. 154-166.

WINNICOTT, D. A construção da confiança (1969). *In*: WINNICOTT, D. **Conversando com os pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p.139-152.

WINNICOTT, D. As bases para o self no corpo (1970). *In*: WINNICOTT, D. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 203-218.

WINNICOTT, D. A cura (1970). *In*: WINNICOTT, D. **Tudo começa em casa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 105-114.

WINNICOTT, D. O lugar em que vivemos (1971). *In*: WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu Editora, 2019. p. 167-176.

WINNICOTT, D. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. **Os bebês e suas mães**. Martins Fontes, 2012.

XIMENES, V.; MOURA JR., J. Psicologia Comunitária e comunidades rurais do Ceará:

caminhos, práticas e vivências em extensão universitária. *In*: LEITE, J.; DIMENSTEIN, M. (org.). **Psicologia e contextos rurais**. Natal: EDUFRN, 2013. p. 453-476.

XIMENES, V. *et al.* Pobreza multidimensional e seus aspectos subjetivos em contextos rurais e urbanos nordestinos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 146-156, abr./jun. 2016.

XIMENES, V. *et al.* Impactos da seca na saúde mental de moradores de uma comunidade rural. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 1, p. 32-45, jul./dez. 2017.

ZENONI, A. Psicanálise e instituição. **Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares**, Belo Horizonte, ano 1, p. 12-93, 2000

ZORNIG, S. Clínica dos primórdios e processos de simbolização primários. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 121-136, 2015.