

*Capítulo publicado em Dinorah Fernandes Gioia-Martins (Org.)  
'Psicologia e Saúde, Formação, Pesquisa e Prática Profissional', São  
Paulo, Vetor Editora, 2012, p.45-64. ISBN 978-85-7585-642-0*

---

## **CUIDADO EMOCIONAL NA SAÚDE PÚBLICA: A PSICOLOGIA CLÍNICA AMPLIADA**

*Vera Lucia Mencarelli<sup>1</sup>  
Tânia Aiello-Vaisberg<sup>2</sup>*  
Universidade de São Paulo

A Psicologia Clínica surgiu, em nosso país, no contexto da prática privada de orientação psicanalítica destinada ao atendimento das classes mais abastadas. Deste modo, conjugavam-se estudos teóricos densos e profundos, sobre a experiência emocional humana, com uma visão bastante restrita em relação à realidade social. Este quadro, evidentemente problemático, suscitou, entre os psicólogos críticos, dois tipos de reação. Um grupo optou por repudiar a Psicologia Clínica, atribuindo-lhe uma essência inevitavelmente reacionária. Para estes, as alternativas aceitáveis seriam encontradas numa Psicologia Social de caráter teórico investigativo ou numa Psicologia Escolar que se recusasse a reproduzir atendimentos clínicos na instituição escolar. O outro grupo buscou transformar a Psicologia Clínica, entendendo ser possível estender a coletivos, habitualmente excluídos da clínica psicológica, os benefícios oriundos dos conhecimentos psicanalíticos. Este segundo grupo encontrou nos escritos do psicanalista argentino José Bleger (1958; 1963; 1966), autor que se propôs uma leitura dialética da psicanálise, uma fundamentação teórica coerente e confiável, que lhes permitiu se engajar numa luta pela criação de postos de trabalho para psicólogos clínicos em equipamentos de saúde mental pública.

Em nosso país, ocorreu uma conjunção feliz, na medida em que o empenho dos psicólogos de superar uma prática meramente privada se articulou com a luta anti-manicomial brasileira que, ao

---

<sup>1</sup> Mestre e Doutora em Psicologia Clínica Pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Psicóloga Clínica do Ambulatório de Moléstias Infecciosas do Programa DST/AIDS do Município de Santo André, Prefeitura Municipal de Santo André.

<sup>2</sup> Professora Livre Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora do "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação Do IPUSP, Orientadora dos Programas de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo e da PUC-Campinas.

centrar suas críticas às práticas asilares iatrogênicas, espaço para novas profissões no campo da saúde mental. Certamente, é fato que não encontramos, entre os autores mais importantes das várias propostas anti-manicomiais, em sua diversidade de propostas e posicionamentos ideológicos (Fleming, 1976), uma valorização tão firme e declarada da profissão do psicólogo clínico, como aquela defendida por Bleger (1958; 1963; 1966). Autores fundamentais, como Basaglia (1968) ou Laing e Esterson (1967), viveram em contextos em que a Psicologia apresentava perfil bastante diverso daquele que aqui se configurou. Entretanto, provavelmente em função do fato das faculdades de Psicologia terem sido obrigadas, por lei, a manter serviços clínicos para formação de seus alunos, a Reforma Psiquiátrica brasileira pôde contar com um profissional suficientemente preparado para enfrentar desafios realmente novos.

Aqueles psicólogos que apostaram na possibilidade de um exercício clínico sensível às situações de precariedade social, justamente por entender que o fato da desigualdade ser socialmente produzida não elimina, antes exige, o cuidado emocional aos que sofrem, depararam-se com uma ampliação do seu campo de trabalho na medida em que, em atendimento ao disposto pela Constituição Federal de 1988, veio a ser instituído o Sistema Único de Saúde – SUS. Este, adotando uma visão ampliada do processo de saúde-doença, passou a incluir sistematicamente, nos diversos dispositivos, postos para psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros. Deste modo, a fisionomia dos serviços públicos de saúde alterou-se profundamente, de um modo que não se deu, nem se dá, sem conflitos e contradições. Pode-se afirmar que tais transformações ainda se encontram em curso, sob forma de processos complexos, problemáticos e multifacetados. Entretanto, não há como negar, por outro lado, que importantes progressos, diretamente ligados ao desenvolvimento da Psicologia Clínica, têm fundamentado a superação da tradicional distinção entre casos orgânicos, emocionais e sociais permitindo vislumbrar que tanto os doentes orgânicos, como aqueles em estado de miséria, vivem experiências emocionais de marcado sofrimento. Se a sociedade civil estiver eticamente comprometida com o respeito à dignidade humana, cuidará integral e humanamente dos que sofrem, – buscando escapar da crueldade e da perversão social (Sirota, 2003).

Exposto este quadro geral, que se caracteriza pelo amplo reconhecimento de que a inserção da Psicologia Clínica na Saúde Pública corresponde a um notável avanço que verdadeiramente humaniza a assistência, parece fundamental insistir que as críticas atuais às práticas psicológicas clínicas são quixotescas e obsoletas. Não negar a gravidade do sofrimento emocional, considerar o cuidado aos que vivem condições de doença física e/ou psíquica, em situações de precariedade social, implica engajar-se num cotidiano profissional

comprometido com transformações e valorizar a realização de pesquisas científicas que possam produzir conhecimento que permita os avanços necessários. O presente trabalho inscreve-se num conjunto de iniciativas investigativas que tomam práticas clínicas como objeto de estudo, com a finalidade de aumentar o benefício dos grupos atendidos e aprofundar o conhecimento psicológico sobre a dramática do viver humano (Politzer, 1928).

Focalizaremos, aqui, o trabalho realizado pelo psicólogo clínico em um contexto específico de trabalho, definido pelo Sistema Único de Saúde – SUS como “Programa Estratégico”. Mais precisamente, abordaremos a clínica ampliada desenvolvida no Programa DST/AIDS do município de Santo André, que proporcionou achados clínicos que pudemos articular teoricamente em termos da elaboração de dissertação de mestrado, tese de doutorado e diversos artigos<sup>3</sup>.

## O CUIDADO EMOCIONAL DE PACIENTES SOROPOSITIVOS

A participação do psicólogo na equipe multidisciplinar dedicada ao cuidado de soropositivos fundamenta-se no reconhecimento da necessidade de provisão de amparo emocional permanente, justificada pelo fato desta condição concreta afetar a dramática do viver (Politzer, 1928; Bleger, 1958; 1963). A atenção psicológica clínica, neste contexto, é realizada nos dispositivos criados para o atendimento integral deste tipo de paciente, sendo importante diferenciar entre aquelas ações que são preconizadas como práticas da assistência em DST/AIDS, pelo Ministério da Saúde/SUS, e outras que respondem a necessidades específicas de cada serviço. Estas últimas podem ser vistas como exercício de criatividade na medida em que práticas de saúde mental e de atendimento psicológico, junto a pacientes orgânicos, encontram-se em processo de proposição e avaliação, aspecto que justifica o estabelecimento de parceria com a universidade e o incentivo à pesquisa científica sobre enquadres clínicos diferenciados.

Um dos dispositivos nos quais a Psicologia Clínica tem-se revelado especialmente produtiva é o chamado “plantão de acolhimento”, que foi criado há muitos anos, preconizado pelo Ministério da Saúde/SUS, para a recepção do novo usuário que se apresenta para o início do tratamento em todos os equipamentos de saúde pública referenciados para a assistência em DST/AIDS. No equipamento aqui em foco, este plantão funciona diariamente, em sistema de revezamento entre profissionais de diferentes formações. Os pacientes antigos do ambulatório de referência também são

---

<sup>3</sup> O conjunto dessa produção pode ser encontrado na plataforma *lattes* do CNPq, onde figuram os currículos de ambas as autoras.

recebidos nesse plantão com a finalidade de atender demanda específica emergencial.

Nesse primeiro contato busca-se desfazer algumas convicções errôneas imaginariamente sustentadas por imaginários socialmente circulantes sobre a AIDS e alavancar a confiança necessária em nosso trabalho. Além disso, este primeiro contato também serve para obtenção de dados pessoais e de história epidemiológica, tendo em vista proceder à notificação de agravo de saúde, que é compulsória no caso da AIDS. Tal medida tanto visa alimentar os sistemas de informação da vigilância epidemiológica como oficializa o cidadão brasileiro como beneficiário de recebimento de medicação anti-retroviral e de cotas de exames de monitoramento do tratamento. Como se vê, são muitas as tarefas a serem cumpridas neste plantão. Vale lembrar que este enquadre de acolhimento costuma ser palco de vivências aflitivas do paciente que geram reverberações na contra-transferência, configurando uma atmosfera peculiar, que requer um delicado manejo, quando temos em mente o cuidado emocional.

Sendo assim, não nos admira constatar que o acolhimento preconizado, realizado por profissionais nem sempre preparados para a provisão do cuidado emocional, muitas vezes requeira o agendamento de entrevistas individuais, a serem realizadas por psicólogos clínicos. Tais entrevistas acabam por funcionar como um desdobramento do primeiro plantão, o que é compreensível quando lembramos que o conceito de acolhimento só faz sentido se for pensado como processo de acompanhamento de uma experiência, certamente não trivial, de vida.

Um segundo dispositivo é a clínica psicoterapêutica que, neste serviço, não funciona segundo o esquema psicanalítico padrão. Os encontros acontecem em entrevistas segundo a demanda do paciente, sendo usualmente determinados por eventos potencialmente angustiantes da doença crônica e por seus desdobramentos psicossociais.

Tais práticas (plantão de acolhimento, entrevistas psicológicas que complementam acolhimento e psicoterapia segundo a demanda) são, a nosso ver, fundamentais, na medida em que correspondem à disponibilização de atenção psicológica clínica a este tipo de paciente orgânico. Por outro lado, sentimos a necessidade de configurar, neste ambiente de valência marcadamente negativa, um outro tipo de intervenção psicoterápica, no qual as questões existenciais pudessem ser visitadas a partir de um ângulo menos discursivo e mais vivencial, num espaço protegido e emocionalmente sustentado. Decidimos, então, implantar a "oficina psicoterapêutica de velas ornamentais", adotando o modelo clínico forjado no "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Trata-se de um enquadre clínico diferenciado que se inspira no jogo do rabisco de Winnicott (1968), buscando, pelo uso de uma materialidade mediadora e pela adoção

do *holding* como intervenção fundamental, favorecer a comunicação emocional e a superação de dissociações e afastamento de si mesmo.

Pode-se afirmar que esta proposição se faz a partir de uma mudança paradigmática, na medida em que subscreve, enfaticamente, a visão winnicottiana segundo a qual o brincar carrega, em si mesmo, um potencial transformador. Este potencial é valorizado a ponto de se considerar que as mudanças significativas não dependem de interpretações, mesmo quando estas ocorrem. Em consequência, revendo o valor da interpretação como fundamento da cura psicanalítica, esta perspectiva favorece o trabalho em condições radicais, como a da soropositividade, em que o uso da palavra pode oscilar facilmente entre a redundância e a exacerbação de sentimentos de angústia e/ou depressão. A interpretação clássica, que tem o sonho como paradigma, não facilita a elaboração emocional quando a vida acordada apresenta desafios que ultrapassam certos limites, podendo se tornar um exercício estéril.

Nas oficinas "Ser e Fazer", o terapeuta escolhe uma materialidade mediadora com a qual mantenha o que chamamos um vínculo amador. Tal aspecto é fundamental na medida em que esta materialidade presentifica a pessoalidade do terapeuta, como que desdobrando-a, num ambiente que pode ser considerado um mundo transicional (Aiello-Vaisberg, 2004). Seguimos, neste sentido, o caminho aberto por Winnicott (1968) quando idealizou o jogo do rabisco, atividade baseada em seu gosto por esboços, rabiscos e desenhos. Evidentemente, este vínculo amador pode e geralmente é mantido com mais de uma materialidade, o que permite, ao terapeuta, atender peculiaridades etárias ou condições de limitações físicas. No serviço que ora focalizamos, foram realizadas duas diferentes oficinas, uma de confecção de velas ornamentais, para adultos, e outra de confecção de bijuterias, para pré-adolescentes. A mesma psicoterapeuta<sup>4</sup> encarregou-se destas duas iniciativas.

Importante notar a pertinência dessa forma de trabalhar clinicamente com pacientes orgânicos, cujo sofrimento não pode ser compreendido como fantasia neurótica, nem como delírio psicótico. Estamos diante de angústias e aflições geradas por condição existencial adversa que incide diretamente sobre a integridade corporal. Interpretar, revelar o desejo, não são, aqui, procedimentos que fazem sentido. Por outro lado, vigora, em graus variados, em função da subjetividade de cada paciente, a possibilidade de integrar a enfermidade como experiência de vida. Ao ser integrada como drama pessoal, evita-se que a pessoalidade e a história de vida sejam reduzidas de modo absoluto ao evento da soropositividade. Este é o objetivo terapêutico das Oficinas 'Ser e Fazer' no tratamento de pacientes orgânicos que padecem de doenças graves.

---

<sup>4</sup> No presente caso, a primeira autora, Vera Lúcia Mencarelli.

## PRECARIEDADE EXISTENCIAL COMPARTILHADA

Nossos esforços de produção científica, enquanto grupo de pesquisadores que trabalham com o estilo clínico 'Ser e Fazer', permitiram o alcance de algumas importantes elaborações teóricas relativas ao cuidado emocional do paciente gravemente enfermo.

A concepção de tal estilo clínico vem sendo desenvolvida, Universidade de São Paulo, desde 1992, no âmbito de pesquisas acadêmicas fundamentadas no método psicanalítico. Resultaram na criação de um modo diferenciado de operar a clínica psicanalítica, que se define como uma prática que, alicerçada na interlocução com as contribuições teóricas de D.W. Winnicott e José Bleger, desdobra-se no desenvolvimento de estratégias caracterizadas pelo emprego de enquadramentos psicoterapêuticos diferenciados e na adoção privilegiada de modalidade interventiva não interpretativa, o *holding*.

Foi em uma análise crítica comprometida a respeito da desconstrução manicomial que Sato (2001, 2007), constatou que, no âmbito do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, o reconhecimento da importante dimensão social, levando à busca de transformações radicais, não se fazia acompanhar por considerações à subjetividade, fato revelado pela pobreza da criação de dispositivos clínicos que contemplassem aspectos sensíveis e emocionais dos pacientes. De maneira pioneira, Sato (2001) fez, então, uso de arranjos florais para a atuação no cuidado psicoterapêutico a pacientes psiquiátricos no contexto de equipamento público de saúde mental. Na esteira do exitoso trabalho de Sato, foram empreendidos estudos semelhantes, fazendo uso de materialidades mediadoras para realizar pesquisas interventivas, sob forma de oficinas 'Ser e Fazer', direcionadas ao terreno da doença física (MENCARELLI, 2003; VITALI, 2004).

O trabalho de mestrado de Mencarelli (2003), onde a parafina foi utilizada como mediação em oficinas psicoterapêuticas para a atuação do cuidado emocional do paciente soropositivo, traz o significativo achado de que o espaço da oficina ganha configuração de um espaço de "descanso" do sofrimento existencial da condição de soropositividade. Já a pesquisa de Vitali (2004), que versa sobre o uso de arranjo florais para intervenções clínicas com pacientes acometidos de ELA, doença de prognóstico invariavelmente fatal, até o momento, traz o entendimento de que um acontecimento que interrompe a dramática de vida pode, não necessariamente, interromper a continuidade de ser. Essas são contribuições teóricas e clínicas que pudemos trazer para um contexto – o da enfermidade física – pouco explorado pela psicanálise tradicional. Provavelmente porque em seus primórdios a psicanálise constituiu-se como resposta para o sofrimento emocional histórico, cujo diagnóstico exigia

exclusão de doença física. Durante décadas a maioria dos autores dissociou a apresentação de problemas psicopatológicos do que usualmente se designou como "casos orgânicos". Entretanto, releituras da psicanálise, à luz da contribuição de autores como Bleger (1958, 1963, 1967), Winnicott (1971) e, entre nós, Herrmann (1979), na medida em que colocam a experiência emocional, sempre inserida em contextos concretos, que incluem tanto condições sociais, históricas, políticas e culturais, como a própria condição orgânica, tem permitido que pensemos a psicopatologia como teoria do sofrimento humano (Aiello-Vaisberg, 2004)

O trabalho com soropositivos, que são pessoas que vivem em condição concreta de enfermidade orgânica, acaba por nos ensinar que o sofrimento daquele que padece de dor, de limitações físicas, de diminuição de sua competência biológica, do temor da morte, em função de portar doença grave, crônica e de poder letal, exige, a nosso ver, o posicionamento compatível com a adoção de uma perspectiva que, à luz das contribuições politzerianas, merece ser designada como "psicanálise concreta" (Politzer, 1928; Bleger, 1958; Aiello-Vaisberg, 1999).

Quando o sofrer existencial concretamente vinculado à doença orgânica é abstraidamente considerado como manifestação meramente psíquica, corre-se seriamente o risco de aumentar o sofrimento. De fato, uma clínica na qual não se discrimine a busca de integração pessoal e de autenticidade, da busca de auto-conhecimento (Winnicott, 1986; Aiello-Vaisberg, 2003a) pode gerar efeitos altamente prejudiciais, na medida em que dá lugar à fantasia de que seja possível ou desejável sanar poderosos processos biológicos lesivos, que se manifestam à revelia até mesmo daqueles que poderiam ser avaliados como saudáveis desde uma perspectiva psicopatológica abstrata. A doença orgânica, que afeta a corporeidade, é uma vicissitude da vida que pode acometer qualquer pessoa, seja ela saudável ou pouco saudável do ponto de vista psicopatológico.

Acreditamos, porém, que é exatamente na psicanálise concreta (Politzer, 1928; Bleger, 1958; 1963) que podemos encontrar iluminação para a uma prática clínica dirigida a pacientes enfermos, desde que busquemos teorizar a partir daqueles que concederam importância aos fatores advindos da realidade externa.

Como sabemos, a teorização winnicottiana, que temos apontado como capaz de atender às exigências da psicanálise concreta (Aiello-Vaisberg, 2004), descortina a possibilidade de uma clínica da "necessidade", da esperança na relação transferencial, como já fizera Ferenczi (1933). Estabelecemos, assim, constante interlocução com este pensamento, na medida em que nele se teoriza com rigor e consequência a importância do mundo real e dos objetos

externos a partir de seu reconhecimento do papel constitutivo do ambiente na subjetividade.

Segundo Aiello-Vaisberg (2003b), na obra de Winnicott depreendemos uma nova perspectiva em relação à finalidade da terapêutica psicanalítica, que parece se harmonizar com objetivos que podem ser elencados como expectativas relativas ao cuidado emocional do doente de AIDS ou outras enfermidades. Nessa linha de pensamento, o que se almeja como resultado do processo psicanalítico não é a cura clássica, concebida como incremento do auto-conhecimento, mas o favorecimento do fluir do potencial criativo, o sentir-se vivo e real. Esse pressuposto contempla qualquer forma de sofrer existencial, sejam quais forem as condições concretas de sua emergência, desde, por exemplo, situações de doença e precariedade social até outras, nas quais a experiência emocional é de padecimento em condições de saúde orgânica ou mesmo de conforto e segurança material.

Se adotamos a perspectiva winnicottiana como psicanálise concreta, conseguimos beneficiar psicanaliticamente pacientes, mesmo quando vivem realidades dolorosas que não podem ser alteradas. Nestes casos, o acontecimento externo pode ser considerado, seu poder perturbador pode ser reconhecido. Tais circunstâncias, realisticamente apreciadas, fazem parte do drama (Poltzer, 1928) e será sempre sobre o drama concreto e singular que incidirá toda prática clínica que se queira mutativa. Caso o psicanalista incorra na inobservância de tais fatos, correrá o risco de potencializar as características traumáticas da conjuntura existencial do paciente.

Não existe, até o momento, cura para a AIDS. Não há "cura", em registro psicológico, para a percepção contundente das condições existenciais humanas relativas à precariedade, limitação e finitude por aqueles que portam uma grave, crônica e perigosa doença orgânica. Assim, o paciente merece ter sua condição existencial de sofrimento reconhecida. Em nossa experiência, tentativas bem intencionadas de negar a gravidade dos problemas podem ganhar contornos de ofensa, em dimensão ética, ao paciente. Tais tentativas podem ser consideradas como "desmentido", ao qual Ferenczi (1933) atribuiu importante poder desencadeador do trauma<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Para Ferenczi (1933), o não reconhecimento de que uma afronta à pessoa do paciente foi cometida funciona como um desmentido que se configura como conduta externa ainda mais poderosa do que o evento lesivo em si para a instalação do trauma.



## SUPERAÇÃO DE DEFESAS DISSOCIATIVAS

Quando concebemos a sanidade existencial, desde a perspectiva winnicottiana, como continuidade de ser, sentindo-se vivo e real, mesmo diante da dor, comprometemo-nos com a clínica psicanalítica no sentido de lidar com defesas dissociativas que podem se fazer presentes para o enfrentamento da condição de vítima de doença grave. Caberá, ao psicanalista cultivar uma atitude de atenção aos movimentos dissociativos do paciente<sup>6</sup>, o que dependerá, evidentemente, não de habilidade técnica e sim do seu próprio desenvolvimento pessoal, ao qual se vincula o que podemos denominar sua capacidade ética (Aiello-Vaisberg, 2005), que permite o acesso a um tipo de conhecimento existencial que é inerente à condição humana (Safrá, 2007).

Colocando-se emocional e afetivamente disponível ao paciente, na medida em que busca manter-se sensivelmente vulnerável diante da precariedade da condição humana, o psicanalista viverá sentimentos de compaixão na contratransferência em relação ao paciente que é vítima de grave enfermidade orgânica. Considerando como verdadeiros os apontamentos anteriores, vale lembrar aqui algumas palavras orientadoras de Winnicott (1971) em relação aos modos mais ou menos integrados por meio dos quais o sofrimento ligado a condições ambientais extremas pode ser vivido:

A criatividade que me interessa é uma proposição universal. Relaciona-se ao estar vivo [...]. Tudo o que acontece é criativo, exceto na medida em que o indivíduo é doente ou foi prejudicado por fatores ambientais que sufocaram seus processos criativos. Com referência à segunda dessas alternativas, incorremos em erro, provavelmente, se admitimos que a criatividade pode ser completamente destruída. Mas se tomamos conhecimento de indivíduos dominados no lar, prisioneiros, ou mortos em campos de concentração, ou vítimas da perseguição de um regime político cruel, supomos, antes de mais nada, que somente algumas dessas vítimas permaneceram criativas. Estas, naturalmente, são aquelas que sofrem. Parece, a princípio, que todos os outros que existem

---

<sup>6</sup> A dissociação é uma estratégia defensiva que se constitui como fenômeno de retirada de si de experiências vividas como insuportáveis. Foi no âmbito do desenvolvimento do conceito de falso *self*, que pode se manifestar em diferentes graus, que Winnicott abordou claramente a dissociação (Winnicott, 1960). A resposta dissociativa frente à soropositividade pode gerar perigosas condutas como a dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso e mesmo o abandono ao acompanhamento médico. Por outro lado, por vezes se compromete a vida alheia quando se abre mão do uso do preservativo.

(não vivem) nessas comunidades patológicas abandonaram a esperança, deixaram de sofrer e perderam a característica que os torna humanos, de modo a não mais perceberem o mundo de maneira criativa. Estas circunstâncias representam o lado negativo da civilização. Referimo-nos à destruição da criatividade em indivíduos pela ação de fatores ambientais, numa data tardia no crescimento pessoal. (WINNICOTT, 1971, p. 99)

Nessa perspectiva, a manutenção da vulnerabilidade em relação aos acontecimentos da vida, mesmo se geradores de dor existencial, parece ser condição da possibilidade de um viver mais integrado, ainda que no infortúnio. Certamente seria possível acrescentar aos dolorosos eventos humanos, elencados na citação acima, as adversidades que criam enormes entraves à competência corporal.

Podemos pensar, apoiados nesta visão, que quando há permanência do si mesmo na experiência, a dor e o sofrimento, relativos ao evento adverso, encontrarão expressão, não sucumbindo aos movimentos dissociativos. Pode-se, portanto, aguardar a emergência de resposta emocional compatível à desventura: o pesar e o desconsolo. Contudo, atenção: a busca de superação da dissociação não deve nos levar à errônea e perigosa conclusão de que o sofrimento deva ser buscado. Manter-se vulnerável às dissonâncias existenciais de caráter negativo é absolutamente diferente de idealizar o sofrimento e a dor!

Temos considerado importante perceber a existência de uma psicopatologia implícita no pensamento winnicottiano (Aiello-Vaisberg, 2003b), que pode ser designada como uma teoria do sofrimento humano, que exige que todo e qualquer tipo de sofrer seja considerado como questão digna de receber cuidado psicanalítico. Contrariamente aos desenvolvimentos psicanalíticos que atribuem uma subjetividade instalada já a partir dos primórdios da vida, Winnicott (1952) afirmará que um bebê só existe no colo de sua mãe. Anteriormente a ser uno, o bebê seria a experiência sensorial/vivencial sustentada pela mãe que, disponível emocionalmente a partir de um estado emocional peculiar, provavelmente provocado pela presença real do bebê, tornar-se-ia sensível às necessidades de seu filho. O pequeno ser não seria nem mesmo capaz de ter uma percepção de si, portanto, ainda não existiria a partir de seu próprio ponto de vista.

A psicopatologia winnicottiana corresponde, de um certo modo, ao avesso do processo de amadurecimento emocional que é colocado em marcha quando o bebê conta com a provisão ambiental necessária. Entretanto, na medida em que se mantém rigorosamente

psicanalítico, este pensamento não significa que a primeira infância afortunada garanta de modo absoluto e perene a sanidade emocional. Afinal, se fundamentos essenciais podem ser conquistados pelo lactente, os desafios do desenvolvimento emocional continuarão "... a ser a tarefa básica de cada ser humano pela vida afora" (Winnicott, 1988, p.103).

Quando consideramos a psicopatologia winnicottiana como teoria do sofrimento humano, podemos compreender demandas clínicas que emergem em condições existenciais geradoras de agonias impensáveis, nas quais imperam sentimentos de aniquilação da integridade do *self* e vivências de um penar infinito, de cair para sempre, de aflição infinita (Winnicott, 1963). Talvez seja correto dizer que a agonia seja a loucura em estado de radicalidade absoluta, algo que não se confunde com a psicose, que consiste na organização de defesas contra o enlouquecimento. Ora, não temos nenhum motivo para supor que existam pessoas imunes a vivências agônicas, na medida em que tais experiências não emanam puramente da interioridade do ser, mas no inter-jogo do si mesmo, eventualmente pouco ou suficientemente amadurecido, com o ambiente. Sendo assim, não há porque negar, nem em tese, nem a partir da experiência clínica, que "pessoas totais", vale dizer bem constituídas e saudavelmente integradas, seriam imunes a condições ambientais que geram dores e sofrimentos intoleráveis. É por este motivo que nos deparamos com vivências agônicas em pacientes que, até o enfrentamento destes sofrimentos radicais, revelavam-se pessoas satisfatoriamente amadurecidas.

Para reagir à invasão, são construídas defesas. Através de movimentos dissociativos, constelam-se organizações psicológicas que intentam proteger o *self* das vivências das agonias impensáveis, do enlouquecimento. Aqui pode surgir como organização defensiva, construída a partir da submissão ao ambiente, o falso *self*. Dois pólos de sofrimento não integrado, então, se apresentam: o enlouquecimento das vivências agônicas ou sofrimento advindo da tentativa de evitar o colapso através da dissociação maciça e a construção de defesas tipo falso *self*. Por outro lado, uma terceira alternativa pode ter lugar: a manutenção da integração pessoal em situação de profundo sofrimento. Neste caso, estaremos diante de experiências de "interrupção dramática do viver", constituída por perdas e expectativas realistas de perdas, mas não de interrupção da "continuidade do ser" (Vitalli, 2004).

Tomando como extremamente relevante a consideração de winnicottiana de que a integração não se constitui como aquisição imperdível, é possível postular que a soropositividade, ou outra enfermidade grave, pode – ou não – ser evento capaz de promover a emergência da perda de integração, sendo vivida agonicamente como experiência invasiva que altera a continuidade de ser.

Se, como acabamos de colocar, a teoria permite a discriminação de três possibilidades diante da ameaça à integridade do corpo, vale dizer, agonia, dissociação e integração, a realidade tem-se revelado mais nuançada. Temos testemunhado, em nossa experiência, as seguintes possibilidades: a emergência de estados semelhantes aos experimentados pelo bebê quando da interrupção de sua continuidade de ser, dando lugar ao surgimento das angústias impensáveis; o surgimento de organização defensiva como a construção de um falso *self* que intenta fazer frente às agonias através da ausência de si; a manutenção razoável da integração com presença de alguns movimentos dissociativos; e a permanência da integração, sem negação do sofrimento que seria condição para a manutenção de um viver criativo.

Bleger (1963) aponta a pertinência do uso da conceituação das séries complementares concebidas por Freud (1916) para iluminar o grau de complexidade envolvido no resultado existencial da presença de evento adverso na dramática de uma vida. De acordo com esse raciocínio, a resposta emocional ao acontecimento atual emergirá da reunião entre a indesejada ocorrência e outros dois importantes fatores: a constituição e as experiências infantis. Haveria uma complementaridade dos três fatores, pois cada um deles pode ser mais fraco quanto mais forte forem os outros, constituindo um esquema causal altamente sofisticado.

Habitando com nossos pacientes o território da soropositividade, estamos diante de evento externo que irrompe na dramática de vida de determinada pessoa – que pode estar saudavelmente organizada em relação à subjetividade – podendo ganhar ou não qualidade de intrusão que interrompe a continuidade de ser. Constantemente, vemos dois perigos rondarem os pacientes soropositivos, a partir de suas respostas ao evento traumático. O primeiro corresponde à construção de formações tipo falso *self* para o enfrentamento da condição de soropositividade. O segundo consiste em margear a iminência do colapso e de vivências agônicas, principalmente na ocasião do diagnóstico.

Indubitavelmente, é na tentativa de reproduzir a tarefa materna que encontramos um modelo interventivo que guarda potência mutativa para resgatar nossos pacientes do colapso/enlouquecimento e distanciá-los das defesas dissociativas usadas em excesso. É o *holding* que se eleva como recurso prioritário e, incontestavelmente, imbricado na experiência de cuidados emocionais ao paciente soropositivo.

Esta talvez seja a conduta clínica potencialmente capaz de evitar ou atenuar o impacto dos inúmeros eventos traumáticos no transcorrer da doença e tratamento: a oferta de presença humana sustentadora. Esperamos que a provisão de *holding* pelo psicólogo/psicanalista e por toda equipe de cuidados, quando

sensivelmente preparada para lidar com o sofrimento emocional do soropositivo, possa contribuir decisivamente para a minimização dos padecimentos que derivam da soropositividade e de seus múltiplos desdobramentos dramáticos.

Para finalizar, a boa nova é lembrar que este delicado trabalho pode ser realizado no contexto da saúde pública, pelo psicólogo/psicanalista teórica e clinicamente apto a manejar enquadres diferenciados.

## Referências

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino de Psicopatologia. [Tese de Livre Docência]. São Paulo/ Universidade de São Paulo, 1999.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Ser e Fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Psicologia USP*, 14(1), 95-128, 2003a.
- AIELLO- VAISBERG, T. M. J. (2003b). Da questão do método à busca do rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p. 119-28.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Os enquadres clínicos diferenciados e a personalização/realização transicional. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. e Ambrosio, F.F. *Cadernos Ser e Fazer: O Brincar*. São Paulo, Instituto de Psicologia, 2004.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Os Monstros, o método e o estabelecimento da capacidade ética. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. e Ambrosio, F.F. *Cadernos Ser e Fazer: Reflexões Éticas na Clínica Contemporânea*. São Paulo, IPUSP, 2005.
- BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro, Graal, 1968.
- BLEGER, J. *Psicoanalysis y materialismo dialético*. Buenos Aires, Paidós, 1958.
- BLEGER, J. *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 1963.
- BLEGER, J. *Psicohigiene y Psicología institucional*. Buenos Aires, Paidós, 1967.
- FERENCZI, S. (1933). Confusão de Língua entre adultos e a criança. In: \_\_\_\_\_. Sándor Ferenczi: Obras Completas. *Psicanálise IV*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 97-106.
- FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto, Afrontamento, 1976.
- FREUD, S. (1916/1917). Conferências Introdutórias: Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In: \_\_\_\_\_. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 397-417.
- GRANATO, T.M.M. e AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Ser e Fazer na clinica winnicottiana da maternidade. São Paulo, Idéias e Letras, 2006.
- HERRMANN, F. *O MÉTODO PSICANALÍTICO*. São Paulo: EPU, 1979.
- LAING, R.D. e ESTERSON, A. *Cordura, Loucura y Família*. México, Fondo de Cultura Económica, 1967.

- MENCARELLI, V. L. Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficina de velas ornamentais com pacientes soropositivos [Tese de Mestrado em Psicologia]. 101 f. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2003.
- POLITZER, G. (1928) Critique des fondements de la psychologie. Paris, PUF, 2003.
- SAFRA, G. Transferência: o estar diante, o estar em, o estar com. Profoco. 2007. [CD ROM].
- SATO, H. T. Práticas psicanalíticas em instituição: oficina de arranjos florais [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2001.
- SATO, H. T. Enquadres clínicos diferenciados na reforma psiquiátrica [Tese de Doutorado em Psicologia]. 128 f. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2007.
- SIROTA, A. Figures de la Perversion Sociale. Paris, EDK, 2003.
- VITALLI, L. M. [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. São Paulo; Instituto de Psicologia/ Universidade de São Paulo, 2004
- WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: \_\_\_\_\_. Da pediatria à psicanálise. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 218-32.
- WINNICOTT, D. W. (1952). Psicose e cuidados maternos. In: \_\_\_\_\_. Da pediatria à psicanálise. Tradução de Davy Bolomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 305-15.
- WINNICOTT, D. W. (1957). O mundo em pequenas doses. In: \_\_\_\_\_. A criança e o eu mundo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p.76-82.
- WINNICOTT, D. W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: \_\_\_\_\_. O ambiente e os processos de maturação. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 128-39. WINNICOTT, D.W. (1963). O Medo do Colapso (Breakdown). In: \_\_\_\_\_. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.70-75.
- WINNICOTT, D. W. (1964-1968). O jogo do rabisco. In: \_\_\_\_\_. Explorações psicanalíticas. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 230-43.
- WINNICOTT, D. W. (1965). Dissociação revelada numa consulta terapêutica. In: \_\_\_\_\_. Privação e Delinquência. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 291-319.
- WINNICOTT, D. W. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: \_\_\_\_\_. O brincar e a realidade. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 153-62.
- WINNICOTT, D. W. O brincar (1971). In: \_\_\_\_\_. O Brincar e a Realidade. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 59-77.
- WINNICOTT, D. W. Natureza Humana. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1988. 222 p.