

Vera Lúcia Mencarelli

Compaixão na Contratransferência:

Cuidado Emocional a Jovens HIV+(s)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof.^a Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg

São Paulo

2010

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

| | |
|---|-----|
| I - APRESENTANDO A TESE | 01 |
| II - PESQUISANDO COM O MÉTODO PSICANALÍTICO | 05 |
| III - RETOMANDO O DEBATE SOBRE A CONTRATRANSFERÊNCIA | 23 |
| IV - DESCREVENDO O CONTEXTO INSTITUCIONAL | 86 |
| V - SENDO PSICANALISTA QUE CUIDA DE PACIENTES SOROPOSITIVOS | 101 |
| V.I - Precariedade existencial compartilhada | 111 |
| VI - CONTANDO PEQUENAS HISTÓRIAS | 140 |
| VI.I - Lúcia: a solidão | 167 |
| VI.II - Alessandra: a rebeldia | 182 |
| VI.III - Deborah: a inocência | 196 |
| VI.IV - Laura: a enfermidade | 212 |
| VII - CRIANDO/ENCONTRANDO A COMPAIXÃO NA CONTRATRANSFERÊNCIA | 235 |
| VII.I - Experiência Compassiva: singularidade e alteridade | 245 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 258 |

ANEXOS

RESUMO

O presente estudo consiste na investigação psicanalítica das configurações assumidas pelo campo contratransferencial que se estabelece no atendimento psicológico, psicanaliticamente orientado, de pacientes soropositivos para o HIV. Quatro adolescentes, soropositivos em decorrência de transmissão vertical, foram psicanaliticamente assistidos por meio de diferentes enquadres clínicos, que incluíram sessões de psicoterapia individual, oficinas psicoterapêuticas e atividades extramuros, segundo a demanda. Esse complexo acontecer clínico deu origem à elaboração de quatro narrativas transferenciais, que foram psicanaliticamente revisitadas, na busca de criação/encontro de campos contratransferenciais. O quadro geral permite afirmar que, para além de ressonâncias contratransferenciais associadas a peculiaridades relativas ao adolecer e às vicissitudes das histórias individuais, é possível detectar a vigência de um campo contratransferencial nitidamente caracterizado pela compaixão. Tal configuração suscita reflexões teórico-clínicas que apontam que tanto as questões ontológicas relativas à precariedade, limitação e finitude, como as decorrentes das condições concretas de vida, tais como o adoecimento, a experiência da dor, o severo tratamento, a orfandade e a exclusão social, devem ser profundamente levadas em conta no cuidado a esses pacientes.

Palavras-chave: HIV/Aids; Winnicott, D.W; contratransferência; compaixão.

ABSTRACT

This study aims to show the psychoanalytical investigation of the settings assumed by the countertransference field, which is established in psychological sessions, psychoanalytically oriented, in patients infected with HIV. Four teenagers, positives for HIV by vertical transmission, were psychoanalytically assisted by different clinical setting, which included individual psychotherapy sessions, psychotherapeutic workshops and outdoors activities, according to demand. This complex clinical case originates the development of four transference narratives, which were psychoanalytically revisited, in search of the creation/gathering of countertransference fields. The overall clinical picture allows us to state that, beyond the countertransference resonances associated to peculiarities related to adolescence and to the vicissitude of individual stories, is possible to detect the presence of a countertransference field clearly characterized by compassion. This configuration suscitate theoretical-clinical reflections that point out that the ontological issues caused by precariousness, limitation and finitude, as the current real life conditions, such as illness, experience of pain, severe treatment, the orphanhood and the social exclusion, must be thoroughly considered in the care of these patients.

Keywords: HIV/AIDS; Winnicott, D.W; countertransference; compassion.

COMPAIXÃO NA CONTRATRANSFERÊNCIA

Cuidado emocional a jovens HIV+(s)

I - APRESENTADO A TESE

O presente estudo investiga, psicanaliticamente, as configurações assumidas pelo campo contratransferencial que se estabelece no atendimento psicológico, psicanaliticamente orientado, de pacientes soropositivos para o HIV. Quatro garotas adolescentes, soropositivas em decorrência de transmissão vertical, que se dá durante o processo gestacional ou de parto da mãe HIV+ para o filho, foram psicanaliticamente assistidas por meio de diferentes enquadres clínicos, incluindo sessões de psicoterapia individual, oficinas psicoterapêuticas e atividades extramuros, segundo a demanda. Esse complexo acontecer clínico foi revisitado psicanaliticamente na busca da criação/encontro de campos contratransferenciais.

É de importância fundamental reconhecer a natureza do forte impacto emocional, ao qual o psicoterapeuta costuma estar contratransferencialmente, exposto neste tipo de clínica. Tal reconhecimento levaria, assim, à superação de perigosos movimentos que, se mantidos em plano não consciente, podem vir a comprometer a necessária manutenção da vulnerabilidade do psicoterapeuta (WINNICOTT, 1960a/1983), levando-o,

por um lado, a erigir defesas maciças ou, em outro extremo, a sucumbir diante da dor existencial do padecente. No primeiro caso, temos como resultado o distanciamento emocional do profissional; e, na segunda situação, a impossibilidade e conseqüente recusa a acompanhar aquele que sofre.

Além do evidente ganho na busca de afastamento das “ciladas” no campo relacional que envolve terapeuta e paciente, não incorrendo o primeiro na inobservância de suas manifestações subjetivas, a constatação das peculiaridades contratransferenciais em uma determinada clínica ainda nos traria, como efeito suplementar, o surgimento, a partir da sensibilidade do clínico, de um poderoso guia capaz de conduzir práticas, construção de enquadres e intervenções que contemplem necessidades absolutamente singulares daqueles que buscam ajuda para o enfrentamento de seus pesares.

Habitando o território da soropositividade, atuando em Saúde Pública, como psicóloga/psicanalista, desapegada de teorias estabelecidas e em posição de abertura no acontecer clínico para acolher o sofrimento alheio em sua singularidade, mergulhei em experiências múltiplas, com pessoas de todas as idades, de diferentes condições socioeconômicas e culturais, e acometidas do mesmo mal. Ocupando esse lugar privilegiado em termos de numeroso e intenso convívio com pessoas que vivenciam a mesma adversa condição de saúde e particularmente interessada nas características peculiares da relação clínica transferencial estabelecidas com esses

pacientes, foi possível perceber a regular presença de um componente compassivo matizando minha resposta contratransferencial.

Coloquei-me, então, a questão relativa às configurações peculiares que o fenômeno contratransferencial assume na clínica da soropositividade. Em exercício de exploração da produção teórico-clínica em busca de interlocução para essa questão, criei/encontrei o texto winnicottiano, datado de 1947, intitulado *O ódio na contratransferência*. Nesse artigo, Winnicott afirma que aqueles que trabalham no cuidado com psicóticos – portanto, não se refere apenas a analistas – serão inevitavelmente afetados pelo surgimento de seu próprio ódio, que invadirá a relação com o paciente, ganhando características de resposta contratransferencial à pesada carga emocional por eles imposta. Nosso interlocutor reconhece a legitimidade desse fenômeno contratransferencial, constatando sua inerência no manejo do psicótico. Por outro lado, assinala que, entre as tarefas do psicanalista, além da atenção aos aspectos emocionais do paciente, estaria incluída a observância da natureza da carga emocional que recai sobre aquele que cuida. Em um esforço de diferenciação dos fenômenos contratransferenciais, Winnicott nomeia de contratransferência objetiva o conjunto de respostas emocionais legitimamente despertadas no contexto do trabalho com determinados pacientes. Portanto, de acordo com a noção de contratransferência objetiva, haveria a ocorrência de uma determinada resposta contratransferencial peculiar que deriva do tipo especial de sofrimento emocional/existencial do paciente.

A partir das experiências vividas e da criação/encontro com o texto winnicottiano, formulei a seguinte questão: se o ódio contratransferencial está para a clínica da psicose, o que estaria para a clínica da soropositividade?

A hipótese é que, no exercício da clínica psicoterapêutica, psicanaliticamente orientada, da soropositividade, é a compaixão que caracterizará a configuração do campo contratransferencial.

Atribuir à compaixão, como fenômeno de primazia na dimensão contratransferencial, na clínica da soropositividade, principalmente de crianças e jovens, a mesma legitimidade que Winnicott concede ao ódio na clínica da psicose constitui-se a proposição deste estudo, examinada a partir do acompanhamento de cuidado psicológico a quatro jovens garotas soropositivas contaminadas por transmissão-vertical.

Torna-se importante apontar que a palavra “compaixão” não pertence propriamente ao vocabulário psicanalítico, mantendo parentesco com o campo filosófico. Não foi possível, porém, durante os anos dedicados a este estudo, abdicar do uso deste termo para nomear, de maneira precisa, a disposição subjetiva em mim manifesta, no âmbito do exercício desta clínica.

II - PESQUISANDO COM O MÉTODO PSICANALÍTICO

O interesse das patologias é que elas frequentemente não passam de traços comuns das pessoas ditas normais, aumentados por meio de uma lupa. A patologia, assim, serve-nos como um espelho. A grande bizarrice da patologia são nossas pequenas bizarrices vistas em zoom [...], como é o caso do homem que assistiu a um concerto, e o que mais o impressionou foi a calva do clarinetista... Às vezes eu tenho a impressão de que a especialização científica pode produzir um efeito semelhante: os cientistas se tornam especialistas nas partes e as conhecem com grande precisão. Mas ficam perdidos quando se trata de ver o “rosto” da realidade. Na verdade, nem mesmo reconhecem o seu próprio rosto quando o vêem no espelho.

ALVES, 2004a, p. 19

Como o alcance do que é próprio ao humano, metaforicamente assinalado nas palavras de Rubem Alves acima como “rosto da realidade”, poderia ser detectado através da pesquisa que se pretende científica ou acadêmica no âmbito da Psicologia Clínica e da Psicanálise? Dentre as considerações a serem feitas a respeito dessa questão pode-se, primeiramente, assinalar que a transformação de complexos fenômenos e processos humanos em dados coletados de pesquisa, recortados *a priori* e que, em momento posterior ganham tratamento estatístico intentando afirmação que asseguraria a verdade observada, não parece procedimento

convincente para a apreensão da caleidoscópica experiência humana. Os métodos da pesquisa positivista deixam a desejar em termos da captação do fenômeno humano, tamanha sua pluralidade e articulação com inúmeros elementos contextuais.

Uma segunda observação diz respeito ao fato de que o ideal de isolamento do objeto a ser estudado com a finalidade de torná-lo asséptico e protegido da influência do observador, procedimento próprio aos métodos da ciência moderna, parece incorrer no risco de “jogar o bebê junto com a água do banho”, pois, integrando parte do enriquecido contexto no qual está imerso o fenômeno sobre o qual se debruça o pesquisador, encontra-se, inevitavelmente, sua própria pessoa, não ignorada por seu “objeto” de estudo.

Interessante é o pensamento de Souza Santos (2000/2005) que, em desacordo com a metodologia positivista que, se, por um lado, oferece duvidosa utilidade em relação ao que de fato importa – o homem e as manifestações de sua humanidade –; por outro, incorre em perigoso movimento ofensivo ao *ethos* humano. Santos considera inadequada e superficial a abordagem positivista que almeja a supremacia da objetividade. Nomeia de pós-moderno um paradigma emergente que propõe a não separação entre o conhecimento atingido através da compreensão e intimidade do pesquisador e aquele que estuda. Tal paradigma, segundo ele, estaria em maior concordância com a construção de conhecimento em ciências humanas. Atentemo-nos para algumas de suas palavras:

No mais eloquente tratado sobre subjetividade produzido pela modernidade ocidental, nada se dirá sobre nós próprios enquanto seres humanos vivos, empíricos e concretos. Um conhecimento objetivo e rigoroso não pode tolerar a interferência de particularidades humanas e de percepções axiológicas. Foi nesta base que se construiu a distinção dicotômica sujeito/objeto [...]. Parafraseando Clausewitz, podemos afirmar hoje que o objeto é a continuação do sujeito por outros meios. Por isso, todo o conhecimento emancipatório é autoconhecimento. Ele não descobre, cria. Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor, não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação. A ciência moderna não é a única explicação possível da realidade. Nada há de científico na razão que hoje nos leva a privilegiar uma forma de conhecimento baseada na previsão e controle dos fenômenos. No fundo, trata-se de um juízo de valor. A explicação científica dos fenômenos é a justificação da ciência enquanto fenômeno central da nossa contemporaneidade. A ciência é, assim, autobiográfica [...]. No paradigma emergente, o caráter autobiográfico do conhecimento-emancipação é plenamente assumido: um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos uma pessoalmente ao que estudamos. (SANTOS, 2000/2005, p. 82-4)

Com a Psicanálise, alcançamos um método clínico/investigativo que, estudando o homem em situação, propõe a aproximação do fenômeno humano. O que se passou, contudo, é que Freud, em seu incansável e compreensível desejo de subtrair da Psicanálise seu caráter empírico (GREENBERG; MITCHELL, 1994), erigiu sobre sua revolucionária

descoberta – o assinalamento de que toda conduta humana guarda um sentido estritamente vinculado às experiências vivenciais e pertence ao acontecer humano –, uma construção teórica, a metapsicologia, de caráter especulativo, constituindo outra dimensão diferente daquela ocupada pelos achados clínicos. Essa duplicidade contida no discurso freudiano nos é apontada por Politzer, já em 1928 (POLITZER, 1928/1973). Estaríamos, portanto, diante de dois movimentos, sendo um deles a observação da vida humana como ela se dá, ou seja, em seu desenrolar dramático, como sugeriu Politzer (1928/1973), e o outro o da teorização metapsicológica.

Fulgêncio (1999) didaticamente assinala que a teoria freudiana é composta por uma parte empírica – a psicologia dos fatos clínicos – e outra especulativa – a metapsicologia. Segundo ele, Freud considerava a criação de uma superestrutura especulativa como algo necessário para organizar os dados empíricos descritivos, fundamental para estar em afinidade com o pensamento científico forjado a partir de uma determinada tradição. Depreende-se, então, que tal tradição é a da ciência positivista.

Como se sabe, as origens do uso do método positivista para pesquisa no âmbito da ciência psicológica remontam ao estabelecimento cartesiano de uma dicotomia fundamental, segundo a qual existiriam dois modos de existir: a existência da coisa pensante e a existência da coisa extensa. De acordo com essa visão, a resposta encontrada para chegar-se ao método mais adequado de produzir conhecimento estaria dada pelo conceito de representação que opera segundo o princípio da conversão das coisas em ideias sobre as mesmas. A preocupação seria com o alcance do

conhecimento pelo homem; não um homem na concretude de sua vida, mas o homem tomado como sujeito cognoscente. Por essa via, chegamos às relações de exterioridade entre sujeito e objeto e, dessa maneira, à conclusão de que o método como instrumento seria aquele capaz de garantir uma fiel e confiável correspondência entre o mundo real e seu conhecimento, ou seja, aquele capaz de afiançar a objetividade da representação.

A Psicanálise Metapsicológica, quando torna o psíquico extenso no espaço, atribuindo-lhe funcionalidade análoga a um aparato físico, mantém uma visão do conhecimento sobre o humano como reprodução ideal dos fenômenos que lhe são próprios, incorrendo resultar daí a transformação da natureza humana em um epifenômeno de um homem compreendido como organismo objetivável (VAISBERG, 2004). Vaisberg propõe algumas soluções para sair desse impasse:

Entendo que se adotamos a concepção segundo a qual o conhecimento é, essencialmente, representação, podemos duvidar da possibilidade mesma de produção de conhecimento sobre o humano, até porque o humano coisificado é simulacro no qual fica perdido o essencialmente humano. Outra, entretanto, será nossa visão se formos capazes de conceber a produção de conhecimento como algo distinto da obtenção de uma cópia ideal do mundo das coisas. Se não estivermos comprometidos com a busca de conhecimento representacional, estaremos livres para repensar a epistemologia das ciências humanas e, neste repensar a reflexão ética precede o trabalho epistemológico. Aqui a questão do método deverá ser substituída pela questão do rigor, de modo que o projeto de construção de

um conhecimento totalizante e universal seja abandonado em favor de uma honestidade intelectual que se fará pela transparência dos pressupostos éticos, epistemológicos e antropológicos mediante os quais nos dirigimos ao campo de investigação. Podemos fazer uma concessão terminológica e designar a assunção desses pressupostos como metodologia de pesquisa?”. (VAISBERG, 2004, p. 123)

As considerações de Vaisberg encontram-se harmoniosamente em concordância com o que nos assinala Santos (2000/2005). Sendo a produção de saber indissociável da personalidade do pesquisador, concretizada em seus próprios valores éticos, sua concepção de homem e, conseqüentemente, recorte epistemológico adotado, os pressupostos assumidos neste estudo serão apresentados. Face ao fato que o avanço na produção de conhecimento é sempre resultante de esforço coletivo da comunidade científico/acadêmica, convém esclarecer que as premissas a seguir foram criadas/encontradas, junto ao grupo de pesquisa ao qual pertencço.¹

Bleger (1958/1973) é um autor que, retomando a crítica politzeriana à duplicidade discursiva contida na Psicanálise tradicional, a saber, a oferta da abstrata teorização metapsicológica a eventos humanos de caráter emocional, incorrendo na perda do que há de concretude da experiência humana – o homem encarnado –, apresenta-nos uma leitura dialética da Psicanálise, pois advoga que:

¹ Pesquisadores que utilizam o estilo clínico Ser e Fazer concebido no âmbito do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo pela professora livre docente Tania Maria José Aiello Vaisberg, líder de pesquisa do grupo CNPq “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”.

A Psicanálise é, básica e fundamentalmente, uma psicologia que deve ser estudada como tal e na prática concreta; a psicologia é uma ciência com um campo operacional próprio, e investigar em psicologia não significa meramente uma tarefa de exegese bibliográfica. Repetir a teoria do conhecimento como crítica a uma ciência não é mais que um prólogo que deixa pendente o fundamental. (BLEGER, 1958/1973, p. 26)²

Para Bleger, no estudo da Psicologia, o fundamental é a experiência emocional, humanamente encarnada. O psicanalista argentino aponta que Politzer elege o drama como objeto da Psicologia, colocando o homem frente à dependência e correlação dialética com o mundo externo. A Psicologia, para Bleger (1963/2007), constitui-se de um recurso epistemológico necessário para iluminar um aspecto do complexo e transbordante fenômeno humano – o sentido emocional das condutas humanas – eminentemente de caráter unitário, expresso, no entanto, em dimensões plurais. O homem considerado aqui, sempre circunstancialmente compreendido, é, portanto, o mesmo que se torna fonte de interesse de estudos a partir de diferentes ângulos de apreensão, traduzidos pelo olhares das diversas disciplinas recortadas epistemologicamente. A permanente interação do homem com o mundo fará com que Bleger afirme que “[...] a atividade do homem é o que muda fundamentalmente seu psiquismo [...]” (1958/1973, p. 23).³

² Tradução livre da autora.

³ Tradução livre da autora.

De acordo com a concepção que privilegia a leitura dramática da psicanálise é que Bleger passa a usar o conceito de conduta,⁴ compreendido como a totalidade das reações do organismo em uma situação total. A conduta, portanto, abarcaria as manifestações do comportamento, atos exteriores perceptíveis e também a experiência que se passa em plano não consciente, sempre considerando o homem em situação. Para Bleger, a conduta é o fenômeno central a ocupar não somente o interesse da Psicologia e da Psicanálise, mas de todas as ciências humanas.

Encontramo-nos, portanto, epistemologicamente situados a partir de Politzer e Bleger, posicionando-nos interessados em uma visão dramática do acontecer humano. Nesse ponto, encontramos com D.W.Winnicott, que serviu de inspiração para o desenvolvimento de nossa prática clínica. Sua concepção de homem criativo, colocado frente ao mundo com potencial para a transicionalidade e em contínuo devir, responde, do ponto de vista dos desenvolvimentos psicanalíticos, segundo Vaisberg (2004), às questões levantadas pelos pensadores citados anteriormente. A concepção antropológica imbuída na obra de Winnicott se coaduna à concepção da Psicanálise segundo a leitura dramática. Havendo, entre os três teóricos, uma similaridade de visão a respeito do homem – a saber, um ser em devir, aberto à transformação que lhe convoca o mundo –, pode-se considerar as

⁴ Ao adotar o conceito de conduta, Bleger apoiava-se na contribuição dos estudiosos franceses que fundaram o Laboratório de Psicologia Clínica da Sorbonne, dentre os quais se destacam Daniel Lagache, Juliette Favez-Boutonier e Claude Revault D'Allones. A partir de formações que conjugavam estudos médicos e filósofos, tais autores optaram pelo uso do referencial psicanalítico, mas lutaram pelo fortalecimento da Psicologia Clínica no quadro universitário, concebendo a Psicanálise como abordagem teórica entre outras, no cultivo de uma atitude francamente antidoutrinária (PLAZA, 2004).

evoluções psicanalíticas de Winnicott como construção teórica, clinicamente fundamentada, que vem ao encontro da crítica estabelecida pelos outros dois pensadores.

Enunciamos que nosso pressuposto ético ampara-se na adoção da própria abordagem psicanalítica. Firmemente partidários de uma leitura da Psicanálise a partir da dramática, compreendemos que, em seu método heurístico/interpretativo, há a implicação subjacente de que toda conduta guarda sentido vinculado ao acontecer humano. Vaisberg (1999a) aponta com precisão que não há limites para a compreensibilidade das condutas humanas, desde as mais bizarras às mais cruéis. Não há falta de sentido, mesmo que não seja possível alcançá-lo. A nosso ver, essa é uma premissa ética subjacente ao próprio método psicanalítico.

A presença de sentido, contudo, não leva, necessariamente, à suposição de que o mesmo deva ser “descoberto” pelo analista e partilhado com seu analisante por meio da enunciação de sentença verbal interpretativa. Essa operação interventiva da terapêutica psicanalítica, considerada clássica, transforma-se em procedimento questionável quando imergimos em outros campos do sofrer humano nos quais a elucidação do sentido não acrescenta em alívio do sofrimento, como no caso das doenças orgânicas. Bleger diz que:

O que melhor qualifica o sentido é o fato de que toda conduta é um acontecimento ou acontecer humano [...]. Excluimos terminantemente o pressuposto de que uma característica do sentido da conduta seja o fato de que haja

intenção de comunicar algo. Sentido não implica intenção nem vontade. Toda conduta tem sentido quando a relacionamos com a vida do sujeito nas situações concretas em que dita conduta manifesta-se [...]. (BLEGER, 1963/2007, p. 86)⁵

A assunção da pertença do sentido ao acontecer humano, como bem explicita Bleger, não implica em dizer que sempre há intenção de comunicação de algo “encoberto” a ser elucidado no processo psicanalítico, promovendo, assim, o fluir do devir. Em plano terapêutico, junto ao paciente, o método psicanalítico apresenta potencialidades que não se restringem ao uso da interpretação como estratégia interventiva como, tradicionalmente, se dá na matriz clínica da neurose. Quando o psicanalista se ocupa com o exercício clínico em situações geradoras de sofrimento existencial que guardam potencialidades para a constituição de campos agônicos, como o adoecimento físico grave, é possível seguir fazendo uso do método psicanalítico enquanto terapêutica. Nesse tipo de clínica, a interpretação deixa de ser a intervenção privilegiada e o *holding*, como se verá mais detidamente à frente, apresenta-se como procedimento no plano interventivo que fará operar o método psicanalítico, uma vez que o que se busca é a saída do campo agônico (MENCARELLI, 2003, 2005).

Isso posto, cabe ainda a apresentação do segundo pressuposto ético adotado. Este encontra sua razão na ideia que as condutas são estratégias de sobrevivência existencial (BLEGER, 1963/2007; MCDOUGALL,

⁵ Tradução livre da autora.

1997/1995), as melhores conseguidas por uma pessoa singular em determinado estágio de seu devir. Vejamos como Bleger comunica tal ideia:

Toda conduta, no momento em que se manifesta, é a melhor conduta, no sentido de que é a mais ordenada e melhor organizada que o organismo pode manifestar nesse momento e é a que pode regular a tensão no máximo possível para essas condições. A personalidade se expressa sempre sobre o mais alto grau de integração e organização que lhe resulta possível em cada momento, embora logicamente, esse possa ser altamente variável e mutante. Em outros termos, o organismo opera sempre de maneira mais adequada para suas possibilidades nesse momento e nisso incluímos, também, não só a normalidade como também a patologia; de tal maneira que inclusive o sintoma é a conduta melhor que o organismo pode manifestar para resolver de melhor forma possível as tensões que enfrenta nesse momento. (BLEGER, 1963/2007, p. 144)⁶

McDougall (1997/1995) dirá, ainda, que as formações sintomáticas seriam tentativas de cura de si mesmo, soluções encontradas para o enfrentamento de situações desfavoráveis, refletindo o melhor ajustamento que se tornou possível para a pessoa em determinadas circunstâncias. Ainda que formule seu conceito de sobrevivência psíquica a partir de uma leitura eminentemente psicopatológica, sua contribuição, em termos éticos, à medida que transpomos sua proposição para o plano de maior complexidade, ou seja, para o plano existencial, parece-nos bastante cara.

⁶ Tradução livre da autora.

Acreditamos que estes são pressupostos revestidos de caráter ético, pois trazem em seu bojo a impossibilidade de apreensão das manifestações humanas a partir de um olhar de exclusão.

Tendo exposto os pressupostos epistemológicos, antropológicos e éticos subjacentes ao uso que fazemos do método psicanalítico enquanto terapêutica e enquanto estratégia de investigação dos fenômenos que figuram como centro de interesse deste estudo, a saber, as configurações emergentes nas manifestações contratransferenciais na clínica psicanaliticamente orientada da soropositividade, segue a apresentação dos passos do estudo.

Vale ressaltar que uma pesquisa que se quer psicanalítica só poderá almejar tal título se adotar como estratégia de investigação os elementos que fundamentam o próprio método psicanalítico. Não será o uso da Psicanálise enquanto determinada doutrina teórica ou estratégia terapêutica que definirá o estudo como psicanalítico, mas a adoção das regras operativas do próprio método, usadas, por sua vez, para a busca de compreensão a respeito do acontecer clínico, fonte de interesse do pesquisador. Será, portanto, a colocação em ação das operações de atenção flutuante e a associação livre na abordagem dos fenômenos a serem investigados com intuito de elaboração de hipóteses que definirá a pesquisa como psicanalítica.

Nesse sentido, o estudioso, que também é o clínico nessa pesquisa de caráter interventivo, assume que seus achados serão fruto da captação de campos de sentidos da realidade fenomênica da qual participou como clínico/pesquisador adotando as operações definidoras do método

psicanalítico. Como, inevitavelmente, determinado pelo uso da atenção flutuante e da associação livre, a criação/contro/criação dos sentidos afetivo-emocionais, eventualmente não conscientes, emergentes na relação clínica, ocorrerá a partir da personalidade do clínico/pesquisador, em consonância, assim, com a qualidade heurística/interpretativa própria do método psicanalítico.

Neste estudo, o método eleito impera em todas suas etapas, desde o acontecer clínico e sua apresentação até a abordagem investigativa dos fenômenos experienciados.

O método psicanalítico conduz o acontecer clínico na medida em que promove o encontro inter-humano pautado por uma postura do analista de acolhimento à livre expressão afetivo-emocional do paciente e à manifestação do gesto clínico espontâneo em sua direção.

Em um segundo momento, tal acontecer clínico apresenta-se através do que, enquanto grupo de pesquisadores, temos chamado de “narrativas transferenciais” (VAISBERG et al., 2009). A apresentação do acontecer clínico através de narrativas traz em seu bojo o convite ao leitor para o encontro criativo com aquilo que lhe é narrado, distanciando-se do gesto conclusivo enquanto compreensão e possibilitando o surgimento de novos sentidos que somam enquanto contribuição para a produção do saber, processo desde sempre coletivo. As narrativas são elaboradas de forma a também atender as injunções do método psicanalítico, pois sobre a memória do acontecer clínico o analista/pesquisador se debruçará em atitude de

atenção flutuante e associação livre buscando retomar o que o impressionou emocionalmente.

Por fim, o método imbuído de seu caráter investigativo se fará presente em um terceiro momento para a busca de compreensão dos fenômenos apreendidos no acontecer clínico. Nesse momento, a atenção flutuante se manifestará como posicionamento isento de crenças e apegos escolásticos estabelecidos *a priori*, enquanto a associação livre terá lugar na procura do estabelecimento de interlocução com outros pensadores.

Reconhecendo a primazia do método sobre todo fazer que se quer psicanalítico seja na terapêutica, seja na adoção da atitude investigativa produtora de saber, Hermann⁷ (1979), um precursor da defesa dessa ideia, viu-se conduzido a um alargamento do próprio conceito de inconsciente. A partir de suas contribuições, o inconsciente freudiano passou a figurar como um caso particular do que se convencionou designar como “inconsciente relativo” ou “campo”, que se define como conjunto de determinações inaparentes que se organizam segundo regras lógico-emocionais específicas. O conceito de campo pode, então, se estender para a compreensão de todas e quaisquer manifestações/expressões humanas, não

⁷ Herrmann (1979) foi o precursor da defesa do método como grande invariante da Psicanálise. Segundo ele, a efetividade da aplicação do método psicanalítico repousa na operação de ruptura de campo. Sendo o método psicanalítico eminentemente interpretativo, a ruptura do campo no qual se encontra a lógica discursiva do analisando o levaria à relativização do sentido ali implícito. Tal operação resultaria em abertura para o surgimento de inúmeras novas significações que guardariam possíveis determinantes lógico-emocionais sustentadores das condutas investigadas. O isolamento do método como invariante primordial de todo fazer psicanalítico não nos leva, contudo, a permanecer de acordo com sua aplicabilidade, traduzida interventivamente através da operação de ruptura de campo, apenas no plano de campo discursivo. As características heurísticas que definem o método podem ser compreendidas como assinalamento da existência de sentido imbuído em toda conduta e manifestação humana.

se restringindo ao contexto clínico. Vaisberg e Machado (2008) apontam que a ideia de “campo” pode ser usada para configurar necessidades afetivo-emocionais que, a partir de uma lógica não consciente, acaba por gerar condutas. Os campos que configuram sentido afetivo-emocional às condutas na dimensão das necessidades humanas organizam-se ao redor de elementos inconscientes não porque sejam o resultado de recalçamento de desejos, mas porque se encontram em planos fenomenologicamente pré-reflexivos.

Com base nessa concepção de “campo”, buscaremos, nesta pesquisa, através do uso rigoroso do método psicanalítico em toda sua extensão, as configurações de sentido afetivo-emocional que o campo contratransferencial assume na clínica da soropositividade.

O acontecer clínico eleito para tornar-se foco desta investigação se deu na assistência de cuidados psicológicos a quatro jovens adolescentes, soropositivas em decorrência de transmissão vertical, que ocorre em virtude da soropositividade materna. Tais jovens, de, respectivamente, nove, dez, treze e quinze anos no início do relacionamento clínico estabelecido com elas, foram atendidas em diferentes enquadres clínicos, que incluíram encontros psicoterapêuticos individuais, oficinas psicoterapêuticas e atividades extramuros. Esse acontecer clínico deu origem à elaboração de quatro narrativas transferenciais, que foram psicanaliticamente abordadas reflexivamente, na busca de criação/encontro de campos contratransferenciais.

A escolha dos casos a serem narrados obedeceu o critério de tipicidade, utilizado por Frederico (1979) quando este elegeu casos para realizar um estudo a respeito da consciência de classe de operários em uma indústria automobilística. Segundo ele, o operário típico, diferindo do operário comum em termos de uma normatividade estabelecida de acordo com padrões estatísticos, seria aquele capaz de expressar os sentimentos comuns a toda população de operários. Inspirado por Lukács (1968), que apresenta o recurso aos traços típicos para, na área dos estudos da literatura, criar personagens, Frederico apropria-se do critério para a escolha de “sujeitos” de pesquisa. O pesquisador nos lembra que, para Lukács, a boa literatura cria personagens típicos, ou seja, aqueles que, possuindo características próprias, em sua singularidade diferenciada, potencializam em si o que há de universal no ser humano.

Machado (1995) transpôs o critério metodológico utilizado por Frederico para o âmbito da pesquisa psicanalítica. Em seu estudo, procedeu segundo o critério de tipicidade para a eleição dos “sujeitos” psiquiátricos institucionalizados que julgou melhor expressarem as concepções veiculadas na instituição a respeito da loucura e/ou doença mental, trazendo representações que poderiam estar presentes nos outros pacientes enquanto possibilidades.

Estudando deficientes institucionalizados que, frequentemente, se tornam excessivamente calados, Paula (2000) ouviu, em entrevista, um paciente especial, típico, no sentido que estamos adotando, que mantinha capacidade expressiva, chegando a escrever poesias.

Dessa forma, de acordo com o critério de tipicidade, escolhi os casos de jovens adolescentes contaminadas por transmissão vertical. A ausência de direta implicação em sua grave e perigosa condição de saúde distancia a emergência de diferentes manifestações contratransferenciais que podem estar associadas a situações vividas pelo paciente adulto antes de sua contaminação como, por exemplo, a negligência de autocuidado nas práticas de sexo sem proteção e condutas transgressivas relativas ao uso de drogas injetáveis. A eleição dos casos manteve-se atenta à possibilidade de investigação a respeito dos fenômenos contratransferenciais na relação clínica onde a soropositividade e seus desdobramentos diretos sobrepujavam qualquer outra condição vivencial capaz de captar para si a emergência do impacto emocional experimentado pelo analista/pesquisador. Por conseguinte, julguei os jovens soropositivos como aqueles capazes de trazer, na relação clínica com eles estabelecida, maior exuberância de elementos contratransferenciais estritamente associados à soropositividade.

No universo dos casos de crianças e jovens, foram privilegiados os relacionamentos mais longos, nos quais pude perceber que minhas manifestações subjetivas se mantinham perseverantemente, podendo descartar, assim, a possibilidade de ter sido presa por “primeiras impressões”. Também foram considerados aqueles que traziam eventos importantes e peculiares associados à condição de soropositividade. Ainda, procedi de modo a dirigir a escolha a jovens que julguei não sofrerem prejuízo emocional ou ético, caso se interessassem em ler o estudo. Este último critério é fruto da preocupação inerente às possíveis decorrências pelo

fato de as pacientes e seus familiares saberem-se participantes do estudo, bem como terem permitido a exposição de elementos importantes de suas vidas, injunção respeitada pela pesquisadora quando do acato às leis brasileiras que regem a pesquisa científica com seres humanos.

III - RETOMANDO O DEBATE SOBRE CONTRATRANSFERÊNCIA

Aliás, nenhuma análise poderá ter êxito se não chegarmos, no seu decorrer, a amar realmente o paciente.
FERENCZI, 1932/1990, p. 171

Algumas observações e considerações exigem um assinalamento antes do início deste capítulo. É importante que fique claro que o leitor não encontrará nas próximas páginas uma abordagem hermenêutica do conceito de transferência/contratransferência e nem, ao final, uma exegese do pensamento do principal interlocutor, no caso, Winnicott. Há aqueles que se dedicam com extremado rigor a seus inestimáveis estudos, dos quais lançamos mão, com amor impiedoso, como diria Winnicott, devido a sua grandiosa utilidade. Este trabalho, porém, é de cunho eminentemente clínico.

Trata-se aqui de estabelecer uma articulação dialógica a respeito da complexidade fenomênica, vivenciada na clínica, com pensadores que têm sido importantes para uma interlocução profícua e enriquecedora na compreensão dos aspectos relacionais ou transferenciais da clínica psicanalítica. Tal diálogo pode trazer substrato teórico para o exercício da criatividade do pensamento e ação em um campo ainda inaugural em práticas assistenciais voltadas para a subjetividade e altamente demandante de estratégias de cuidado e amparo psicológico.

Convém lembrar também que a utilização de citações literais aparece com profusão na tentativa de poupar o leitor da busca dos textos mencionados, bem como de documentar historicamente o trajeto, no sentido de proporcionar uma “visitação” *in loco* aos pensadores mencionados.

Dito isso, se faz necessário comunicar que, diferente de buscar a “verdade” de um pensamento, autorizar-me-ei a “usá-lo”, acreditando, porém, não estar cometendo qualquer deslize e arbitrariedade contra a produção intelectual enquanto patrimônio científico.

Na obra winnicottiana, o termo “uso” tem um caráter bastante preciso, pois se refere à capacidade adquirida no processo de desenvolvimento emocional de conferir externalidade aos objetos (1968a/1975). Usar um objeto diferencia-se de relacionar-se com ele. Para ser usado, o objeto terá que ser real, fazer parte da realidade compartilhada, e não ser um “feixe de projeções”. Assim que o objeto tenha sua qualidade de externalidade reconhecida, poderá ser destruído e, sobrevivendo à destruição, adquirirá potencialidade para o uso.

Vaisberg (1999b) parte dessas ideias de Winnicott a respeito do uso do objeto para pensar os tipos de vínculos que o psicólogo/estudioso estabelece com o objeto teoria. Ela considera a possibilidade do estabelecimento de duas maneiras de se relacionar com a produção teórica. À primeira delas, respaldada pela ciência moderna, corresponderia uma pretensão de racionalidade e objetividade que apresenta caráter defensivo diante das angústias que “[...] a visão desnuda do sofrimento psíquico intenso e o exercício profissional fatalmente provocam” (Vaisberg, 1999b, p.

81), resultando em uma postura eclesiástica e reverente diante do saber teórico construído. Tal vínculo concebe a teoria como produção de conhecimento cristalizado e imutável.

A segunda alternativa vincular apontada por Vaisberg seria a possibilidade de estabelecimento de um relacionamento mais solto, inventivo e espontâneo com o campo teórico. Essa alternativa seria advinda de uma concepção da teoria como construção coletiva, atravessada por determinantes históricos e limitada em função das características do funcionamento psíquico humano da qual emerge. Vincular-se dessa maneira com o saber constituído seria mais condizente com o paradigma emergente da ciência pós-moderna. Parece não restar dúvidas de que Vaisberg considera a segunda possibilidade como uma forma de relacionamento mais sadia com a teoria, pois se pode vislumbrar a entrada em ação da necessária destruição do objeto enquanto verdade reificada para o estudioso, possibilitando seu uso conforme Winnicott nos indica. Vaisberg ainda dirá que:

Este movimento destrutivo requer a renúncia ao desejo de que a mente humana possa de forma onipotente esgotar o conhecimento do mundo e da vida e vem possibilitar que seja contida uma destrutividade irrefletida que não permite a utilização daquilo que não corresponda ao modismo epistemologicamente mais atual. A destruição da teoria revelada e do controle onipotente torna possível o uso do conhecimento teórico construído, permitindo, ainda, que a teoria cresça e se transforme continuamente, como coisa

viva que é. Chega-se, desta forma, a uma pragmática que, criando condições de possibilidade de inegável ganho de liberdade de movimentos, permitirá, acredito, estarmos melhor preparados para os questionamentos éticos que serão os balizadores fundamentais do crescimento científico. (VAISBERG, 1999b, p. 93)

É de acordo com essa concepção que se distancia da adesão doutrinária a teorias que proponho que me acompanhem na retomada de um debate sobre a contratransferência para que, com clareza, seja possível lhes apresentar o posicionamento a partir do qual pude fazer uso das contribuições winnicottianas. Voltar à “roda da conversa” sobre a contratransferência significa tomar os fenômenos clínicos relacionais em questão neste estudo a partir de um conceito que pode trazer-lhes compreensão.

Longo seria o caminho a percorrer na abordagem dos conceitos de transferência e contratransferência, que se constituem como temas vastos da literatura psicanalítica, apreendidos de distintas formas nas diferentes correntes psicanalíticas desde a obra freudiana, cobrindo o trajeto dos desenvolvimentos pós-freudianos. Buscar-se-á, portanto, assinalar os momentos históricos mais relevantes no sentido de se encaminharem na direção das concepções que fundamentam e sustentam teoricamente este estudo.

Os conceitos de transferência e contratransferência são produtos de esforço intelectual para a compreensão de fenômenos eminentemente

clínicos. Emergentes no campo relacional, guardam, portanto, pertença à dimensão dramática (POLITZER, 1928/1973) do viver, presentes no encontro humano que se dá no *setting* terapêutico.

Começemos pela necessária definição de transferência, pois desta é derivativa a definição de contratransferência.

Os verbetes sobre a transferência apontam, tanto em Laplanche e Pontalis (1967/1985) como em Roudinesco e Plon (1997/1998), que o termo não é próprio do vocabulário psicanalítico, sendo utilizado, em inúmeros campos, com a ideia de deslocamento, transporte ou substituição de um lugar para o outro sem que a integridade do objeto seja afetada devido tal operação. Vejamos o que é trazido como definição de transferência em ambos os dicionários, começando por Laplanche e Pontalis:

Transferência: Designa em Psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com uma sensação de atualidade acentuada. A maior parte das vezes é à transferência no tratamento que os psicanalistas chamam de transferência, sem qualquer outro qualificativo. A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se joga a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1967/1985, p. 668-9)

Já em Roudinesco e Plon, temos:

Transferência: Termo progressivamente introduzido por Sigmund Freud e Sándor Ferenczi (entre 1900 e 1909), para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos. (ROUDINESCO; PLON, p. 766-7)

De tais definições, resultam os desdobramentos daquelas referentes à contratransferência. Kohon (1994) faz uma interessante observação a respeito da definição de Laplanche e Pontalis, em relação à contratransferência.

Contratransferência: Conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1967/1985, p. 146)

De acordo com Kohon, ao comparar os verbetes “transferência” e “contratransferência” do *Vocabulário de Psicanálise* percebe-se que o primeiro se refere à repetição de protótipos infantis vividos com a sensação de atualidade acentuada que seria transferida para outro objeto, no caso, o analista, no âmbito da relação analítica; o segundo é definido pelas reações

inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste.

Kohon chama a atenção para o fato de Laplanche e Pontalis, em seu consagrado "guia universal dos psicanalistas" conferirem à própria definição de contratransferência uma abrangência maior para as reações do analista frente ao analisando, contemplando, como aparenta a frase, a totalidade da pessoa daquele – ainda que prossigam afirmando, com um complemento ao início da frase, que as reações do analista estariam mais particularmente relacionadas à transferência do analisando. Aponto minha concordância com a observação de Kohon e o fato de não se encontrar a mesma extensão na definição de Roudinesco e Plon, que se mantêm no plano, apenas, das manifestações do inconsciente do analista à transferência do analisando, como se observa:

Contratransferência: conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as transferências de seu paciente. (ROUDINESCO; PLON,1997/1998, p.133-5)

Certamente, em Roudinesco e Plon, a ausência da indicação de uma abrangência maior para as respostas do analista se justifique a partir de suas simpatias teóricas. Assim, os estudiosos mantêm sua definição, unicamente, no plano das respostas do analista à transferência do paciente.

Atentando para as explicações que encerram o verbete, é possível perceber a conclusão apontando para a crítica lacaniana, que considera

desprovida de objetivo a questão relativa à contratransferência, pois esta “[...] não designa nada além dos efeitos da transferência que atinge o desejo do analista, não como pessoa, mas como alguém que é colocado no lugar do Outro [...]” (ROUDINESCO; PLON, 1997/1998, p. 134).

De modo distinto se dá a conclusão de Laplanche e Pontalis. Ambos apontam que, a partir de Freud, a contratransferência teve crescente atenção dos psicanalistas, principalmente na medida em que o tratamento foi sendo mais descrito e compreendido em seu caráter relacional. Os estudiosos assinalam que, do ponto de vista da delimitação do conceito, variações apareceram. Sublinham que alguns teóricos compreendem a “[...] contratransferência como tudo o que, da personalidade do analista, pode intervir no tratamento, e outros limitam a contratransferência aos processos inconscientes que a transferência do analisando provoca no analista.” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1967/1975, p. 147).

A análise das sutis diferenças entre os verbetes nos dois dicionários mais conhecidos e usados em Psicanálise revelam a permanência das distintas visões a respeito da problemática conceitual da contratransferência. Foi Kernberg (1965) quem nomeou de “clássica” e “totalista”, respectivamente, essas duas visões que apresentam não só diferentes abordagens técnicas de se trabalhar, mas sobretudo, modos diversos de posicionamentos do analista no âmbito do próprio tratamento.

A dupla conotação que envolve o conceito de contratransferência, já se manifestava, segundo Figueira (1994), em Freud. No seu entender, embora seja verdade que Freud tenha se referido ao fenômeno clínico

poucas vezes e percebido apenas seu caráter negativo de obstáculo e inconveniência, seria possível apreender de sua obra alguns “enredos conceituais” que diriam respeito à problemática da contratransferência, já aí contemplando as duas posições acima citadas. Tais posições também são referidas por Kohon (1994) como ferramenta, por um lado e obstáculo, por outro. Começamos revisitando a primeira referência de Freud à contratransferência.

Inventariando os achados técnicos do desenvolvimento da terapêutica psicanalítica, desde seus primórdios até a ocasião em que apresenta a comunicação intitulada, *Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, para a abertura do II Congresso de Psicanálise, em março de 1910, Freud dirá:

Como sabem, nossa técnica passou por uma transformação fundamental. À época do tratamento catártico, o que almejávamos era a elucidação dos sintomas; afastamo-nos, depois, dos sintomas e devotamo-nos, em vez disso, a desvendar os “complexos”, para usar uma palavra que Jung tornou indispensável; agora, no entanto, nosso trabalho objetiva encontrar e sobrepujar, diretamente, as “resistências”, e podemos confiar em que venham à luz, justificadamente, sem dificuldades, os complexos, tão logo se reconheçam e se removam as resistências [...]; as outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da “contratransferência”, que nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si

mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a psicanálise e, reciprocamente, trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas. (FREUD, 1910/1969, p. 130)

Freud segue explicitando a necessidade do psicanalista iniciar sua atividade pela própria análise pessoal, fazendo-o de modo contínuo e profundo, conselho ao qual retornará 25 anos mais tarde em *Análise terminável e interminável* (FREUD, 1937), evidenciando a manutenção de seu desconforto com o fenômeno contratransferencial (MANFREDI, 1998).

Manfredi (1998) aponta que o mal-estar de Freud em relação à contratransferência aparece em sua inteireza um pouco antes do partilhamento público da comunicação de 1910, em carta para Jung, em dezembro de 1911.

[...] Deduzo que nenhum de vocês adquiriu ainda a necessária objetividade na prática, que ainda se deixam envolver, dando boa parte de suas próprias pessoas na expectativa de que o paciente dê algo em troca. Permita-me dizer, falando como venerável mestre, que essa técnica é invariavelmente imprudente e que é melhor permanecer reservado e simplesmente receptivo. Não devermos nunca nos deixar enlouquecer pelos nossos pobres neuróticos. Acredito que um artigo sobre “contratransferência” seja extremamente necessário; é claro que não poderíamos publicá-lo, teríamos que fazer circularem cópias entre nós mesmos. (FREUD, 1911, p. 481-2)

Manfredi (1998) acrescenta que, contrariamente aos corajosos hábitos de Freud, seu desconforto com a questão da contratransferência fez com que tentasse mantê-la oculta até de si mesmo.

Interessante notar que Roudinesco e Plon (1997/1998), em suas explicações referentes ao verbete “transferência”, assinalem que mesmo esta, enquanto fenômeno com o qual Freud se deparou experimentalmente na análise de Dora (FREUD, 1905/1969), foi por ele atestada a contragosto. Os estudiosos salientam que, embora Freud tenha reconhecido a transferência como componente essencial do método psicanalítico, constituindo seu diferencial em relação às outras psicoterapias, nunca deixou de se impressionar com a sua ocorrência.

Voltemos, agora, para as proposições de Figueira (1994) a respeito do que chamou de “enredos conceituais” referentes à problemática da contratransferência no pensamento freudiano.

Em 1912, em seu artigo, *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise* (FREUD, 1912/1969), Freud utilizou de três metáforas para ilustrar qual deveria ser o posicionamento do analista no processo psicanalítico em relação à presentificação de sua subjetividade. Sua preocupação, na época, era o controle das individualidades dos que pretendiam exercer a Psicanálise, pois temia abusos cometidos em seu nome.

A primeira metáfora que surge em seu texto é a do “médico-cirurgião”. Diz ele:

Não posso aconselhar insistentemente demais os meus colegas a tomarem como modelo, durante o tratamento psicanalítico, o cirurgião, que põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível. Nas condições atuais, o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica de alcançar, mediante este método novo e muito discutido, algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas. Isto não apenas o colocará num estado de espírito desfavorável para o trabalho, mas torná-lo-á impotente contra certas resistências do paciente, cujo restabelecimento, como sabemos, depende primordialmente da ação recíproca de forças nele. A justificativa para exigir essa frieza emocional no analista é que ela cria condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção mais desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar. Um cirurgião dos tempos antigos tomou como divisa as palavras: *Je le pansai, Dieu le guérit*.⁸ O analista deveria contentar-se com algo semelhante. (FREUD, 1912/1969, p. 153-4)

Figueira (1994) aponta que a assunção desse posicionamento do analista só seria possível na ocorrência de processos dissociativos que impediriam o surgimento de sentimentos e potenciais identificações com o paciente. O interlocutor lembra, de maneira espirituosa que, o cirurgião só consegue o distanciamento emocional necessário porque seu paciente está dormindo, anestesiado, pois “[...] é quase impossível fazer isto com o

⁸ A nota de rodapé da Standard Edition traz o seguinte: “Fiz-lhe os curativos: Deus o curou”. A frase é atribuída ao cirurgião francês Ambroise Paré.

paciente acordado, a não ser, é claro, que o analista adormeça bastante o contato emocional com ele [...]” (FIGUEIRA, 1994, p. 18). Figueira aponta que, ainda naquela época, Ferenczi e Reich, já haviam percebido que o ideal de não envolvimento emocional preconizado pela metáfora do cirurgião simplesmente impediria o acontecimento do processo analítico.

A segunda metáfora de Freud, limitadora das fronteiras do envolvimento emocional do analista na procura por uma padronização de seu posicionamento subjetivo, buscando evitar excessos que o preocupavam e que poderiam levar à descaracterização do novo método terapêutico, aparece no seguinte trecho do mesmo texto:

Os psicanalistas jovens e ávidos indubitavelmente ficarão tentados a colocar sua própria individualidade livremente no debate, a fim de levar o paciente com eles e de erguê-lo sobre as barreiras de sua própria personalidade limitada. Poder-se-ia esperar que seria inteiramente permissível e, na verdade, útil, com vistas a superar as resistências do paciente, conceder-lhe o médico um vislumbre de seus próprios defeitos e conflitos mentais e, fornecendo-lhe informações íntimas sobre sua própria vida, capacitá-lo a pôr-se ele próprio, paciente, em pé de igualdade. Uma confiança merece outra e todo aquele que exige intimidade de outra pessoa deve estar preparado para retribuí-la. Mas nas relações psicanalíticas as coisas amiúde acontecem de modo diferente do que a psicologia da consciência poderia levar-nos a esperar. A experiência não fala em favor de uma técnica afetiva deste tipo. Tampouco é difícil perceber que ela envolve um afastamento dos princípios psicanalíticos e beira o tratamento por sugestão. Ela pode induzir o paciente

a apresentar mais cedo, e com menos dificuldade, coisas que já conhece, mas que, de outra maneira, esconderia por certo tempo, mediante as resistências convencionais. Mas esta técnica não consegue nada no sentido de revelar o que é inconsciente ao paciente. Torna-o ainda mais incapaz de superar suas resistências mais profundas e, em casos mais graves, invariavelmente fracassa, por incentivar o paciente a ser insaciável: ele gostaria de inverter a situação, e acha a análise do médico mais interessante que a sua. A solução da transferência também – uma das tarefas principais do tratamento –, é dificultada por uma atitude íntima por parte do médico, de maneira que qualquer proveito que possa haver no princípio é mais que superado no final. Não hesito, portanto, em condenar este tipo de técnica como incorreto. O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhe nada, exceto o que lhe é mostrado. Na prática, é verdade, nada se pode dizer contra um psicoterapeuta que combine uma certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva, a fim de chegar a um resultado perceptível em tempo mais curto – tal como é necessário, por exemplo, nas instituições. Mas é lícito insistir em que ele próprio não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que o seu método não é a verdadeira Psicanálise. (FREUD, 1912/1969, p. 156-7)

Figueira (1994) observa que essa metáfora é ainda mais limitadora no que diz respeito à expressão subjetiva do analista do que a do cirurgião, pois, se aquela pressupõe um estado de anestesiamento do paciente, a metáfora do espelho exige um analista semelhante a um objeto inanimado para que possa cumprir bem sua função.

Atente o leitor para o fato que, bem mais tarde, nos desenvolvimentos psicanalíticos, nas contribuições do pensamento winnicottiano, o espelho também será usado como metáfora, porém, com um estatuto totalmente diferente. Neste trabalho, haverá uma ocasião em que nos ocuparemos com o “rosto da mãe como espelho”, postulado por Winnicott como o mediador humano que guarda em si o potencial para a atribuição da alteridade ao bebê. Por ora, voltemos à enunciação do terceiro enredo conceitual, apontado por Figueira, presente ainda no texto de 1912. Embora Figueira ainda veja neste a tentativa de controle do funcionamento mental do analista como regra sugerida por Freud, tal enredo, a meu ver, ganhará estatuto positivo no uso da subjetividade do analista, como bem assinala Kohon (1994), abrindo novas possibilidades para as considerações referentes à problemática da contratransferência.

É fácil perceber para que objetivo as diferentes regras que apresentei convergem. Todas elas se destinam a criar, para o médico, uma contrapartida à regra fundamental da Psicanálise estabelecida para o paciente. Assim como o paciente deve relatar tudo o que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção dentre elas, também o médico deve colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão. Para melhor formulá-lo: ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor

telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira, o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstituir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente. Mas se o médico quiser estar em posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como instrumento da análise, deve ele próprio preencher determinada condição psicológica em alto grau. Ele não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação que seria muito mais prejudicial que a resultante da concentração da atenção consciente. Não basta, para isso, que ele seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve insistir, antes, que tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz. Não pode haver dúvida sobre o efeito desqualificante de tais defeitos no médico; toda repressão não solucionada nele constitui o que foi apropriadamente descrito por Stekel como um “ponto cego” em sua percepção analítica. (FREUD, 1912/1969, p. 154-5; grifo meu)

O que se vê aqui é que, juntamente com a própria enunciação da regra fundamental do processo psicanalítico, na contrapartida do analista, ocorre a Freud uma metáfora que concede, finalmente, lugar à subjetividade daquele. Se for através de seu inconsciente que o analista apreende o inconsciente do paciente, tal processo só poderá se dar de forma singular,

pois o inconsciente do analista é único. Não há, portanto, possibilidade da não implicação da subjetividade do analista, sendo esta já concebida na enunciação da própria regra fundamental para o posicionamento do analista, a saber: a colocação em posição de escuta equiflutuante.

O que vemos em Freud, no entanto, é que a competência do inconsciente, aqui tomado como sistema do psiquismo, opera através de recursos da subjetividade que não são explicitados. A apreensão do que é inconscientemente captado pelo analista, quando se coloca na posição de escuta equiflutuante contaria com que recursos da subjetividade deste? Apenas recursos cognitivo-intelectuais, ou também os de ordem afetiva? A metáfora fisicalista do receptor telefônico não é traduzida em termos propriamente humanos. Contudo, deve-se observar que, no trecho citado anteriormente, Freud se refere que, para atingir a posição de escuta equiflutuante, faz-se necessária uma suspensão relativa à lógica e à afetividade, impedindo objeções que partissem dessas ordens. Seria possível, então, deduzir que no uso da metáfora do receptor telefônico existiria a conjugação da racionalidade e da afetividade em relação aos recursos colocados em andamento pela subjetividade do analista na abertura para a escuta do analisando, desde que suspensos julgamentos *a priori*?

O fato é que, para além do que já foi assinalado anteriormente, as contribuições freudianas a respeito da contratransferência cessam. As referências explícitas à contratransferência em Freud continuarão sendo negativas e encaradas como algo da ordem do obstáculo (MANFREDI, 1998).

Segundo Greenberg e Mitchell (1994), no âmbito do modelo estrutural-pulsional freudiano aparecem limites na teorização da dimensão relacional do processo analítico e a contratransferência, com seu estatuto negativo, é tomada como algo a que o analista deve prestar cautela, pois este pode ver, tomar curso, durante o tratamento, de resquícios de sua própria neurose e patologia.

Nesse mesmo período de produção psicanalítica, encontram-se as ideias de Ferenczi, que traz nova luz a essas questões. Antes de nos determos em suas concepções, que serão visitadas com mais vagar, seria, porém, interessante atentar para a visão desenvolvida, já a partir de um outro modelo, o estrutural-relacional, alternativo ao estrutural-pulsional (GREENBERG; MITCHELL, 1994), pois foi nessa esteira que surgiu o polêmico artigo de Paula Heimann (1950/1995).

O artigo de Heimann acabou marcando época e funcionou como grande divisor de águas para a problemática da contratransferência, que se mantinha em plano subliminar depois do pensamento do *enfant terrible* da Psicanálise – como autorrefere-se o próprio Ferenczi (FERENCZI, 1931/1992) – sofrer duras críticas pelos partidários da ortodoxia psicanalítica (ROUDINESCO; PLON, 1997/1998).

O modelo estrutural-relacional, segundo a leitura de Greenberg e Mitchell (1994), surgiu como alternativa para a teoria pulsional na tentativa de responder às questões referentes à centralidade clínica da dimensão relacional. Segundo eles:

O primeiro desenvolvimento da teoria psicanalítica foi construído em torno do conceito de pulsão. A pesquisa de Freud levou-o ao que ele via como as “profundezas” da experiência humana, às pulsões que eram manifestações da natureza biológica do homem, requisitos gerados pelo corpo que fornecem a energia para os objetivos de qualquer atividade mental. Ele não considerava as relações com o mundo externo e as outras pessoas sem importância, mas a investigação das pulsões e suas vicissitudes parecia mais importante, mais urgente. Em trabalhos posteriores, quando Freud realmente tomou o problema do “ego” e sua relação com o mundo externo e outras pessoas, não era de forma alguma aparente como posicionar, como colocar aqueles processos e questões dentro da sua teoria das pulsões. As relações objetais tinham que ser explicadas; suas origens, significados e distinção não eram, de forma alguma, automaticamente fornecidos e compreendidos dentro da antiga teoria da pulsão [...]. A criação ou recriação de modos específicos de relacionamento com o outro substitui a descarga pulsional como a força que motiva o comportamento humano. (GREENBERG; MITCHELL, 1994, p. xii-xiii)

É dentro dessa nova tradição, emergente a partir do papel transitório da teoria kleiniana nessa direção (GREENBERG; MITCHELL, 1994), que aparece o artigo de Heimann.

Manfredi (1998) faz interessantes aportes a respeito do momento histórico que favorece um ganho em relevância para a exploração conceitual dos fenômenos contratransferências – já no âmbito da teoria das relações objetais – tanto em termos sociais, epistemológicos como também do

movimento psicanalítico. Primeiramente, Manfredi assinala as modificações ocorridas nas estruturas sociais. Para ela, as sociedades onde a Psicanálise se desenvolveu antes da Primeira Grande Guerra apresentavam um caráter bem mais autoritário do que aquelas em que germinou a partir da metade do século XX. A autoridade passou a ser desafiada e onde não o era, passou a ser julgada e avaliada. A comunidade psicanalítica também respondeu em concordância a essa tendência.

Epistemologicamente, o questionamento mais cuidadoso sobre o papel do analista na situação analítica também ganhou sustentação a partir da nova orientação em ciência que, contestando os parâmetros do paradigma da modernidade, passou a duvidar da noção do observador objetivo – o observador neutro do positivista Freud – concedendo influência do pesquisador-estudioso na natureza dos dados que colhe. Por fim, o momento histórico psicanalítico era ocupado por um interesse maior na fase pré-edípica do desenvolvimento, exigindo focalização na relação da criança com a mãe. A ideia de impossibilidade de acompanhar fenômenos psíquicos que se dão com a criança sem a observância do que se passa com a mãe ganhava grande ênfase e estava implícita na teoria das relações objetais. Por outro lado, um marco histórico importante no movimento psicanalítico se dava em função do alargamento de seus objetivos terapêuticos. Pacientes mais seriamente perturbados passaram a ser tratados e exigir expansão do conceito freudiano de contratransferência, em função de gerar, em seus analistas, reações emocionais mais violentas, persistentes e confusas.

Todo esse cenário trouxe profundas interrogações sobre a relação analista-analisante, sofisticando enormemente a problematização do envolvimento emocional do analista nos processos por ele conduzidos. O conceito de contratransferência ganhará, a partir de então, um estatuto de maior envergadura e complexidade do que encontrava no modelo pulsional freudiano de características positivistas. Serão colocadas em andamento questões derivativas da maior abrangência conceitual do fenômeno contratransferencial. Podemos, deste modo, chegar a questionamentos referentes à qualidade de “inconsciente”, “pré-conscientes” ou “consciente” em relação ao estatuto das reações emocionais do analista; ao caráter patológico, fruto da neurose do analista ou das reações ditas “irrepreensíveis”, não passíveis de objeção, como quer Manfredi (1998) – às quais Winnicott (1947/2000) referir-se-á como “contratransferência objetiva” –; à valência afetiva dos sentimentos emergentes na relação estabelecida com o paciente, se da ordem negativa, como ódio, ou da ordem positiva como o amor; à pertinência, adequação e conveniência em comunicar ao paciente o que se passa emocionalmente do lado do analista e enfim, à própria manutenção da designação de “contratransferência” para os fenômenos dessa classe.

Foi na década de 1940 que tais questionamentos começaram a surgir, presentificando-se em uma série de trabalhos não correlacionados e produzidos em diferentes lugares quase que simultaneamente, o que, segundo Safra (2005), evidencia o amadurecimento dessa problemática na história da Psicanálise.

O artigo de Paula Heimann foi o primeiro a ganhar destaque, tendo sido apresentado em 1949, no XVI Congresso Internacional de Psicanálise em Zurique. Oliveira (1994) comenta que é somente a partir da exposição do referido trabalho que a comunidade psicanalítica começa a absorver “[...] oficialmente o indigesto tema da contratransferência [...]” (OLIVEIRA, 1994, p. 89), embora Ferenczi já tivesse abordado a problemática de maneira mais ampla e radical, o que não era ignorado por Heimann (HEIMANN, 1950/1995). Vale lembrar que, dois anos antes, Winnicott já havia apresentado seu trabalho, *O ódio na contratransferência*, à Sociedade Britânica de Psicanálise, seguindo-se sua publicação no *International Journal of Psycho-Analysis* no mesmo ano de 1947.

A decisão de apresentar seu trabalho no referido Congresso custou a Heimann a ruptura com Melanie Klein, de quem foi analisanda e uma de suas mais próximas colaboradoras, estabelecendo com a última uma relação pessoal de grande proximidade. Heimann teria apoiado fielmente Klein durante o conhecido período das “Grandes Controvérsias”,⁹ mas, como resultado de sua insistência em tornar públicas suas ideias sobre a contratransferência, foi excluída do núcleo kleiniano da Sociedade Britânica de Psicanálise, ganhando guarida junto aos “Independentes” (ROUDINESCO; PLON 1997/1998; OLIVEIRA, 1994).

⁹ Conflito institucional que se instalou, a propósito da análise de crianças, no seio da Sociedade Britânica de Psicanálise, entre os anos de 1940-1944. Por um lado, encontravam-se os partidários de Anna Freud, que mantinha uma concepção pedagógica do processo psicanalítico criticada por seus opositores, partidários de Melanie Klein. Esta praticava uma clínica moderna, centrada nas relações de objeto, interessando-se pelas psicoses e pela exploração do estágio pré-edipiano. Cf. Roudinesco e Plon (1997/1998).

As discordâncias entre ambas psicanalistas giravam ao redor da ideia defendida por Heimann do uso técnico da contratransferência:

Minha tese é que a resposta emocional do analista a seu paciente, dentro da situação analítica, representa uma das ferramentas mais importantes para seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente. (HEIMANN, 1950/1995, p. 172)

Para Klein, a contratransferência era algo que o analista deveria resolver no divã de sua própria análise; não creditava função técnica para aquela, sendo intransigente sobre esta questão. Klein interpretava a proposta de Heimann como uma racionalização do analista para justificar suas atuações (SAFRA, 2005). Para Heimann, porém, “[...] se um analista tentar trabalhar sem consultar seus sentimentos, suas interpretações serão pobres [...]” (HEIMANN, 1950/1995, p. 172).

Paula Heimann não se mostrava preocupada com o caráter conceitual da contratransferência e suas observações eram de cunho clínico. Deixando de lado as sutilezas teóricas, ampliou radicalmente o emprego do termo “contratransferência”, adotando uma posição que seria definida mais tarde por “totalística”, em oposição à posição “clássica”. Em seu seminal trabalho, a psicanalista afirma que, “[...] para o propósito deste artigo, uso o termo ‘contratransferência’ para designar a totalidade dos sentimentos que o analista vivencia em relação ao paciente [...]” (HEIMANN, 1950/1995, p. 172).

O uso da sensibilidade espontânea será aconselhado por ela para acompanhar os movimentos emocionais do paciente da mesma maneira que a recomendada atenção equiflutuante da regra fundamental estabelecida desde Freud (FREUD, 1912/1969):

Sabemos que o analista necessita uma atenção flutuante e tranquilidade para seguir as associações livres do paciente, e que isto o capacita para escutar simultaneamente em vários níveis [...]. Diria que o analista, ao mesmo tempo que uma atenção que trabalhe livremente, necessita uma sensibilidade às emoções livre e desperta para poder seguir os movimentos emocionais e as fantasias inconscientes de seu paciente. Nossa premissa básica é que o inconsciente do analista entende o de seu paciente. Esta relação no nível profundo aparece na superfície sob a forma de sentimentos em resposta ao paciente e que o analista reconhece em sua contratransferência [...]. Haverá muitos momentos, no trabalho analítico, nos quais o analista que combine a livre atenção com a liberdade de resposta emocional não registrará seus sentimentos como problemáticos, porquanto estarão em consonância com o significado que está entendendo. Porém, amiúde, as emoções despertadas nele estarão mais próximas do âmago do problema do que seu raciocínio, ou, dizendo de outra forma, sua percepção inconsciente do inconsciente do paciente é mais aguda e se adianta ao seu conceito consciente da situação. (HEIMANN, 1950/1995, p. 173)

Sua recomendação para que o analista use da sensibilidade emocional não a leva, porém, a recomendar que os sentimentos em si

captados sejam comunicados ao paciente, pois acredita que isso representaria um fardo ao paciente, na medida em que são de âmbito privado do analista. Aconselha também cautela em relação à intensidade dos sentimentos despertados devido o perigo de atuações.

Distante dos acontecimentos que ocorriam na Europa, em outro continente, Racker, simultaneamente, elaborava ideias sobre a contratransferência semelhantes às de Paula Heimann. Seus primeiros pronunciamentos sobre o tema se deram no ano de 1948, em uma apresentação na Associação Psicanalítica Argentina, pouco tempo antes do Congresso cujo trabalho de Heimann foi comunicado. Referências históricas¹⁰ apontam ignorância de ambas as partes a respeito do trabalho do colega. Aos dois psicanalistas costuma-se atribuir a inovação de conceder à contratransferência papel de instrumento na técnica psicanalítica (ETCHEGOYEN, 1987).

Em seu primeiro trabalho referente à contratransferência, Racker abordará a questão da neurose do próprio psicanalista. Adotando, uma visão totalística do fenômeno, ele dirá:

Assim, como no paciente, em relação com o analista, vibra sua personalidade total, sua parte sã e neurótica, o presente e o passado, a realidade e a fantasia, assim também vibra no analista, embora em diferentes quantidades e qualidades, em relação com o paciente. As diferenças entre estas duas relações residem na diferente situação externa e interna do paciente e do analista no tratamento analítico e no fato de

¹⁰ Depoimento do próprio Racker (ETCHEGOYEN, 1987).

que o analista já tenha sido analisado. (RACKER, 1948/1982, p. 101)

Neste trabalho, Racker seguirá, então, a ressaltar a configuração neurótica do analista que se presentifica no processo analítico, a partir das perturbações que as percepções a respeito do paciente provocam. Referir-se-á a esta expressão neurótica como a parte patológica da contratransferência, que exigirá elaboração juntamente com a totalidade da “ferramenta analítica”. Assim, a partir das particularidades de cada caso conduzido, o analista poderia tornar-se vulnerável às suas próprias manifestações inconscientes em relação, por exemplo, ao Complexo de Édipo negativo ou positivo, ao conflito depressivo básico, às defesas paranoides, maníacas ou masoquistas contra a depressão etc. Racker falará, ainda, a respeito da contratransferência direta, que se daria quando as perturbações do analista surgem a partir do paciente. Já a contratransferência indireta relaciona-se às perturbações emergentes a partir de pessoas de fora do *setting* analítico, como membros da família do paciente ou membros da própria comunidade psicanalítica, como analistas didatas, supervisores ou colegas, fontes de encaminhamento. Todas essas pessoas, ausentes da cena analítica, poderiam, de forma indireta, vir a ocupar embaraçosamente o mundo fantasmático do analista.

Etchegoyen (1987) sublinha que as contribuições dos dois autores citados que conferiram à contratransferência o estatuto de instrumento da prática analítica marcaram uma espécie de revolução no campo psicanalítico

que não se deu sem lutas. Etchegoyen ainda nos conta que a apresentação do ora comentado trabalho de Racker na Associação Psicanalítica Argentina causou um grande mal-estar e “[...] um analista muito importante disse iradamente que o melhor que pode fazer um analista a quem essas coisas ocorrem é voltar a se analisar! [...]” (ETCHEGOYEN, 1987, p. 147).

Diferentemente de Heimann, que parece ter sucumbido às retaliações do grupo kleiniano em Londres, não voltando a pronunciar-se sobre o assunto a não ser em um artigo de 1960, Racker manteve-se interessado nessa problemática e tornou-se conhecido como o teórico da contratransferência (ROUDINESCO; PLON, 1997/1998). Em sua produção subsequente, criaria, ainda, outras categorias contratransferenciais, que seriam a contratransferência que se dá a partir das identificações concordantes e a que se dá a partir das identificações complementares com os analisandos.

As identificações concordantes diriam respeito à identificação com totalidade da personalidade do paciente, enquanto que as complementares teriam relação com as identificações com objetos internos, como se nota em suas palavras:

No analista, há uma tendência que normalmente costuma predominar em sua relação com o paciente: a de ser analista, isto é, compreender tudo o que sucede ao paciente. Com esta tendência, existem ante ao paciente, virtualmente, todas as demais possíveis tendências, sentimentos, temores etc. A intenção de compreender cria determinada predisposição:

identificar-se com o paciente, que é a base da compreensão. O analista pode realizar esta intenção, enquanto identifica seu ego com o ego do paciente, ou mais claramente (embora com certa inexatidão terminológica), enquanto identifica cada parte de sua personalidade com a correspondente parte psicológica do paciente: seu id com id, seu ego com ego, seu superego com o superego do paciente, aceitando na consciência estas identificações. Além destas identificações, que poderiam chamar-se identificações concordantes ou homólogas, a observação assinala como sumamente importante as identificações do ego no analista com objetos internos (por exemplo, com o superego) do paciente; segundo um termo de H. Deutsch, poderiam chamar-se identificações complementares. (RACKER, 1948/1982, p. 126)

Racker nos chama atenção para o fato de que, até então, correntemente na comunidade psicanalítica, somente as identificações complementares – quando o analista identificava-se com um objeto interno rejeitado pelo paciente – ganhavam a qualidade de fenômeno contratransferencial, ficando excluídas desta conceituação as identificações concordantes, aquelas que surgiam no analista em função da “[...] empatia lograda pelo paciente [...]” (RACKER, 1948/1982, p. 127).

No entanto, se verá ao longo do texto que, apesar de Racker atribuir um caráter positivo para a experiência contratransferencial do analista, não apenas em termos de instrumento técnico, mas em termos de resposta emocional positiva – que toma o outro como singularidade individual, integrado e a si também –, imediatamente recorrerá a argumentações que consideram apenas os aspectos cindidos do paciente, bem como a

experiência analítica como reedição do já vivido para ambos os atores da cena analítica.

Advogando o comparecimento das identificações concordantes em uma nova e mais ampla conceituação de contratransferência, Racker dirá que opina por essa inovação em função de estar em consonância com outros autores que pensam o mesmo – não diz quais –, e também porque:

Se considerarmos que as identificações concordantes do analista (suas compreensões) sejam uma forma de reprodução de seus processos passados, de sua infância, e que esta reprodução ou revivência se realiza como resposta a estímulos do paciente, estaremos dispostos a incluir as identificações concordantes no conceito de contratransferência. A isto se acrescenta a estreita conexão das identificações concordantes com as complementares (isto é, com a contratransferência no sentido corrente), que aconselha uma diferenciação, mas não uma total separação dos termos. Finalmente, deve-se levar em conta que a disposição à empatia, isto é, às identificações concordantes origina-se principalmente na contratransferência positiva sublimada, o que igualmente relaciona a empatia com a contratransferência no sentido corrente. Tudo isso sugere a aceitação do termo contratransferência como totalidade da resposta psicológica do analista ao paciente. (RACKER, 1948/1982, p. 127)

É possível reconhecer que Racker, apesar do avanço de suas descrições a partir da experiência fenomênica e da subsequente compreensão da contratransferência, buscará uma justificativa para sua

proposta inovadora no âmbito da teoria kleiniana que frequenta, não concedendo potencial de externalidade¹¹ nem de ineditismo ao encontro inter-humano que se dá na cena analítica. Para Racker, as relações no campo transferencial-contratransferencial são interpretadas a partir, tão somente, de seu caráter, intrapsíquico. Nem mesmo os movimentos empáticos do analista, suas identificações complementares, são compreendidas a partir da personalidade do analista, potencialmente capaz de tais identificações. O caráter intersubjetivo das relações analíticas não tem reconhecimento.

Kohon (1994) alerta para o perigo dos sentimentos contratransferenciais serem compreendidos apenas como resultado da atuação de mecanismos de identificação projetiva, conceito que ganhou grande ênfase na tradição kleiniana, a ponto de ser usado abundantemente, como se fosse o único acontecimento de um processo psicanalítico. Em outras palavras, o paciente colocaria fantasmaticamente para o interior do analista partes de si mesmo, captadas contratransferencialmente pelo analista. A situação analítica é, então, compreendida apenas como reedição de relacionamentos passados, cabendo ao analista decodificar as projeções.

Safra (2005) sublinha o caráter de invisibilidade atribuído ao analista, no que diz respeito à sua personalidade, tanto pelos freudianos que, em relação ao lugar do analista no processo psicanalítico posicionam-se de

¹¹ Concebe-se, a partir de Winnicott (1968a), que nem paciente, nem analista se resumem a um feixe de projeções, existindo em sua externalidade.

maneira a desfazer movimentos transferenciais, como em relação aos kleinianos, que compreendem a relação analítica pelo viés da identificação projetiva usada abusivamente.

A ideia de intersubjetividade voltará a habitar o *setting* analítico – e se estender para fora de suas das fronteiras – com clareza em termos descritivos e conceituais nos desenvolvimentos de Winnicott. O verbo “voltar” é utilizado porque Ferenczi, com poucas ferramentas conceituais, em sua época, já exercera uma ousada e diversa clínica, com experiências até mesmo temerárias, cunhadas em uma percepção muito pessoal sobre o processo analítico que privilegiava a configuração intersubjetiva das relações analíticas. Sendo assim, em sua prática, a personalidade do analista era reconhecida, bem como o potencial para a emergência de experiências inéditas no âmbito da relação clínica. Antes, porém, de adentrar mais minuciosamente nas ideias de Ferenczi a respeito do papel e lugar do analista junto a seu analisante, retomemos ainda mais uma vez a Heimann e Racker.

A partir dos dois pensadores, temos oficialmente incorporado ao patrimônio psicanalítico o termo “contratransferência”, dilatado para a contemplação de aspectos não só patológicos, mas também sadios do inconsciente do analista. Além disso, passam a ser reconhecidos como pertencentes à experiência contratransferencial sentimentos positivos, e não tão somente negativos, sejam eles inconscientes, tornados conscientes por elaboração, ou desde sempre conscientes para o analista. A esse patrimônio, ainda se incorporará a problematização da conveniência da

comunicação dos conteúdos contratransferenciais ao paciente. Questionada também será a pertinência da manutenção do termo “contratransferência” para referir-se ao conjunto de fenômenos que, sob o guarda-chuva de um único conceito, passou a albergar o abrangente leque de vivências experienciadas pelo analista no contato com seu paciente. Por fim, a partir dessas produções, o que se passa em termos emocionais na pessoa do analista ganha, incontestavelmente, o reconhecimento de sua importância como recurso fundamental na condução do processo analítico.

No período transcorrido entre a assunção da contratransferência como instrumento da técnica psicanalítica e os desenvolvimentos de Winnicott, ou, ainda, entre seus contemporâneos, outros interessantes trabalhos surgiram. Alguns estão mantidos estritamente na configuração intrapsíquica da tradição kleiniana, como os trabalhos de Grinberg e Money-Kyrle (ETCHEGOYEN, 1987; HINNSHELWOOD, 2001), enquanto outros, com aportes que fazem em muito lembrar a maneira de pensar e trabalhar de Ferenczi, emanciparam a noção de contratransferência do lugar restrito de ferramenta da “técnica”, considerando a inevitável influência da personalidade do analista para a situação que se configura na cena analítica¹² (MANFREDI, 1998).

Muitos desses trabalhos foram legitimamente inspirados na obra de Ferenczi, como os dos Balint, considerados seus discípulos. Já, os desenvolvimentos do próprio Winnicott e Little, que não fazem menção ao

¹² Vale lembrar que o termo “técnica” refere-se a um conjunto de regras que, se observadas, garantiriam um bem fazer, independentemente, portanto, da personalidade daquele que a aplica.

trabalho de Ferenczi, são curiosamente elencados conjuntamente por Hinshelwood (2001), em sua revisão do conceito de 2001, como tradição dos britânicos independentes ou tradição ferencziana. A similaridade entre a obra de Ferenczi e de Winnicott também é apontada por outros (FIGUEIRA, 1991; PEREIRA; TEIXEIRA, 1995; ROUSSILLON, 2000; FIGUEIREDO, 2002; DUPONT, 2003; STEWART, 2003; KUPERMANN, 2006; SAFRA, 2007). Na contemporaneidade, surgirá, ainda, novas maneiras criativas de entendimento das relações analíticas, como as teorias intersubjetivas de Ogden e Stolorow (HINSHELWOOD, 2001).

Ocupemo-nos, finalmente, de Ferenczi. Totalmente vanguardista, parece ter antecipado precocemente em sua época uma série de questões relacionadas ao lugar ocupado pela subjetividade do analista nos processos que conduz. Sanches (1993) diz a seu respeito que suas notáveis contribuições no campo da teoria e da técnica permaneceram pouco estudadas por razões políticas, históricas e mesmo transferenciais. Sanches comenta que tal situação peculiar da inserção de sua obra no patrimônio psicanalítico – ou falta dela – cria o enigmático efeito de observarmos a reinvenção de suas ideias por outros (SANCHES, 1993).

Iniciando por seu entendimento a respeito do fenômeno da contratransferência, observa-se que Ferenczi não teria se preocupado, de maneira especial, com sua delimitação conceitual (MANFREDI, 1998). Tomou-a como “[...] absolutamente tudo o que se passasse do lado do analista [...]” (SANCHES, 1994, p. 43).

Sanches (1994) assinala que, já em 1919, na primeira fase da história da contratransferência, ainda no fervor das recomendações freudianas a respeito do posicionamento que deve ter o analista no *setting* analítico, Ferenczi mirará sua afiada astúcia na mesma direção, acrescentando “ingredientes” para a reflexão:

O psicanalista, por sua parte, não tem mais o direito de ser, à sua moda, afável e compassivo ou rude e grosseiro, na expectativa de que o psiquismo do paciente se adapte ao caráter do médico. Cumpre-lhe saber dosar a sua simpatia e mesmo interiormente jamais deve abandonar-se a seus afetos, pois o fato de estar dominado por afetos, ou mesmo por paixões, constitui um terreno pouco favorável à recepção e assimilação de dados analíticos. **Mas sendo o médico, não obstante um ser humano e, como tal, suscetível de humores, simpatias, antipatias e também de ímpetos pulsionais – sem uma tal sensibilidade não poderia mesmo compreender as lutas psíquicas do paciente –**, é obrigado, ao longo da análise, a realizar uma dupla tarefa: deve, por um lado, observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente a partir de suas proposições e de seu comportamento; por outro lado, deve controlar constantemente sua própria atitude a respeito do paciente e, se necessário, retificá-la, ou seja, dominar a contratransferência. (FERENCZI, 1919/1992, p. 365; grifo meu)

Os grifos assinalam o que penso ser “o” algo a mais acrescentado por Ferenczi às recomendações de Freud, ainda que em concordância com o

mestre. As características humanas, singulares do analista, a seu ver, fazem diferença, representam recursos na observância da “técnica”.

Ferenczi parte do pressuposto que tais características pessoais do médico, submetidas, por sua vez, à análise, conforme prescrição compartilhada pela comunidade analítica (FREUD, 1912), deveriam, ainda assim, sofrer constante autoavaliação para um manejo eficiente da contratransferência, pois, do contrário, os seguintes acontecimentos poderiam ter lugar:

Na euforia da lua-de-mel da análise, está-se igualmente muito longe de tomar em consideração a contratransferência e ainda mais longe de controlá-la. Sucumbe-se a todos os afetos que a relação médico-paciente pode suscitar, deixamo-nos comover pelas angústias dos pacientes e até por suas fantasias, indignamo-nos contra todos aqueles que lhe são hostis ou lhe causaram mal. Em suma, o médico faz seus, todos os interesses do paciente e espanta-se, em seguida, quando esse paciente, em quem a conduta dele despertou provavelmente vãs esperanças, dá provas, de súbito, de exigências apaixonadas. As mulheres pedem ao médico que se case com elas; os homens, que os entretenha ou os apoie; e todos deduzem de suas falas argumentos propícios a justificar tais pretensões. Naturalmente tais dificuldades são superadas prontamente no decorrer da análise; invoca-se a sua natureza transferencial e são utilizadas como material para o prosseguimento do trabalho. Mas temos aí um resumo dos casos em que os médicos que praticam, seja uma terapêutica não-analítica, seja uma análise selvagem, são objeto de acusações ou de incriminações judiciais. É o inconsciente do médico que os

pacientes desvendam em suas acusações. O médico entusiasta que, no seu desejo de curar e de explicar, quer 'provocar' seus pacientes, negligencia os sinais pequenos e grandes, da atração inconsciente que experimenta por seus pacientes de ambos os sexos, mas estes se apercebem deles e deduzem corretamente dos mesmos a tendência que se encontra em sua origem, sem suspeitar de que o próprio médico não tinha consciência disso. O curioso é que nesse gênero de situação as duas partes têm razão. (FERENCZI, 1919/1992, p. 365-6)

O que Sanches (1994) destaca nesse trecho isolado no qual Ferenczi evidenciará o surgimento da transferência afetiva e/ou erótica é, justamente, a possibilidade da indução daquela pelo próprio analista. Sanches aponta que, em 1919, Ferenczi já tinha sido capaz de perceber a inevitabilidade do "diálogo dos inconscientes".

Tomando isso como verdadeiro, Ferenczi assinalará uma segunda fase com a qual se deparou a problemática da contratransferência. O receio dos analistas diante de suas manifestações contratransferenciais teria se configurado em uma atitude mais dura e inacessível em relação ao paciente. Ferenczi dirá que a postura ideal frente à contratransferência se constitui de um permanente movimento oscilatório "[...] entre o jogo da imaginação e o exame crítico [...]" (FERENCZI, 1919/1992, p. 367).

O que se passará com Ferenczi a partir das colocações anteriormente assinaladas, nas quais é possível perceber como se adianta em relação aos outros teóricos e clínicos da Psicanálise, é que, em sua grande avidez em ajudar seus pacientes (GAY, 1988/1989), que se

caracterizavam cada vez mais como uma clientela sofredora de grandes perturbações, que não atendiam à regra da livre associação e não se adaptavam à rigidez do enquadre tradicional – os chamados, pelo próprio Ferenczi, de “casos difíceis”¹³ (FERENCZI, 1931/1992) –, empreendeu experimentos clínicos considerados pela comunidade psicanalítica da época como ousados e até mesmo temerários.

Na década de 1920, Ferenczi criou a “técnica ativa” (FERENCZI, 1921/1992). Esta preconizava o uso de injunções e interdições, dirigidas ao paciente, com o intuito de eliminar-lhe as resistências, permitindo a emergência de material associativo sucumbido ao recalque. A tensão e frustração eram provocadas pelo analista – até mesmo o prazo para o término do tratamento era estabelecido –, que, dessa maneira, almejava não deixar alternativas ao paciente, a não ser colocar novamente em andamento suas associações. Nessa técnica, a transferência paterna era tomada como suposta e buscava-se levar até as últimas consequências a regra de abstinência, rompendo em definitivo com possíveis satisfações substitutas. Ferenczi deu-se conta da impropriedade de sua técnica, fazendo a *mea culpa* no intitulado *Contra-indicações da técnica ativa* (FERENCZI, 1926/1992), onde ponderava que a demasiada pressão colocava por terra os esforços do clínico, e, na verdade, exacerbava a resistência, incorrendo no risco de perturbar e até mesmo desfazer a transferência. O psicanalista

¹³ Sanches conclui que tal sintomatologia corresponde àquela encontrada nos casos que, atualmente, designamos como personalidades *borderlines* ou sofredora de perturbações psicóticas (SANCHES, 1993). Até o final de sua vida, Ferenczi, porém, continuará a referir-se a seus pacientes como neuróticos graves.

húngaro observou também que certos pacientes apresentavam uma tendência a se submeterem às proibições e regras de maneira ainda mais rigorosa, de forma que o “tiro saía pela culatra” e o processo ganhava uma estagnação maior.

Gradualmente, Ferenczi, temeroso de impor a seus pacientes uma situação traumática no âmbito da relação analítica, parte para as considerações a respeito da pertinência do relaxamento e da promoção da neocatarse. Àquela altura, já tinham ganho corpo suas noções de concessão de liberdade para o paciente e atitude de benevolência como postura a ser adotada pelo analista. É o cultivo da suposta transferência materna que tem lugar a partir dali (FERENCZI, 1929/1992).

A busca por novas técnicas levaram-no ainda à invenção da análise pelo jogo (FERENCZI, 1931/1992), na qual pacientes regredidos a um funcionamento infantil deixavam surgir na cena analítica seus conflitos através de atuações como se fossem crianças. Por fim, através de seu póstumo *Diário Clínico*, tomamos conhecimento de um derradeiro empreendimento clínico, a análise mútua, procedimento ao qual teria se submetido a pedido de uma analisanda. Neste, os papéis, eventualmente, se invertiam e a paciente passava a analisá-lo (FERENCZI, 1932/1990).

Merece especial atenção salientar que os últimos textos de Ferenczi foram escritos de forma que se mantinha presente em sua mente a questão do trauma. Em sua obra, há a presença de uma teoria do trauma que ganhou contornos mais definidos nos últimos anos de sua vida (PINHEIRO, 1993). Seus experimentos inovadores se justificavam, em parte, pela permanente

busca do que acreditava ser os fatores traumáticos para o adoecer de seus pacientes. A concretização de ações violentas, às quais alguns de seus pacientes teriam sido submetidos na infância, aparece no *Diário Clínico* de modo a ganhar nossa credulidade. A retomada, em seu último trabalho apresentado no XII Congresso Internacional de Psicanálise em 1932, da antiga teoria da sedução, abandonada havia 35 anos pela Psicanálise, teria levado Freud a um profundo lamento; e Ferenczi, ao ostracismo ao qual foi relegado até pouco tempo (GAY, 1988/1989). Hoje, talvez, Ferenczi possa ser reconhecido por ter introduzido, definitivamente, o papel do objeto externo como estruturante da personalidade, portanto, também como possível promotor de traumatismo psíquico (FIGUEIRA, 1991; SANCHES, 1993).

Sendo essa a clínica – da primazia do traumático – que contextualiza as teorizações de Ferenczi e as consequentes “recomendações técnicas” dirigidas ao analista enquanto balizadoras de seu posicionamento subjetivo no âmbito de seu fazer – a saber: flexibilidade da técnica associativa, atitude de benevolência do analista favorecendo a transferência materna, reconhecimento dos erros do analista, proposição lúdica com os pacientes regredidos –, passemos a nos ocupar do texto de 1928, *Elasticidade da técnica psicanalítica*, no qual aparece o famosos “tato” e “sentir com” ferenczianos, não sem antes fazer uma consideração preliminar.

Sugiro que tomemos a dimensão da contratransferência que surge, através da abordagem totalística – que também é a de Ferenczi –, como “precipitados” identificados por Heimann e Racker. Estes seriam, em

Heimann, aquilo que identifica como uma espécie de sensibilidade do analista que deveria submeter-se, por sua vez, também, à regra de atenção equiflutuante; e em Racker, a identificação complementar que redundava na empatia e compreensão do paciente.

Tais “precipitados” estariam em consonância com o “tato” e o “sentir com” do texto ferencziano, pois fazem parte da dimensão positiva da contratransferência. Estamos, portanto, já distanciados da dimensão contratransferencial tão somente neurótica, patológica, e, até mesmo, apenas inconsciente. A observação de Figueira, citada a seguir, traduz meu posicionamento em relação às duas facetas do fenômeno contratransferencial, a positiva e a negativa:

Penso que, sem considerar o analista um ser superior e sem idealizar a análise do analista, deve-se esperar dele um nível melhor de elaboração de suas questões pessoais, de modo a não ter que fazer (tanta) análise através da relação com seu paciente. A palavra “tanta” aparece entre parênteses porque penso que só realmente uma inocência decorrente da falta de experiência clínica (e mesmo, ou principalmente, de vida), ou uma posição psicanalítica completamente ditada por uma vinculação religiosa com alguma escola analítica ortodoxa, poderia levar alguém a sustentar sinceramente e publicamente que isso jamais ocorreria a um verdadeiro analista. (FIGUEIRA, 1996, p.112)

Isso posto, passemos à análise da vertente positiva da contratransferência, conforme consagração da preservação do termo para referir-se àquela, salvo questionamentos a respeito de sua pertinência.¹⁴

Segundo Sanches (1994), a obra de Ferenczi iria caminhar gradualmente no sentido de tomar, cada vez mais, como fator estruturante da relação analítica, a personalidade do analista. O comparecimento desse fator ganhava relevância tal qual o reconhecimento da importância de um posicionamento subjetivo peculiar que se traduz na adoção de uma atitude de suspensão de juízos e valores, condição *sine qua non*, para a colocação em andamento da atenção equiflutuante.

Conforme enunciada como a contrapartida do analista na regra fundamental para fazer funcionar o método psicanalítico, a atenção equiflutuante já nos é de muito conhecida. Trata-se de uma injunção atitudinal e, portanto, em seu caráter universal, passível de adoção por todo aquele que almeja alcançar a posição de psicanalista diante de seu paciente. O mesmo já não pode ser afirmado a respeito do outro fator que Ferenczi traria ao comparecimento no processo analítico, a ponto de a ele referir-se como “equação pessoal” (FERENCZI, 1928/1992, p. 26). Acompanhemos seu raciocínio:

Seria verdade o que tantas pessoas afirmam, ou seja, que a compreensão dos processos que se desenrolam na vida

¹⁴ Kohut, por exemplo, mantém nítida distinção entre a capacidade empática do analista e os fenômenos contratransferenciais que lhe ocorrem. Para ele, a empatia diz respeito à personalidade do analista como um todo, enquanto que a contratransferência estaria relacionada às suas reações à transferência do paciente.

psíquica de outrem depende de uma aptidão particular a que se dá o nome de conhecimento dos homens, aptidão que, como tal, seria inexplicável e, portanto, intransmissível: assim, todo esforço para ensinar aos outros alguma coisa dessa técnica estaria de antemão condenado. Felizmente, não é nada disso. (FERENCZI, 1929/1992, p. 25)

Ferenczi dá continuidade a seu texto dizendo que a investigação metódica do psiquismo já era possível a partir da adoção das instruções previamente elencadas por Freud. Através da análise dos sonhos, atos falhos e da associação livre, haveria condições de apreender de um semelhante o que, antigamente, se tomava como aptidão especial de alguns. Considera, entretanto que, mesmo com o uso da técnica psicanalítica, acessada por todos psicanalistas, às vezes se tinha a impressão de que algo “[...] pouco definível em palavras [...]” (FERENCZI, 1928/1992, p. 26) seria atribuído a características individuais, o que chamou de “equação pessoal”.

Ferenczi valia que, após a instalação da segunda regra fundamental da Psicanálise, a saber, ser o próprio analista analisado, as particularidades pessoais haviam se dissipado sobremaneira. Com votos de que a observância da nova regra eliminasse as diferenças, apontou para os remanescentes da “equação pessoal” que poderiam fazer diferença na boa aplicação da técnica psicanalítica:

Se tentarmos hoje analisar esse remanescente ainda não resolvido da equação pessoal, e se estivermos em posição de ver muitos alunos e pacientes já analisados por outros

mas, em especial, se todos tiverem que se deparar, tão frequentemente quanto eu, com as consequências de seus próprios erros antes cometidos, então ser-nos-á concedido o direito de formular um juízo de conjunto sobre a maioria dessas diferenças e desses erros. Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de tato psicológico, 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. Como se vê, com a palavra “tato” somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. O tato, é a faculdade de “**sentir com**”, *Einführung*. (FERENCZI, 1928/1992, p. 27; grifo meu)

Com um “jogo de cintura” impressionante, Ferenczi atribui à personalidade do analista, que chama aqui “de equação pessoal” – pois não se trata de mais ou menos análise, os remanescentes estarão sempre aí – a maneira única que lidará com seus pacientes, seu “tato”.

Convém ressaltar, entretanto, que, se Ferenczi trata com simplicidade o elemento que introduz na análise – e, a meu ver, o faz a partir da clínica, não se preocupando com definições teóricas –, então, um grande desafio para a exploração de um termo emprestado da Filosofia é criado. Eu, do lado de cá, vejo-me assoberbada pelo grande salto em relação ao

plano epistemológico! Não me pergunto sobre o “tato”, mas sobre a simples resposta de Ferenczi a respeito do que seria o “sentir com”.

Buscando compreensão através de estudiosos que puderam orientar-me, encontrei, primeiramente, em Kupermann (2003), que *Einfühlung*, empatia, em português, seria melhor traduzido por “sentir dentro”, enquanto que *Mitgefühl*, utilizado por Ferenczi em seu *Diário Clínico* (1932), seria simpatia e, propriamente, o “sentir com”.

Kupermann (2003), em um posicionamento que toma o uso do termo *Einführung* como tendo o mesmo sentido expressivo em Freud e Ferenczi, apresenta-nos um trabalho de Pigman (1995) no qual o último especulará a respeito do uso do termo em Freud.

Segundo Pigman (1995), “empatia” é um termo originário da estética, designando a projeção do sentimento humano sobre o mundo natural. Theodor Lipps, filósofo de quem Freud conhecia e admirava a obra, teria transferido o uso da “empatia” para a questão psicológica do entendimento de outros *selves*. Pigman (1995) assinala que a concepção de *Einfühlung* já aparece em 1905, em *Chistes e sua relação com o inconsciente*, mantendo, porém, um viés fortemente intelectual através de toda obra freudiana, na qual o termo aparece em uma frequência bem maior do que os leitores da Standard Edition têm conhecimento.¹⁵ Segundo o entendimento de Pigman (1995), Freud considera *Einfühlung* um processo intelectual, e não emocional, um processo que nos permite, sobretudo, conhecer os outros.

¹⁵ A opção da tradução de *Einfühlung* para outros significados diferentes se justificaria pela recente – na época – expansão do termo para referir-se a um processo inter-humano (PIGMAN, 1995).

Pigman (1995) aponta que Lipps, fielmente adepto da tradição cartesiana, que concebe a separação radical entre sujeito e objeto, perguntando-se a respeito de como conseguimos compreender os outros, responderia:

Meu entendimento das expressões vivas dos outros está baseado no impulso instintivo para a imitação, por um lado, e no impulso instintivo para expressar minhas próprias experiências psíquicas de uma maneira diferente, por outro lado. (LIPPS apud PIGMAN, op. cit., p.28)

Em correspondência trocada entre Freud e Ferenczi, exatamente a respeito do artigo de 1928, *Elasticidade da Técnica Psicanalítica*, Pigman (1995) destaca a concordância do último com o caráter intelectualizante do uso da empatia adotado por Freud. O pesquisador comenta que Ferenczi apressara-se em concordar com o caráter pré-consciente e racional que Freud, na apreciação do referido artigo, dera à empatia.

Opinião bastante diferente apresenta Mautner (1993) a respeito da inspiração para o uso de *Mitfühlen* por Ferenczi, em seu *Diário Clínico* de 1932. Contextualizando o momento histórico da produção de Ferenczi, Mautner aponta para o clima de euforia reinante no pós-guerra, no qual quase todos estavam engajados em algum tipo de fé. A psicanalista diz que a ideia do “sentir com” planava juntamente com outras ideias, encontrando-se o uso da referida expressão entre os fenomenólogos. Mautner sugere que Ferenczi tenha captado tais ideias, pois começa a usar da noção de

“simpatia”, vista como uma etapa do desenvolvimento humano. É a respeito da fenomenologia de Scheler que a psicanalista considera uma possível influência no pensamento de Ferenczi. Diz ela:

[...] Podemos imaginar o homem e a sociedade tendo que passar obrigatoriamente por etapas de desenvolvimento. A Medicina descreve as etapas biológicas; o pedagogo, as etapas de aprendizagem; o filósofo observou que a relação da pessoa com o outro não se apresenta pronta, ela sofre várias transformações no decorrer da vida, apesar de termos as condições para que as etapas ocorram. A compaixão não pode se manifestar em um homem que não sabe imitar, reproduzir. Não sou capaz, nem creio que fosse o caso, de desenvolver todas as etapas descritas, por exemplo por Scheler, para chegarmos ao amor acósmico de Deus. Mas assim como todas as etapas de desenvolvimento, estas e outras se baseiam no fato de a anterior ser necessária para a implantação da próxima. Essa construção – etapas – está perfeitamente inserida no clima de fé da humanidade, no progresso e na possibilidade da felicidade. Dentro desse clima inserem-se fenomenólogos, marxistas, neopositivistas e psicanalistas [...]. “Sentir com” é um conceito que aparece na fenomenologia e que em Max Scheler tem seu ponto final das etapas de desenvolvimento “no amor a Deus” [...]. São, pois, Fenomenologia e Psicanálise plantas diferentes, nutridas tão somente por um mesmo solo. (MAUTNER, 1993, p. 10)

Mautner também aponta para as ideias orientais que pairavam na Europa naquela época e que poderiam ter chegado a Ferenczi através de Groddeck, seu médico pessoal, com quem se correspondia. Groddeck

apresentava uma concepção holística do soma, distanciada das ciências biológicas ocidentais (MAUTNER, 1993).

Seriam necessários estudo e aprofundamento bem maior para fazer opções em relação às influências filosóficas da obra ferencziana. Em concordância com o uso das expressões a partir de seu mestre, como aponta Kupermann (2003), talvez Ferenczi não tenha se mantido refratário às influências orientais e fenomenológicas como sugere Mautner (1993).

No âmbito deste trabalho, considero relevante perceber que “o sentir dentro” – empatia – e o “sentir com” – simpatia – parecem ter sido adotadas por Ferenczi como forma de conduta para ofertar a disponibilização máxima e íntima de sua própria subjetividade para a compreensão da experiência emocional de seus pacientes. Até a ocasião de sua morte, o revolucionário psicanalista evoluiria no reconhecimento da importância dos gestos de solicitude e devoção na prática clínica, não se abstendo do uso de palavras, para referenciar tal posicionamento, fortemente carregadas de poder afetivo e pouco familiarizadas com a linguagem psicanalítica tradicional e mesmo acadêmica. Vejamos alguns exemplos que aparecem em seu *Diário Clínico* (1932/1990):

Resta lançar no meu ativo o fato de que acompanho os meus pacientes o mais longe possível e, com a ajuda dos meus próprios complexos, posso chorar com eles. Se adquiro, ademais, a capacidade de reprimir, no momento certo, a emoção e a exigência de descontração, então posso

prever o êxito com segurança. (FERENCZI, 1932/1990, p. 97)

Aliás, nenhuma análise poderá ter êxito se não chegarmos, no seu decorrer, a amar realmente o paciente. (p. 171)

Depois que examinei mais a fundo as causas das minhas simpatias e antipatias, uma grande parte pôde ser atribuída a uma fixação infantil no pai e no avô, com a correspondente misoginia. Correlativamente, um recrudescimento sensível da minha compaixão por essa pessoa martirizada quase até a morte e, ainda por cima, acusada injustamente. (p. 199)

A compreensão é necessária para poder utilizar a simpatia no momento adequado (análise) e da melhor maneira. Sem simpatia, não há cura (no máximo, uma visão geral sobre a gênese do sofrimento). (p. 248)

A presença de alguém com quem se possa compartilhar e a quem se possa comunicar a alegria e o sofrimento (amor e compreensão), CURA o trauma. A personalidade é reunificada, "CURADA". (p. 248)

É o ódio ao doente que se encontra por trás da amabilidade hipócrita do médico. É preciso despertá-lo e conduzi-lo até às causas (internas); só então se pode ajudar – compartilhar e comunicar o seu próprio sofrimento, e compartilhar o sofrimento de outrem. Quando se está saciado e sem avidez, querer, sentir e agir bem são coisas inteiramente naturais. (p. 249)

O que se pode observar nas citações anteriores é que Ferenczi apresenta a abertura de uma outra perspectiva a ser apreciada a respeito

dos fenômenos que se passam com o analista. Suscitadas pelo contato com o paciente, compreendido por ele como traumatizado, surgem respostas emocionais que reivindicam ao analista a disponibilização de seus afetos. A tais afetos, de uma ordem muito específica, Ferenczi já não consegue mais fazer referência através da terminologia técnica psicanalítica, pois se trata de colocar em andamento sua potência amorosa.

Temos, então, a partir de Ferenczi, nas considerações a respeito dos fenômenos que se passam do lado do analista na clínica, além dos aspectos indesejáveis da contratransferência – elementos negativos e patológicos que ele, aliás, aconselhava compartilhar com o paciente –, o comparecimento de sua personalidade, porém com a exigência de competências muito específicas, a capacidade de empatizar, simpatizar, amar. Estamos, portanto distantes de um posicionamento clínico que requer apenas orientações técnicas possíveis de serem aprendidas.

Como já observado anteriormente, alguns estudiosos vêm apontando pontos de convergência¹⁶ no pensamento e estilo de trabalhar de Ferenczi e Winnicott (FIGUEIRA, 1991; PEREIRA; TEIXEIRA, 1995; ROUSSILLON, 2000; FIGUEIREDO, 2002; DUPONT, 2003; STEWART, 2003;

¹⁶ A influência direta do pensamento de Ferenczi nos desenvolvimentos winnicottianos não é totalmente esclarecida. Figueiredo (2002) esclarece que os escritos do psicanalista húngaro não foram traduzidos para o inglês antes de 1955. Naquela ocasião, grande parte das principais ideias de Winnicott já se encontrava concebida. Supõe-se, dessa maneira, que Winnicott tenha conhecido a obra de seu antecessor através da mediação dos Balint, discípulos daquele, com quem convivia na Sociedade Britânica de Psicanálise. Uma única menção à obra de Ferenczi é feita por Winnicott em texto de 1959-64, intitulado *Classificação: existe uma contribuição à classificação psiquiátrica?*. Todavia mantêm-se a dúvida a respeito do conhecimento efetivo de Winnicott a respeito da produção ferencziana, levando-se, por conta disto, a hipótese de uma espécie de recriação de concepções semelhantes.

KUPERMANN, 2006; SAFRA, 2007), colocando-os no âmbito de uma mesma tradição. Um dos notáveis pontos de similaridade entre a obra dos dois pensadores se alojaria, exatamente, na ideia da centralidade do trauma e do ambiente externo como constitutivos do desenvolvimento psíquico e da formação psicopatológica.¹⁷

Vejamos como essas questões se dão no pensamento winnicottiano, bem como se encaminha sua compreensão a respeito do estabelecimento do campo transferencial.

Através do estudo do sofrimento psicótico, Winnicott chegará a teorizar o trauma como o resultado de invasões vindas do ambiente externo, que obrigariam o bebê a interromper sua continuidade de ser para reagir à falha ambiental. Dessa maneira, constituir-se-iam as formações psicopatológicas que distanciariam o indivíduo de sua criatividade, submetido que está às imposições ambientais. Nessas circunstâncias, seria acompanhado dos sentimentos de vazio e de não sentir-se real.

Com o cuidado que ele recebe da mãe, cada lactante é capaz de ter uma existência pessoal e, assim, começa a construir o que pode ser chamado de continuidade de ser. Na base dessa continuidade do ser, o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactante. Se o cuidado materno não é suficientemente bom, então o lactante realmente não vem a existir, uma vez que não há a continuidade do ser; ao invés a personalidade, começa a se

¹⁷ Para Stewart (2003), essa ideia aparece como de fundamental importância no pensamento de vários psicanalistas da tradição independente.

construir baseada em reações a irritações do meio.
(WINNICOTT, 1960b/1983, p. 53)

E, ainda, do ponto de vista das experiências sentidas como invasões,
dirá que:

Neste lugar, que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o potencial herdado está se tornando uma continuidade do ser. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilação são as duas alternativas. O ambiente tem, por isso, como principal função, a redução ao mínimo de irritações a que o lactante deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal.
(WINNICOTT, 1960b/1983, p. 47)

É depositado no ambiente externo, suficientemente bom, manifesto através da figura materna, portanto, que se encontra a possibilidade do andamento de um desenvolvimento emocional, sem ocorrência de invasões determinantes da condição traumática. Foi no contexto dessa matriz clínica que Winnicott concebeu o campo transferencial como similar ao encontro vital entre a mãe e o bebê.

Se podemos aprender com as mães e bebês, podemos começar a aprender o que é que os pacientes esquizóides precisam de nós em seu tipo especial de transferência, no decorrer do tratamento [...]. Essencialmente, porém, é a partir das mães e dos bebês que aprendemos sobre as necessidades dos pacientes psicóticos, ou de pacientes que atravessam fases psicóticas [...]. Pois o que a mãe faz,

quando o faz suficientemente bem, é facilitar os processos de desenvolvimento do bebê, tornando-lhe possível, até certo ponto, realizar o seu potencial hereditário. (WINNICOTT, 1968b/1999, p. 90)

Claramente posicionado a partir de um modelo de matriz relacional para pensar a constituição da subjetividade (GREENBERG; MITCHELL,1994), Winnicott delegará à mãe, ou ao substituto materno, em sua dimensão de externalidade – não se tratando, portanto, de um objeto interno –, o desenrolar do desenvolvimento do *self* de seu filho. Na clínica winnicottiana, será o paradigma mãe-bebê que protagonizará o campo transferencial no qual acontecerão as intervenções que se diferenciam daquelas relativas ao manejo e atenção ao paciente neurótico:

Esse trabalho exige muito do analista, em parte porque ele deve ser sensível às necessidades do paciente e estar disposto a fornecer uma situação que dê conta dessas necessidades. Pois o analista não é, afinal de contas, a mãe natural do paciente. (WINNICOTT,1955-6/2000, p. 397)

Winnicott assinalará, ainda, que esse delicado e devotado trabalho pode mesmo nem vir a ser reconhecido pelo paciente, pois “[...] no trabalho que estou descrevendo, o contexto torna-se mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro.” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395). Dessa maneira, complementa que:

Não devemos esperar que os êxitos na adaptação sejam reconhecidos, pois estes não são percebidos como tais num nível mais profundo. Embora não tenhamos como trabalhar sem as teorias que construímos em nossas discussões, esse tipo de trabalho inevitavelmente nos colocará na condição de farsantes, caso tentemos entender as necessidades do paciente como uma questão mais de intelecto que do psicossoma. (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 398)

Proponho, neste momento, pensarmos que, se a psicopatologia é tomada por Winnicott como resultado da falha ambiental e, a partir dessa concepção, emerge o protótipo do lugar do analista como paradigmático da função materna, caberia a adoção da mesma posição transferencial para outros tipos de sofrimentos existenciais nos quais o comparecimento de elementos da realidade externa, com potencial traumático, fosse constitutivo. Pode-se postular que a soropositividade, enquanto grave condição especial de saúde, pode ser tomada como uma invasão ambiental com grande potencial para vivências de desintegração, atingindo a experiência de continuidade de ser.

No próximo capítulo, serão apresentadas mais amiúde, em articulação com a clínica da soropositividade, as tarefas maternas, inspiradoras para a atuação do analista quando se depara com o sofrimento humano originário na ameaça da integração do *self* por potências invasivas. Através da colocação em andamento dessas condutas clínicas, consubstancializa-se a devoção ao atendimento das necessidades dos pacientes, promovendo o devir humano.

Configurando o campo clínico relacional através do protótipo das relações mãe-bebê, será compreensível que Winnicott tome o fenômeno contratransferencial por esse mesmo vértice. Suas comunicações formais a respeito do tema, no entanto, só deixarão isso claro se acompanhadas mais precisamente. Visitemos os textos nos quais nosso interlocutor tomará a contratransferência como objeto de suas considerações.

Em 1947, no artigo intitulado *O ódio na contratransferência*, Winnicott (1947/2000), nos oferece uma classificação dos fenômenos contratransferenciais:

1 – Anormalidade nos sentimentos contratransferenciais, e relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos do analista. O comentário a este respeito é de que o analista precisa de mais análise, e costumamos acreditar que trata-se de um problema menos grave entre os psicanalistas do que entre os psicoterapeutas em geral.

2 – As identificações e tendências oriundas da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista, que fornecem as bases positivas do seu trabalho analítico e tornam esse trabalho diferente do de outros analistas.

3 – Destes dois tipos de fenômenos, eu distingo a contratransferência verdadeiramente objetiva ou, se isto for difícil, o amor e o ódio do analista em relação à personalidade e ao comportamento reais do paciente, com base numa observação objetiva. (WINNICOTT, 1947/2000, p. 278)

A ideia contida no primeiro item classificatório não é nova; trata-se da própria concepção de origem freudiana para a contratransferência, que o fundador da Psicanálise reconheceu tão a contragosto. No segundo item, surge algo que retoma a ideia ferencziana da “equação pessoal” (FERENCZI, 1928/1992), o que, no grupo de pesquisa ao qual pertencemos, temos referido como a expressão da “pessoalidade” do analista. O terceiro item traz, no entanto, uma ideia inovadora, a da contratransferência objetiva.

Tomando a clínica da psicose para ilustrar sua proposição, Winnicott nos dirá que o analista que trabalha com psicóticos, necessariamente, se defrontará com a emergência de seu próprio ódio, que, inevitavelmente, invadirá o campo relacional. A seu ver, não seria possível ao analista manter latentes, ou ignorados, sentimentos contratransferenciais que representarão, em certos momentos, o elemento central da análise. Denominou de “contratransferência objetiva” o conjunto de reações emocionais que determinada situação clínica específica, justificadamente, motiva no analista. Vejamos em suas palavras a maneira como concebe a “lida” com os sentimentos evocados pelo processo analítico no próprio analista, ilustrado aqui pelo ódio emergente na relação com o psicótico.

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar. Acima de tudo, ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num

lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação [...]. Uma das tarefas mais importantes na análise de qualquer paciente é a de manter a objetividade em relação a tudo aquilo que o paciente traz, e um caso especial desse tema é a necessidade de o analista ser capaz de odiar o paciente objetivamente. (WINNICOTT, 1947/2000, p. 279)

Essa faceta do fenômeno contratransferencial, apontada por Winnicott, é de fundamental importância quando nos deparamos com uma clínica de demandas muito específicas. O reconhecimento e identificação da qualidade dos afetos contratransferenciais emergentes a partir do paciente e de sua problemática constituem-se em determinantes para a condução da situação analítica. Somente inteirado de tais afetos, pode o analista permanecer como presença integrada no encontro clínico.

O analista deve estar preparado para suportar a tensão sem esperar que o paciente saiba coisa alguma sobre o que ele está fazendo, talvez por um longo período de tempo. Para consegui-lo, ele deve ter facilidade em dar-se conta de seu medo e de seu ódio. Ele se encontra na mesma posição da mãe de um bebê recém-nascido ou ainda não nascido. (WINNICOTT, 1947/2000, p. 282)

O texto winnicottiano de 1947, embora traga a inovadora contribuição da contratransferência objetiva, ganhou notoriedade na comunidade psicanalítica em função da ilustração eleita para tal noção tratar-se da legitimidade do ódio contratransferencial emergente na clínica da psicose. A partir de certo ponto da comunicação, Winnicott passará a falar do próprio

ódio, presente nas relações entre a mãe e o bebê, protótipo das relações analíticas. O impacto da ousada afirmação sobre o ódio da mãe por seu bebê e o ódio do analista por seus pacientes acabou por absorver a atenção dos leitores do referido texto, ainda que Winnicott o tenha feito de maneira espirituosa, levando-nos a uma natural aceitação de seus argumentos.

Quando retorna ao tema da contratransferência em um artigo de 1960, intitulado “Contratransferência” (WINNICOTT, 1960/1983), o próprio Winnicott fará a observação de que o trabalho anterior referia-se mais à questão do ódio do que ao fenômeno contratransferencial. Talvez isso se dê porque é em 1960 que o pesquisador se posicionará mais claramente em relação ao uso que o analista deve fazer de suas próprias reações emocionais emergentes no contexto clínico. Embora, em 1947, tenha trazido a preciosa noção da contratransferência objetiva, Winnicott atingiria o âmago de seu posicionamento em relação à questão contratransferencial no trabalho de 1960.

Como de costume, inicia seu diálogo com o leitor contemporizando com a tradição e recoloca a transferência e, conseqüentemente, a contratransferência de acordo com as conceituações originárias. Winnicott defende a ideia de que a atitude profissional coloca certo distanciamento entre analista e paciente de modo que o primeiro não afete o segundo com seus conteúdos pessoais, ainda que se mantenha emocionalmente vulnerável. Ele concluirá:

Na medida em que isso tudo é correto, o significado da palavra “contratransferência” só pode ser o de aspectos neuróticos que estragam a atitude profissional e perturbam o curso do processo analítico determinado pelo paciente. (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 148)

Porém, prossegue:

Na minha opinião, isto tudo é correto, exceto nos diagnósticos de pacientes de certo tipo [...]. O tema sob discussão poderia ser intitulado o papel do analista, é este papel que pode variar de acordo com o diagnóstico do paciente. (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 148)

Winnicott passa, então, a discorrer sobre a posição do analista, seu papel, como citado acima, na clínica dos distúrbios *borderlines*, para os quais julga a palavra “psicose” mais apropriada do que “neurose”. Tal posição ditaria que “[...] o analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente.” (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 149).

A partir da colocação do lugar do analista em função do diagnóstico do paciente, ou seja, da problemática que exige a abertura para um posicionamento de oferta transferencial determinado, é que Winnicott, claramente, demonstra ser adepto ao modelo totalista em relação aos fenômenos contratransferenciais, embora sugira nomeação diversa do termo “contratransferência” para se referir as respostas emocionais do analista.

Não seria melhor, neste ponto, deixar o termo “contratransferência” voltar a seu sentido do que esperamos eliminar por seleção, análise e treinamento de analista? Isto nos deixaria livres para discutir as muitas coisas de interesse que analistas podem fazer por pacientes psicóticos que estão temporariamente regredidos e dependentes, para os quais se poderia usar o termo de Margaret Little: “a resposta total do analista às necessidades do paciente”. Sob este título ou outro similar há muito para se dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica de seu paciente no *self* do analista, e do efeito disto na atitude profissional do analista. (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 151)

Nessa afirmação, Winnicott retorna ao uso originário do termo “contratransferência”, ou seja, os entraves pessoais do analista suscitados por determinado paciente que podem interferir no processo. Nessa medida, é possível supor que os outros dois itens classificatórios levantados no texto de 1947 – a personalidade do analista e a contratransferência objetiva – deveriam ser acomodados em outra denominação e compor um campo reflexivo maior. Winnicott sugere que esse campo reflexivo seja designado pela “resposta total do analista às necessidades do paciente” (WINNICOTT, 1960a).

Segundo Safra (2007), na verdade, já com Ferenczi se inaugura um modelo psicanalítico fenomenológico, no qual os conceitos não são fruto de

excessivas abstrações, apresentando-se colados à experiência vivida.¹⁸ Nesse modelo, o exercício clínico, fundamentado na experiência, traz o reconhecimento das necessidades daquilo que não foi vivido, deixando de gravitar unicamente ao redor do desejo. À análise do desejo que busca o conhecimento, o *insight*, o desvelamento das representações, subjaz essa outra urgência clínica: a contemplação das necessidades, daquilo que não se consumou na experiência concreta do paciente.

Safra (2007) assinala que a construção conceitual da transferência surgiu para dar conta de eventos passíveis de serem tomados no âmbito da clínica das representações, na qual se trabalha no registro do passado, do já vivido. Safra aponta que, na clínica da necessidade, habitamos o território do não vivido; portanto, a nomeação dos fenômenos que acometem o analista em sua abertura para o outro seriam mais da ordem de um “lugar a ser, por ele, ocupado”. O não vivido só pode aparecer no campo transferencial enquanto anseio, a ser captado pela compreensão empática do analista (SAFRA, 2007).

A outorga de legitimidade desse anseio, reconhecido empaticamente pelo analista, é dada a partir de um olhar que contempla o *ethos* humano. Estamos aqui, portanto, para além do psiquismo.¹⁹ O reconhecimento de necessidades humanas, exigirá do analista pensar a clínica como um lugar

¹⁸ Lembre-se o leitor da consonância de nosso pensamento com a observação de Safra quando assinalamos nossa afinidade com a leitura dramática politzeriana da Psicanálise.

¹⁹ Vale lembrar que Winnicott refere-se à evolução do indivíduo de forma a este processo contemplar aspectos relativos ao psicossoma, à personalidade, à mente, à formação do caráter e à socialização. Tal ideia encontra-se em texto intitulado “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico” (1954/2000).

no qual a pessoa do paciente será considerada em sua totalidade (SAFRA, 2007).

Para Safra (2007), essa faceta da esperança a ocupar o campo transferencial, inaugurada por Ferenczi, diferente do lugar da repetição e das representações, se fará presente de maneira marcante no trabalho e obra de Winnicott.

Vaisberg também aponta em suas comunicações que, para Winnicott, o lugar primordial transferencial do analista será aquele ocupado por alguém que permanentemente buscará favorecer a continuidade de ser (VAISBERG, 2002, 2004). Nesse sentido, paradigmaticamente, inspirado no lugar materno. É na promoção do devir humano que se concentra a essência da função materna. Seu exercício a contento só poderá realizar-se se a mãe seguir na manutenção contínua de ser si mesma e se puder contemplar desde sempre a alteridade de seu bebê, ofertando seu rosto como espelho para que ele possa aperceber-se a si mesmo (WINNICOTT, 1967/1975).

Proponho pensarmos que, na busca do analista pelo lugar transferencial similar ao da mãe junto a seu paciente, teríamos, nesses dois princípios orientadores para a realização da função materna, o que Winnicott assinalou como itens classificatórios para que se pense a contratransferência em 1947, além do item que aponta para os entraves do analista. Ao primeiro princípio, a manutenção da mãe sendo ela mesma corresponderia a presentificação da personalidade do analista nos processos que conduz. Ao segundo princípio, a possibilidade de ser rosto/espelho que reflete o que está

lá para ser visto, contemplando, desde o princípio, a alteridade em seu bebê, corresponderia à observância da contratransferência objetiva.

Neste debate, que retoma a problemática da contratransferência, posiciono-me de acordo com o paradigma que a toma como “lugar transferencial” inspirado na função materna enquanto promotora do devir humano. Para o exercício da clínica do favorecimento da continuidade de ser, como psicóloga/ psicanalista, sigo sendo eu mesma e observando o que há de próprio, de peculiar, no tipo de sofrimento emocional de determinado paciente.

Dessa maneira, portanto, manifesto meu aceite quanto à existência da contratransferência objetiva, que, em sua concepção, guarda a ideia de que diferentes tipos de sofrimento existencial farão emergir no analista, enquanto resposta contratransferencial, diferentes tipos de configurações de sentido afetivo-emocional.

Acredito que a contratransferência objetiva na clínica da soropositividade assume uma configuração compassiva; fenômeno que, a meu ver, ganha expressão em dois planos. Um deles é o da própria ocorrência emocional, vivida psicologicamente pelo analista na relação que estabelece com a singularidade do paciente, em registro ôntico. Na medida em que a vulnerabilidade para ser afetado em campo relacional é mantida, surge a compaixão. O segundo plano que compõe o fenômeno compassivo, constituindo o campo contratransferencial, é o plano ético. Neste, em registro

ontológico,²⁰ é a alteridade do paciente enquanto outro/semelhante que será contemplada compassivamente, permitindo, através da assunção da atitude ética, criar condições para que o ser doente habite o mundo dos homens. A postulação desses dois planos incidentes na compaixão, que se faz presente no campo do encontro da sensibilidade do analista com o sofrimento vivido pelo paciente doente, demandará, futuramente, maiores aprofundamentos em relação ao modo como hoje se concebe a contratransferência.

Na sequência do texto, o termo “contratransferência” continuará a ser utilizado para fazer referência aos eventos subjetivamente experienciados pelo analista no contato com seu paciente em concordância com a denominação mais universal no campo psicanalítico.

²⁰ A ordem ontológica refere-se às determinações comuns a todos os seres (LALANDE, 1926/1999), enquanto a ordem ôntica refere-se ao existente, ao que é em si mesmo. Essa distinção foi ressaltada por Heidegger (ABBAGNANO, 1971/2007).

IV - DESCREVENDO O CONTEXTO INSTITUCIONAL

As páginas seguintes pretendem informar a respeito do contexto institucional, que viabilizou o encontro com inúmeras pessoas, de diversas idades e diferentes condições socioculturais e econômicas, que padecem do mesmo mal, favorecendo, assim, a construção do próprio contexto investigativo. A atuação como psicóloga/psicanalista em Saúde Pública, em um programa destinado ao tratamento de pessoas doentes de aids ou que vivem com HIV, proporcionou-me ocupar um “posto” privilegiado para a observância dos fenômenos clínico-relacionais emergentes no cuidado psicológico dedicado a essas pessoas e sobre os quais me debrucei como pesquisadora.

Embora essa oportunidade tenha concedido o contato com o sofrimento emocional do soropositivo em profusão, não creio que os fenômenos observados guardem fidelidade de aparição ao contexto institucional nem aos enquadres interventivos diferenciados, que serão apresentados mais à frente, dos quais fiz uso. O contexto institucional apenas possibilitou perceber a repetição regular do elemento compassivo em minhas manifestações subjetivas em tempo mais breve do que talvez fosse possível em uma prática em consultório privado atuando com enquadres tradicionais. Nesse outro contexto, estaria à mercê do eventual e pouco provável acúmulo significativo de processos psicoterapêuticos conduzidos

nos quais a condição especial de soropositividade dos pacientes estivesse presente, ausentando-se a vantajosa oportunidade de abundante convívio concedido pelo exercício profissional em uma referência pública para o tratamento de soropositivos e doentes de aids que proporcionou a elaboração de minha hipótese.

O termo “contratransferência”, usado no título do trabalho, como já explicitado no capítulo dedicado às estratégias metodológicas adotadas neste estudo, evidencia a Psicanálise como referencial teórico que orienta e alimenta a atuação terapêutica, a investigação e as reflexões originárias da adoção das duas operações anteriores. Por sua vez, a presença do termo “cuidado psicológico” aponta para o uso diferenciado daquela.

Segundo Herrmann (1979/2001), a invariante primordial da Psicanálise assenta-se em seu método, de natureza eminentemente heurística, buscando o sentido emocional para as condutas humanas. Os desenvolvimentos de Herrmann proporcionaram a possibilidade de pensar e, portanto, atuar a clínica psicanalítica para além dos modelos tradicionais vinculados a suas origens, criando um desprendimento libertador para inovações das práticas clínicas.

Essas considerações iniciais se fazem necessárias para assinalar que habitaremos o território da clínica psicanalítica extensa.

São muitas as tarefas atribuídas aos profissionais que compõem a equipe de cuidados aos pacientes soropositivos nas referências públicas, sejam adultos ou crianças e jovens. Cada profissional tem sua atuação determinada por sua formação acadêmica, sendo mais ou menos óbvio que,

aos médicos, compete o cuidado da clínica médica: exames clínicos, consultas, interpretação de exames laboratoriais etc.; ao pessoal do Serviço Social compete o acompanhamento e possíveis intervenções na administração da vida pragmática e cotidiana daqueles que vivem em condições mais precárias, pois se sabe que, no Brasil, a epidemia tomou o rumo da pauperização (PARKER; CAMARGO, 2000).

O pessoal do Serviço Social acaba por assumir também a orientação daqueles que se encontram em condições sociais estáveis, no que diz respeito, por exemplo, à orientação em relação aos direitos previdenciários. À equipe de Enfermagem cabe a parte relacionada à administração de medicamentos, coleta de sangue para realização de exames de monitoramento etc. De todos, no entanto, espera-se que possam atuar em orientação e suprir o paciente de informações necessárias, seja em seu cuidado pessoal, seja em relação a condutas que possam comprometer a saúde alheia, visto que se está lidando com uma enfermidade infecto-contagiosa. Para essa finalidade e responsabilidade, compartilhada por toda equipe, há a constante oferta de atualizações patrocinada pelos órgãos governamentais.

As referências públicas municipais, destinadas ao tratamento de pacientes HIV(+s) e doentes de aids, também atuam como um braço, em nível municipal, do Programa Nacional DST/Aids e, assim, seguem padronizações, consensos e preconizações de ações determinadas pelo Ministério da Saúde, na área da assistência ao cidadão brasileiro que vive na condição de soropositividade, nos programas de prevenção à população em

geral e às populações consideradas mais vulneráveis e, enfim, ao controle epidemiológico. Entre as condições ideais estabelecidas pelas políticas públicas, encontra-se a expectativa de que as referências sejam, minimamente, compostas de uma equipe profissional básica de cuidados, com a presença das seguintes especialidades: Infectologia, Enfermagem, Assistência Social e Psicologia.

Encontramo-nos, enfim, com nossa inserção na equipe de cuidados, sendo possível, agora, formular as seguintes perguntas: O que se espera do psicólogo? Quais seriam as ações para ele preconizadas? Existem tarefas a ele atribuídas?

Tentemos nos aproximar de tais respostas, pois é preciso compreender que a construção de práticas nesse “território” configura-se em um novo e permanente desafio, uma vez que a atuação de psicólogos e psicanalistas na área das doenças orgânicas, seja em Saúde Pública ou em clínica privada, não conta com um suporte teórico específico criado especialmente para tal.

Tradicionalmente, todo corpo teórico em saúde mental tem como objeto de estudo o psiquismo e suas patologias. Aqui, precisamos pensar o ser humano em sua constituição plural. Este, adoecido fisicamente, apresenta, na dimensão psicológica, a expressão de seu padecer orgânico, em intersecção com sua presença no mundo. Essa leitura blegeriana (BLEGER, 1963/2007), torna-se ainda mais relevante no caso da patologia em questão, atravessada, sobremaneira, socialmente pela manutenção do estigma e da discriminação, conforme demonstram pesquisas atuais

relacionadas às representações sociais referentes às questões da soropositividade (TORRES; CAMARGO, 2008; OLIVEIRA; COSTA, 2007; CASTANHA; ARAÚJO, 2006).

Por outro lado, o alcance da sobrevida conquistado pela terapia antirretroviral,²¹ assemelhando a soropositividade a uma condição crônica de agravo de saúde, coloca-nos a tarefa de acompanhar nossos pacientes, dentro dos equipamentos públicos, por um longo tempo. Lá estarão eles, vivenciando eventos característicos da doença geradores de angústias, bem como etapas convencionais do desenvolvimento humano atravessadas pela condição especial de saúde, aumentando, assim, significativamente o grau de complexidade das experiências desencadeadas habitualmente nessas etapas.²² Evidencia-se, assim, o próprio foco eleito deste estudo, a saber, o acompanhamento do adolescer de crianças soropositivas. Indubitavelmente, temos, nessa clínica, uma vivência mais singularizada e mais complexa dessa etapa do desenvolvimento humano, tanto física como emocionalmente.

Voltando à tentativa de responder às perguntas anteriormente enunciadas, temos, então, a título de exemplo, que se espera do psicólogo que auxilie as famílias e a criança ou jovem a fazer-se conhecedora de sua condição. Em outras palavras, em determinado momento da evolução e

²¹ Medicação combatente dos retrovírus, como é o caso do HIV. Os antirretrovirais usados no tratamento do doente de aids são prescritos sempre de forma reunida em um conjunto de três drogas, das quais o paciente se beneficia pelo uso simultâneo. A terapia antirretroviral combinada – TARV – é conhecida pelos leigos como coquetel.

²² Refiro-me aqui à puberdade e adolescência, à constituição de parcerias amorosas e vínculos matrimoniais, à maternidade e paternidade, aos eventos próprios da maturidade, como a menopausa nas mulheres e o declínio do vigor sexual nos homens e, enfim, ao envelhecimento.

crescimento da criança, a comunicação de seu diagnóstico se faz necessária. Muitas vezes, a consumação da revelação é feita por um familiar ou pelo médico de controle, mas, dentre as ações de Saúde Mental em DST/Aids, preconiza-se que a criança esteja em acompanhamento psicológico para que seja preparada para tal evento. Entende-se que a revelação deva ocorrer em um contexto processual e que seja efetivada por um familiar ou profissional da equipe de cuidados que tenha vínculo de confiança estabelecido com a criança ou jovem. Em nosso serviço, essa tarefa tem sido atribuída ao psicólogo.

Parece ser consensual que, entre as diversas tarefas que se concretizam nessa clínica de acompanhamento, o psicólogo se ocupe, como função primordial, do cuidado do paciente no que diz respeito à dimensão emocional, em função do que pode ser emergente a partir dos aspectos relacionados ao viver de uma séria e grave patologia orgânica com características de cronicidade e poder de letalidade. Muitas vezes, a intervenção se dá em função de alguma angústia específica experimentada pelo paciente; enquanto outras, reveste-se de caráter profilático ou medida de cautela, tamanha a intensidade de afetos envolvidos em alguns eventos pontuais relacionados à doença ou ao tratamento.²³ Envolvidos com nossos

²³ Tais eventos potencialmente desencadeantes de angústias, vivenciados diversamente pelos pacientes em função de sua singular subjetividade, relacionam-se à ocasião do diagnóstico e sua revelação para familiares. O início da terapia antiretroviral e a mudança de medicações, quando necessária, também costumam gerar angústia, bem como o adoecimento por alguma infecção oportunista. Particularmente sofrido é o surgimento ocasional da síndrome lipodistrófica. Consequência da doença e do uso de alguns antiretrovirais, a lipodistrofia acarreta a migração de gorduras da região dos membros superiores, membros inferiores e da face para as regiões abdominal e cervical, criando uma *faceis* peculiar do paciente com aids. Problemas relacionados à virulência da infecção em

pacientes no convívio cotidiano e na intimidade concedida pelo acompanhamento psicológico, imergimos no mesmo campo de intensos afetos que, por vezes, ganham características de dor e sofrimento existencial.

Certamente, espera-se, tanto do psicólogo como de qualquer outro membro da equipe, a apropriação de atualizações que o tornem capaz de orientar pragmaticamente o paciente em relação a algumas questões básicas vinculadas à doença e tratamento.

Inserida nesse contexto institucional, trabalhando em equipe interdisciplinar e encarregando-me de algumas “tarefas”, lembro-me que Winnicott (1962/1983) já apontara que ainda somos analistas quando diferentes situações, que se configuram distintas da possibilidade e utilidade do processo psicanalítico tradicional, exigem-nos uma adequação de nosso “ser e fazer”.

Torna-se interessante assinalar que, na contrapartida do psicólogo/psicanalista atuando como orientador em saúde, desafio para a observância da singularidade quando da necessidade da inserção em saúde coletiva, há os que atuam em Medicina Preventiva, atentos aos aspectos da subjetividade daquele que lhe requer ajuda. É preciso, enquanto psicólogo/psicanalista, buscar referenciais teóricos que sustentem uma prática diferenciada, honrando, assim, a vocação emancipatória de nosso

alguns pacientes ou mesmo à inadequada adesão ao uso dos medicamentos podem causar uma possível evolução desfavorável da infecção pelo HIV, levando à falência de diversos esquemas antirretrovirais, aumentando, assim, a gravidade da situação de saúde que pode caminhar para um final fatal. Nesses casos as aflições e agonias relativas ao risco de perder a vida são intensas.

“ofício” para poder acolher aquele que vive em condições adversas advindas do mundo externo. Do mesmo modo, observamos a procura, por parte dos sanitaristas, em pensar a Saúde Pública a partir de referenciais filosóficos que contemplem o homem como ser de natureza “una”, ainda que, cientificamente, todos nós necessitemos de recortes epistemológicos que contemplem o estudo de diferentes áreas do viver.²⁴

Discutindo a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário, Ayres (2001) ressalva que aquela não condiz com valores e pressupostos que norteariam uma renovação nas práticas de saúde. Advoga, assim, a favor do enaltecimento do aspecto relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, contrapondo-o ao imperante modelo individualista, objetivado e estabelecido *a priori*.

Ayres parte em defesa da transformação das práticas de assistência ressaltando a necessidade do que chama de “giros teórico-filosóficos” inter-relacionados, elencando-os de modo que teríamos, primeiramente, a alteração da ideia de sujeito para a de contextos de intersubjetividade, na construção de saber e intervenção. Na sequência, propõe a migração do interesse pelo controle técnico das doenças para aquele, mais abrangente, de sucesso prático, que denomina projetos de “felicidade humana”. Por fim,

²⁴ Pode-se, erroneamente, compreender que a noção winnicottiana de integração, que confere o sentimento de unicidade do *self*, corresponderia a uma visão pré-psicanalítica do homem, que a Psicanálise descreveu como essencialmente descentrado. A integração seria, assim, mal compreendida, como realização de um projeto impossível. Winnicott, entretanto, chega ao conceito de integração pela via do estudo do sofrimento esquizofrênico, no qual defesas primitivas constelam estados de desintegração pessoal, extremamente, aflitivos. Obviamente, não se nega que, enquanto sujeito psíquico, o homem seja inevitavelmente descentrado. Por outro lado, não se desconhece que é a experiência emocional do “eu sou” o fundo emocional sobre o qual se pode constituir o descentramento psíquico.

destaca o giro do “tratar” para a assunção do “cuidar” nas condutas norteadoras do conjunto de ações voltadas para a saúde. Para ele:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos, há que se sustentar, ao longo do tempo, uma relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então, é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial mediato e imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas da pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. (AYRES, 2001, p. 71)

As palavras de Ayres (2001) fazem ainda mais sentido quando precisamos sustentar teoricamente uma prática de assistência psicológica vinculada a uma doença orgânica, até o momento, incurável: não se trata de curar, mas de cuidar!

Seguimos em concordância com Ayres (2001) quando este assinala a necessidade do giro da subjetividade para a intersubjetividade nas práticas de saúde. Ainda que as categorias por ele manejadas refiram-se ao registro filosófico, é na concretude da clínica que, primeiramente, experimentamos a impossibilidade de abstenção no comparecimento de elementos de nossa

própria subjetividade, sobremaneira evidenciados, tamanha a intensidade da carga emocional presente nessa especialidade.²⁵

No contexto institucional da referência pública para o cuidado de doentes de aids e de pessoas vivendo com HIV, dei-me conta de que habitava uma atmosfera em que o compartilhamento da expressão psicológica das vivências de limitação e conscientização de finitude apresenta-se extremamente presente, em qualquer etapa de desenvolvimento físico ou emocional dos pacientes, mais ainda junto às crianças ou jovens soropositivos. O campo intersubjetivo constituído por esses pacientes estará, inescapavelmente, marcado por tais vivências.

Como a eleição dos casos que figuram no trabalho partiu do conceito de tipicidade, conforme explicitado no capítulo dedicado aos pressupostos metodológicos, algumas informações a respeito do universo da soropositividade na infância e adolescência se fazem necessárias.

Vale ressaltar que o enfoque se dará sobre jovens HIV(+s) que adquiriram tal condição por transmissão vertical, ou seja, foram contaminados durante o processo de gestação, parto ou aleitamento devido a soropositividade materna. Deve-se atentar a essa particularidade, pois acredita-se que há enormes diferenças entre as vivências de soropositividade adquirida nessa circunstância e a situação na qual tal condição de saúde tenha sido proveniente de condutas de risco do próprio jovem, tanto em relação ao exercício do sexo desprotegido como em relação

²⁵ Mais adiante, teremos oportunidade de refletir sobre os aspectos éticos estritamente vinculados à prática do cuidado psicológico na clínica da soropositividade.

ao uso de drogas injetáveis. Também diversa será a vivência da soropositividade do jovem contaminado em situação acidental, como, por exemplo, recebimento de sangue contaminado em processo de transfusão ou vitimização por ação sexual violenta.

A seguir, serão expostos alguns dados que dizem respeito à soropositividade contraída por transmissão vertical e elencadas algumas problemáticas envolvidas nessa situação, que têm recebido atenção de estudiosos.

No Brasil, ao longo dos últimos dez anos, alcançamos uma queda vertiginosa – aproximadamente 80% – nos casos de inoculação do vírus HIV no processo gestacional e de parto quando da mãe soropositiva para seu bebê (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2008).²⁶ Essa conquista se deve à adoção de um protocolo de profilaxia, ofertado a toda gestante, quando constatada a condição de soropositividade nos exames de pré-natal. O diagnóstico durante a gravidez significa a possibilidade de evitar a transmissão nos primórdios de vida do feto/bebê. Quando as condutas profiláticas são corretamente adotadas as chances de contaminação tornam-se grandemente reduzidas.²⁷

Infelizmente, esta realidade mais promissora para a mãe soropositiva e seu bebê não estava disponível antes do período acima mencionado.

²⁶ Em 1996, foram notificados 392 novos casos de aids em crianças menores de 1 ano em todo Brasil; e em 2007, 70 novos casos.

²⁷ O protocolo de profilaxia para a gestante soropositiva contempla os seguintes passos: indicação de uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana gestacional; aplicação de alta dosagem do antirretroviral Zidovudina injetável durante todo o trabalho de parto; prescrição da mesma droga, em forma de xarope, para o bebê, a ser administrada desde as primeiras horas de vida até o 42º dia após o nascimento; e a contra-indicação mandatória do aleitamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dessa maneira, no passado, houve um número bem maior de situações que redundaram na contaminação da criança. Atualmente tais crianças, já crescidas, hoje pré-adolescentes ou adolescentes, trazem, para os serviços encarregados de seus cuidados, preocupações específicas, tais como a questão da revelação diagnóstica – já citada como ilustração para as tarefas atribuídas aos psicólogos das referências – e a compreensibilidade da complexa terapêutica antirretroviral, temas com características de inevitabilidade de abordagem pela equipe e cuidadores²⁸ em razão do desenvolvimento da criança.

Além dessas questões de caráter pragmático, a comunicação diagnóstica (GALANO, 2009) e a orientação da necessária adesão à terapêutica medicamentosa (INSTONE, 2000; GERSON et al., 2001), haverá, mais cedo ou mais tarde, a perspectiva de surgimento de questões mais íntimas que se revestem de singularidade, pois se apresentam e se encaminham à luz da história pessoal de cada paciente. Podemos citar os seguintes exemplos: as vivências relacionadas à orfandade (FRANÇA; DORING; STELLA, 2006); a preocupação com o sigilo do diagnóstico e consequente possibilidade de discriminação social, principalmente nas escolas ou na frequência de outros grupos institucionalizados (SEIDL et al., 2005); a vivência de ser diferente em relação a irmãos e colegas; a preocupação com a saúde e a competência orgânica e corporal; a adesão ao

²⁸ O termo “cuidadores”, em saúde, costuma designar aqueles que assumem a responsabilidade do tratamento de um paciente, sejam familiares ou não.

tratamento (GALANO, 2007); as fantasias relacionadas ao agravamento da doença e o medo da morte (BARRICA, 2001).

Já na adolescência, tornam-se fonte de inquietações todas as questões que envolvem a iniciação da vida sexual, as expectativas de constituição de parcerias amorosas e, finalmente, os sonhos de matrimônio, maternidade ou paternidade, que povoam o imaginário de todo jovem.

Entre nós, outros importantes e abrangentes estudos têm surgido, contemplando aspectos psicossociais das crianças e jovens brasileiros que vivem com o HIV (AYRES, 2004; CRUZ, 2007).

De nossa parte,²⁹ temos procurado trazer algumas contribuições para o campo no que diz respeito à dramática³⁰ de vida e a aspectos subjetivos dos soropositivos ou doentes de aids. Em um primeiro momento, dedicamo-nos ao trabalho e a estudos direcionados à investigação de intervenções psicoterapêuticas diferenciadas do enquadre tradicional, usando, para isso, materialidades mediadoras, a fim de favorecer a comunicação emocional (MENCARELLI; BASTIDAS, 2002; MENCARELLI, 2003; MENCARELLI; VAISBERG, 2005). Atualmente, a atenção aos aspectos vivenciados subjetivamente pelos jovens pacientes, sejam crianças ou adolescentes, tem sido nosso foco de pesquisa (MENCARELLI; BASTIDAS; VAISBERG, 2008), bem como seu encaminhamento para a reflexão a respeito do campo transferencial que se constitui nessa clínica (MENCARELLI; VAISBERG, 2007).

²⁹ O uso do plural refere-se ao atrelamento de meus estudos e pesquisas em contexto de produção de saber coletiva, junto ao grupo anteriormente citado.

³⁰ Termo caro à Politzer, a quem faremos referência em capítulo dedicado à metodologia.

Quanto à inspiração winnicottiana, digo que quando me deparei com a inevitabilidade, imposta por minha subjetivamente, de refletir sobre os aspectos relacionados ao impacto emocional que afeta o clínico envolvido na assistência em HIV/Aids, encontrei em Winnicott um interlocutor inestimável. Vale destacar que, na verdade, todo trabalho clínico nessa especialidade recebeu profunda influência de seu pensamento e, fazendo uso de suas concepções, posso afirmar que minha prática foi “criada/encontrada”. A partir da aproximação à sua obra, pude, sob a luz de seus desenvolvimentos, compreender uma série de fenômenos próprios à soropositividade, de maneira a “usá-los” para propor a teorização que será apresentada. O interesse que incide nas relações transferenciais-contratransferenciais constitui-se em um desdobramento de minha pesquisa clínica que já vem se encaminhando nesse campo.

Convém ressaltar que a resposta compassiva contratransferencial constituiu-se em fenômeno emergente na viva e concreta experiência de convívio e contato com os pacientes, de todas e quaisquer idades. Não se restringiu, portanto, aos jovens, e foi identificada por sua repetição, intensidade e qualidade especial na dimensão relacional com eles estabelecida nos diversos dispositivos clínicos – que serão apresentados amiúde, mais à frente – que habita o psicólogo na equipe de cuidados. Porém, não resta dúvida de que, junto às crianças e jovens, as características de tal resposta ganham em intensidade e nitidez. A soropositividade dos contaminados por transmissão vertical reduz a zero a

implicação pessoal em qualquer tipo de conduta que possa redundar no agravo de saúde, caracterizando a mais legítima condição de vítima.

No capítulo seguinte, discorrerei sobre minha maneira de ser psicóloga/psicanalista dentro desse contexto, de modo a poder integrar-me à instituição e à equipe interdisciplinar.

V - SENDO PSICANALISTA QUE CUIDA DE PACIENTES SOROPOSITIVOS

Toda vida eu, Jurandir, ouvi dizer, como leigo ou como profissional psicanalista, que tudo tem a ver com sexo, morte, pulsão, amor romântico, paixão, e eu acreditei. A gente pode acreditar em tudo. Bem, chegou outro momento: deixei de acreditar. Passei a acreditar que a amizade, serenidade, paixão pelo público, desejo de paz, afetividade não sexualizada, sexo sem tormentos nem metafísicas pulsionais, tudo isso podem ser itens de satisfação e realização pessoal. Voltei a ler Ferenczi, Balint e Winnicott, e a reaprender, como diz Winnicott, que saúde mental não é mais importante que a vida. “Sentir-se real”, “ter a experiência de ter contato com a vida”, “experimentar a capacidade de solicitude”, são coisas que podemos exercitar sem comprometer nossa existência com ideais que, quanto menos têm condições culturais de se realizarem, mais tirânicos podem se tornar.

COSTA, 1997, p. 204

Diversas são as situações de convívio muito próximo que, como psicóloga, estabeleço com os pacientes soropositivos, de todas as idades, matriculados em nossa referência para o tratamento que tem, como preconização, a atenção à saúde total. Eles estão sempre presentes no ambulatório, quer para uma consulta médica, uma conversa com a assistência social para orientações em relação a benefícios concedidos pelo governo aos pacientes de enfermidade crônica; quer para a retirada de medicação, coleta de exames etc. Nessas circunstâncias, uma palavrinha ou

outra é, certamente, trocada com qualquer um de nós, técnicos do serviço. Algumas demandas ao profissional psicólogo acabam surgindo nesses encontros, como solicitações de uma entrevista mais demorada para a abordagem amíável de um assunto iniciado ali no corredor.

Os temas emergentes nessas entrevistas, algumas vezes casuais, outras agendadas antecipadamente,³¹ costumam, por exemplo, ser da ordem de problemas de relacionamento com familiares que apresentam conduta discriminatória; de dificuldades na relação conjugal que se manteve à revelia da falta de elaboração dos “erros” e “culpas” relativos à contaminação; de questionamentos referentes ao compartilhamento da condição de saúde com amigos, familiares ou com a nova parceria amorosa constituída; elaboração de um luto do(a) companheiro(a) ou familiar difícil de superar; perdas materiais e concretas derivadas do adoecimento; rearranjos profissionais em função de uma carreira interrompida etc.

Outras vezes, é por iniciativa de um colega de equipe que surge o pedido para a aproximação a um paciente na expectativa de poder abordar uma questão compreendida como da ordem de algum entrave psicológico, para o seguimento do tratamento. Como exemplos, temos: dificuldades para a adesão correta ao uso da medicação antirretroviral; percepção do colega a respeito do sofrimento decorrente do surgimento da síndrome de lipodistrofia ocasionada pela doença e pelo uso de algumas importantes

³¹ Muitas pacientes preferem procurar a agenda, com alguns horários disponibilizados, para a marcação de uma consulta. Quando o paciente opta por agendar entrevista, ele deve, por vezes, esperar uma ou duas semanas para conseguir uma vaga.

drogas que compõem a terapia composta antirretroviral;³² observação de sinais de depressão, diga-se de passagem, oscilante e intermitente para alguns pacientes; resistência a compreender o grau de seriedade e gravidade de sua enfermidade por dificuldades na aceitação de tal condição etc.

Temos, ainda, por vezes, a decisão, tomada em reunião de equipe, para a intervenção junto a um paciente, sendo o psicólogo eleito como o profissional mais adequado para efetivá-la. Em relação a esta última situação, um exemplo seria a sensibilização para que um paciente declare sua soropositividade à nova companheira que se encontra gestante ou a comunicação da soropositividade de filho(a) adolescente que vive apenas com a mãe e que, a partir de uma internação de emergência desta, desvela-se sua soropositividade e também a do(a) adolescente etc.

Inúmeras e variadas são as demandas apresentadas ao psicólogo, seja por iniciativa do próprio paciente, de algum colega de equipe, ou da equipe como um todo, na busca de favorecimento a um paciente ou familiar.

No decorrer de dez anos de atuação nessa área, teria páginas e páginas para narrar a respeito de acontecimentos absolutamente peculiares ao universo da soropositividade. Apesar da passagem do tempo e do conhecimento adquirido pela experiência, não faltam situações inusitadas a nos surpreender. Tais situações não prescindem de um elevado grau de comparecimento de afetos e emoções de valência negativa que, trazidos

³² Sigo adotando a sigla TARV para referir-me ao esquema antirretroviral adotado para determinado paciente.

pelo paciente, provocam respostas de qualidades similares nos profissionais. Infelizmente, o sofrimento se faz presente com assiduidade. Outras vezes, os movimentos dissociativos dos pacientes, que emergem para fazer frente ao impacto das dolorosas vivências, fazem surgir no clínico o sofrimento experimentado em sua nudez que, contudo, permanece encapsulado no doente.

A presença constante e disponível do psicólogo para realizar, sem demora, intervenções que se façam necessárias passou a ser, nos últimos anos, conduta e posicionamento considerado, por nossa equipe, essencial e indispensável.

A postura de oferta de amparo emocional em caráter permanente divide a atenção do psicólogo com dispositivos formalmente criados para uma atuação mais programada no que diz respeito a sua especialidade.³³ Por outro lado, ao psicólogo também é atribuída a função de acolhimento aos pacientes, tarefa essa compartilhada com outros membros da equipe.

Começemos por explicitar a atuação neste último enquadramento citado, o **plantão de acolhimento**. Trata-se de um dispositivo criado há muitos anos, preconizado pelo Ministério da Saúde, para o acolhimento do novo usuário que se apresenta para o início do tratamento. Funciona diariamente, em sistema de revezamento de plantões entre os técnicos. Atualmente, dele participam três psicólogas, uma enfermeira e uma médica, cobrindo os cinco dias da semana. Os pacientes antigos do ambulatório

³³ Os colegas de equipe costumam referir-se a esse enquadre como “conversar com a psicóloga”.

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

O plantão de acolhimento costuma ser o palco de vivências aflitivas para o paciente e, conseqüentemente, para o profissional, que não deixa de experimentar, contratransferencialmente, as reverberações das angústias que passam a habitar a atmosfera ali criada. É muito comum que, mesmo após muitos anos como usuário de nossa referência, o paciente não se esqueça dessa primeira entrevista em detalhes e mantenha um vínculo especial com aquele que o acolheu, ainda que, a essa altura, tenha a construção de diversos outros relacionamentos significativos com demais membros da equipe. Não é por acaso que a maioria dos profissionais que compõem o dispositivo criado para o acolhimento é formada por psicólogos.

O paciente habitualmente chega para essa primeira entrevista após encaminhamento de outro serviço médico que procedeu ao diagnóstico de reatância positiva para o HIV. Por vezes, já se encontra doente, necessitando de urgência na agilização das condutas propriamente médicas. Outras vezes, apresenta-se assintomático, tendo chegado ao conhecimento de sua condição sorológica como resultado de conduta de autocuidado que o levou espontaneamente a realizar exames médicos. Ambas as circunstâncias, no entanto, costumam emprestar à entrevista um clima de pesar e desconsolo, variável em intensidade a partir da singularidade de cada paciente. Lágrimas se fazem presente frequentemente. Quando se trata de uma criança, obviamente, a entrevista é feita com os pais ou familiar

cuidador no caso de impeditivo debilitamento daqueles, acometidos da mesma doença.

Esse primeiro contato entre profissional e paciente não é nada fácil. Procura-se, na medida em que suas angústias permitem, desfazer algumas convicções errôneas e imaginariamente sustentadas por uma espécie de “folclore” existente sobre a aids que só fazem aumentar ainda mais seu sofrimento. Busca-se, já a partir desse primeiro encontro, alavancar a confiança necessária em nosso trabalho, de forma que o paciente possa, verdadeiramente, entregar-se aos nossos cuidados.³⁴ Algumas entrevistas individuais, agendadas com alguma das psicólogas, por um período determinado, acabam por ser um desdobramento desse primeiro contato.

Observa-se que a clínica psicoterapêutica que se estabelece nesse ambulatório não funciona de acordo com o dispositivo padrão. Os encontros acontecem em **entrevistas segundo a demanda** do paciente. Podemos vê-lo durante um intervalo de tempo, até mesmo assistemático, embora assíduo, e, na sequência, deixar de encontrá-lo, pois um trabalho elaborativo que se fez necessário naquela ocasião parece findado. Mais à frente, esse mesmo paciente pode voltar a demandar entrevistas em função de nova questão perturbadora ou devido ao retorno da problemática já partilhada pela dupla, acrescida de algum agravante. Lamentavelmente, eventos potencialmente

³⁴ Na ocasião da entrevista de acolhimento do caso novo, temos, como tarefa a cumprir, de obter informações sobre dados pessoais e história epidemiológica do paciente para proceder à notificação do agravo de saúde, compulsória no caso de aids. Essa medida, além de permitir que os sistemas de informação da vigilância epidemiológica possam ser alimentados, oficializa o cidadão brasileiro como beneficiário para o recebimento de medicação antirretroviral e cotas de exames de monitoramento do tratamento.

angustiantes na vigência de uma grave doença crônica com poder de letalidade e desdobramentos psicossociais como a aids não são raros.

Mergulhada nesse ambiente de valência negativa, surgiu em mim a vontade de ofertar aos pacientes uma espécie de intervenção psicoterápica que lhes deixasse frutos mais positivos e concretos e que lidasse com suas questões a partir de outro ângulo que não o discursivo, ainda que a escuta lhes fosse garantida.

Apresentarei, então, o outro dispositivo que foi criado no ambulatório para o cuidado e acompanhamento psicológico dos pacientes, a **oficina psicoterapêutica de velas ornamentais**. (MENCARELLI, 2003).³⁵ Esse empreendimento clínico, forjado a partir do modelo das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), tem como característica a utilização de uma materialidade funcionando como mediação para a busca do favorecimento da comunicação emocional no diferenciado enquadre clínico que se estabelece.

A inspiração das oficinas Ser e Fazer é advinda do jogo do rabisco de Winnicot (1964-8/1994) que, apreciando muito o desenhar, propunha essa atividade como forma de estabelecer contato com seus pacientes. Os desenhos incompletos – na verdade traços e esboços – eram iniciados por um e finalizados pelo outro da dupla formada pelo paciente e psicanalista,

³⁵ Objeto de minha dissertação de mestrado, orientada pela prof.^a Tania Maria José Aiello Vaisberg. MENCARELLI, V. L. *Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficinas de velas ornamentais com pacientes soropositivos*. (dissertação). 101p. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2003.

para, na sequência, inverter-se essa ordem, de modo que quem havia iniciado um esboço deveria, dessa vez, finalizá-lo. Dessa maneira, Winnicott, após um ou dois encontros, era capaz de deparar-se com o núcleo problemático do paciente, compartilhando a surpresa pela qual este era acometido. Assim, algo de diferente em relação à interpretação ganhava lugar no encontro analítico.

Nessa proposição de Winnicott, observa-se uma mudança paradigmática para o uso do método psicanalítico, pois é o brincar que emerge com potencial transformador, trazendo a capacidade mutativa na própria experiência compartilhada com o paciente, prescindindo de interpretações, recurso pertencente a um modelo clínico psicanalítico que tem o sonho como paradigma. Foi para a instalação do campo clínico do brincar que chegamos à criação da oficina de velas ornamentais.

Sendo de máxima importância o vínculo estabelecido com a materialidade pelo psicoterapeuta, pois esta presentifica sua personalidade, a manipulação de parafina para a confecção de velas foi a mediação por mim escolhida, na expectativa de formar um esteio – o campo da transicionalidade – para o contato com o paciente.

Importante notar a pertinência dessa forma de trabalhar clinicamente com pacientes que não apresentam um sofrer decorrente de agravos psicopatológicos, mas sim um sofrimento que é a expressão psicológica de

uma condição existencial adversa, a enfermidade. Primordialmente, não há o que interpretar, não há o que ser revelado.³⁶

Há, no entanto, em graus variados, em função da singularidade subjetiva de cada paciente, a possibilidade de integrar a condição adversa de saúde como faceta de sua pessoa. Por conseguinte, as manifestações patológicas emergentes estão mais associadas ao abusivo uso de defesas erigidas para fazer frente à afronta sofrida na corporeidade e experimentada psicologicamente como sofrimento existencial, podendo, inclusive, criar uma série de desdobramentos perigosos relativos à manutenção da própria saúde física e de outros.³⁷ Nesse caso, não são interpretações que irão proporcionar efeitos mutativos nas condutas defensivas, que, em última instância, não deixam de estar a serviço da salvaguarda do *self* do paciente.

³⁶ Vale ressaltar que, neste trabalho, contrariamente ao que alguns poderiam imaginar, não optamos por estabelecer correspondências entre quadros psicopatológicos definidos classicamente, tais como a neurose, psicose, organizações *borderlines* etc. e a experiência do adoecer orgânico. Se assim fosse o caso, empreenderíamos uma tentativa de teorização de forma a propor maneiras especiais de enfrentamento ao adoecimento que seriam desenvolvidas por cada paciente a partir de sua organização psicopatológica. Nossa experiência nos levou a constatar que, devido à expansão da epidemia em direção a toda população, de maneira geral, temos, entre nossos pacientes, pessoas razoavelmente distantes de serem tomadas como casos que necessitem atenção especial devido à organização psicopatológica, aliás a grande maioria. Para a caracterização dessas pessoas, usaria aqui o mesmo termo que Winnicott sugere para as mães que conheceu em sua vasta experiência em clínica pediátrica: seriam, na sua maioria, pessoas “comuns”. Evidentemente, a aids não recua diante da psicose, do comportamento adicto, da deficiência mental etc. Nossa equipe entende, porém, que esses casos necessitam de ações interventivas e terapêuticas provenientes de outros serviços de saúde, que, em nossa cidade, também se encontram disponíveis em equipamentos públicos. Dessa forma, alguns de nossos pacientes que apresentam comprometimentos psicopatológicos mais graves são tratados por serviços de saúde mental, estabelecendo-se, então, uma parceria entre os dois serviços.

³⁷ Infelizmente, também não nos faltam exemplos relativos ao uso brutal de defesas dissociativas maciças geradoras de perigosas condutas lesivas para si ou para o outro. Quando a soropositividade se mantém extirpada enquanto aspecto do *self*, pode haver dificuldades e até mesmo recusa do uso das medicações, abandono do seguimento médico e outras condutas lesivas, como o uso de álcool e outras drogas. Por outro lado, por vezes se compromete a vida de outros, quando, por exemplo, não se comunica a soropositividade ao parceiro sexual, abrindo mão do uso do preservativo, conduta lamentavelmente não tão rara de ser colocada em andamento por alguns pacientes.

Trata-se, portanto, de considerar o aparecimento de dissociações³⁸ em diferentes níveis. É nesse núcleo clínico que julgamos estar atuando nas oficinas, quando, através de presença devotada, em um campo estabelecido do brincar, propomos encontrar o paciente não a partir de sua doença, mas em um movimento que busca a articulação de outros aspectos de seu si mesmo, possibilitando o retorno da integração ofendida pela presença de dissociações.

Foi exatamente a partir das exitosas experiências alcançadas na oficina de velas ornamentais com pacientes adultos que respondiam, rapidamente, com um movimento da ordem do ganho da integração que pensei em estender essa experiência para os pré-adolescentes, para os quais já não era mais possível adiar uma atenção especial. No entanto, o convívio com eles não se deu apenas nas oficinas, e as narrativas que ocupam o próximo capítulo apresentarão amiúde os diversos contextos onde o acontecimento clínico pode ocorrer potencialmente.

A seguir, será apresentado o que foi possível aprender e teorizar psicanaliticamente, a partir do “uso” das concepções winnicottianas, a respeito da clínica psicoterapêutica da soropositividade de maneira geral. O contexto teórico criado/encontrado para a compreensão das experiências vividas com os soropositivos já se apresentava em seu desenrolar quando foi principiado o contato com as crianças e jovens. Dessa maneira, o trabalho com eles, embora, inusitado, contou com o conhecimento prévio de fenômenos que poderiam vir a alcançá-los da mesma forma, como o uso

³⁸ O conceito de dissociação será precisado mais à frente.

maciço de dissociações. A intervenção precoce, portanto, poderia almejar o ganho de certa conduta clínica profilática.

O convívio com as crianças e jovens se dá de forma diversa daquele estabelecido com os adultos. Suas problemáticas serão outras, bem como o estabelecimento do campo transferencial-contratransferencial, que ganha em complexidade. A pertinência, contudo, da fundamentação teórica psicanalítica winnicottiana para a compreensão dos acontecimentos e fenômenos que se passam nessa clínica de cuidados psicológicos é a mesma, através da qual pode-se iluminar a reflexão a respeito dos eventos que se passam com os adultos.

V.I - Precariedade existencial compartilhada

A busca de ajuda psicológica para o acompanhamento de pacientes acometidos de enfermidade biológica, uma demanda extremamente importante da atualidade, necessita de estudos e pesquisas que objetivem um maior alcance de efetivo auxílio a ser concedido aos padecentes e que esteja, rigorosamente, fundamentado desde o ponto de vista teórico.

Nossos esforços de produção científica, enquanto grupo de pesquisadores que trabalham segundo as concepções do 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 pela professora Tania Vaisberg desde 1992,³⁹ no âmbito de pesquisas acadêmicas fundamentadas no método psicanalítico, que redundaram na criação de um modo diferenciado de operar a clínica psicanalítica. Esse estilo de clinicar define-se como uma prática que, alicerçada na interlocução com as contribuições teóricas de D.W. Winnicott e José Bleger, desdobra-se no desenvolvimento de estratégias clínicas caracterizadas pelo emprego de enquadramentos psicoterapêuticos diferenciados e na adoção privilegiada de modalidade interventiva não interpretativa, ou seja, o *holding*.

Foi em uma análise crítica, porém comprometida, a respeito da desconstrução manicomial que Sato (2001, 2007), sob a orientação de Vaisberg, 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 (2001), outros de nós (MENCARELLI, 2003; VITALI, 2004), pesquisadores da Ser e Fazer, empreenderam estudos semelhantes, fazendo uso de materialidades mediadoras para realizar pesquisas

³⁹ Sua produção científica pode ser obtida na plataforma *Lattes*, no site www.cnpq.br.

interventivas direcionadas ao terreno da doença física que permitiram alcançar importantes elaborações teóricas.

Meu trabalho de mestrado, 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 para tais pacientes ganhava configuração de um **espaço de descanso do sofrimento existencial** da condição de soropositividade. Já o mestrado de Vitali (2004), que versa sobre o uso de arranjo florais para intervenções clínicas com pacientes acometidos de disfunção lateral amiotrófica, doença de prognóstico invariavelmente fatal, traz o entendimento de que um acontecimento que interrompe a dramática de vida pode, não necessariamente, interromper a continuidade de ser. Vitali foi, assim, levada a postular a ocorrência de uma **interrupção dramática da continuidade de ser** como fenômeno que não se confunde com a continuidade de ser necessária, na vida do lactante, para o estabelecimento de um sentido pessoal de existência.

Essas são contribuições teórico-clínicas que pudemos trazer para um contexto – o da enfermidade física – pouco explorado pela Psicanálise tradicional, pois esta não apresenta um corpo de conhecimentos que se articule, em um primeiro momento, às necessidades do profissional que busca rigor teórico/metodológico para seu ofício quando demandado a partir da clínica do orgânico.⁴⁰

⁴⁰ Importantes pesquisas têm sido conduzidas sobre a condição emocional do doente físico. Entre nós, no âmbito da Universidade de São Paulo, o professor Manoel Antonio dos Santos

Os achados psicanalíticos tradicionalmente advêm da teoria e terapêutica de problemas psicopatológicos. Suas conceituações e criação de modelos interventivos – o uso do método psicanalítico em sua forma original – surgiram a partir da clínica de pacientes neuróticos e, mais à frente, foram estendidos aos psicóticos e *borderlines*, adultos e crianças, com as devidas alterações metodológicas e produção teórica. Esta última é indubitavelmente diferenciada e crescente na tentativa de responder a uma abrangência maior de quadros psicopatológicos ou matrizes clínicas, como se tem usado referenciar.⁴¹ Os desenvolvimentos teóricos psicanalíticos, em toda a profusão evidenciada em suas inúmeras escolas de pensamento, privilegiam, certamente, o psiquismo como faceta do ser humano, em última instância, responsável pelas vicissitudes do sofrimento psicopatológico.

No entanto, o que o trabalho com soropositivos ensina é 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 grave enfermidade crônica e de poder letal, não está ancorado unicamente em fatores psíquicos.

apresenta contribuições que, fundamentalmente, consideram os aspectos emocionais daqueles acometidos por enfermidades crônicas ou recidivantes.

⁴¹ A matriz clínica seria definida como uma determinada organização psicopatológica com estrutura própria, conflitos originadores e modalidades de defesa peculiares. O reconhecimento, por psicanalistas que fundaram obras seminais, de diferentes matrizes clínicas teria possibilitado os desenvolvimentos e inovações que proporcionaram a expansão do campo psicanalítico. Dessa forma, por exemplo, poderíamos observar que Freud construiu sua teoria a partir das neuroses, Klein a partir da psicose infantil, Lacan da paranoia etc. Cf. MEZAN, Renato. Problemas de uma história da psicanálise. In: BIRMAN, Joel (Org.). *Percurso na história da psicanálise*, Rio de Janeiro: Taurus, 1988; BIRMAN, Joel. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: *Psicanálise e Universidade*. São Paulo: PUC-SP, 1994.

A utilização de referenciais teóricos de orientação psicanalítica que, em detrimento de outras facetas do *self*, privilegiam o comparecimento unicamente do psiquismo para compreensão da motivação do sofrimento de tais padecentes, não parece o modelo psicanalítico mais oportuno e adequado para a abordagem dos aspectos emocionais do paciente enfermo.

No uso de tais referenciais, temerariamente, tenderíamos a atribuir ao psiquismo poderes de inoculação e, conseqüentemente, dissolução do sofrer a partir de interpretações que desmantelariam articulações de ideias que, em última instância, seriam as responsáveis pela manutenção do sofrimento em sua expressão psicológica.

Essa psicopatologização do sofrer existencial advindo de doença orgânica, além de pouca serventia para pacientes em tais condições, pode, ainda, perigosamente, aumentar o sofrimento daquele que almejar, pela via do autoconhecimento, responsabilizar-se por sanar poderosos processos biológicos lesivos que se manifestam à revelia até mesmo daqueles que poderíamos avaliar como extremamente saudáveis do ponto de vista do recorte epistemológico voltado para a subjetividade. Em outras palavras, a doença orgânica,⁴² que afeta a corporeidade, é uma vicissitude da vida que pode acometer qualquer um de nós, saudáveis ou pouco saudáveis do ponto de vista psicopatológico.

No entanto, esse reconhecimento não indica que não seja, exatamente, na Psicanálise, que possamos encontrar iluminação para a prática clínica com tais pacientes. Temos, contudo, que voltar nossa atenção

⁴² No caso da doença infecto-contagiosa, essa observação se faz mais evidente.

para as contribuições que essa ciência, em seu corpo de conhecimentos, pertinentemente, pode vir a trazer para a atuação do psicólogo/psicanalista envolvido com pacientes que demandam ajuda devido ao sofrimento existencial decorrente de doença física.

O capítulo dedicado à retomada do debate sobre a contratransferência já nos levou ao encontro dos achados de Ferenczi, o primeiro que, mantendo-se como psicanalista e reivindicando para sua prática a nomeação de Psicanálise, concedeu aos acontecimentos reais, bem como à realidade e aos objetos externos, importância e legitimidade enquanto fator desencadeante de sofrimento psicológico. Ferenczi foi relegado ao ostracismo no movimento psicanalítico pela reconsideração, clinicamente fundamentada, de que o trauma seria, efetivamente, originário de ações reais, advindas do mundo externo, acometendo desfavoravelmente o paciente a elas submetido.

Tomando a enfermidade física como injúria existencial imposta ao paciente que se reveste de potencial traumático, pode-se teorizar, psicanaliticamente, a partir daqueles que concederam importância ao sofrer, psicologicamente expresso, por acometimentos advindos da realidade externa.

Como já assinalado por Safra (2007), Winnicott traz contribuições para uma clínica da “necessidade”, do anseio, da esperança na relação transferencial, que já havia sido inaugurada por Ferenczi. De maneira mais pormenorizada, Winnicott teoriza a importância do mundo real e dos objetos

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

Na clínica da “necessidade” há lugar para a consideração dos fatores externos – acontecimentos – e das características dos objetos externos. Dessa forma, proponho que os desenvolvimentos winnicottianos sejam, sobremaneira, condizentes em relação a sustentar teoricamente uma prática e uma produção de saber a respeito de uma clínica psicoterápica, psicanaliticamente orientada, com pacientes soropositivos.

Segundo Vaisberg (2003), na obra de Winnicott depreendemos uma nova perspectiva em relação à finalidade da terapêutica psicanalítica, que me parece harmonizar com objetivos que podem ser elencados como expectativas relativas ao cuidado emocional do doente de aids. Acompanhemos a seguinte citação:

Do ponto de vista winnicottiano, e em nossa maneira de ver, a cura não é o resultado final do processo psicanalítico, porque não se trata de curar um tipo específico de quadro psicopatológico. Trata-se, outrossim, de favorecer a ocorrência de experiências mutativas, quando, graças ao manejo psicoterapêutico, o paciente consegue retornar seu potencial criativo e espontâneo e, desta feita, dar um sentido único e verdadeiro a sua existência. (VAISBERG, 2003, p. 30)

De acordo com Vaisberg (2003), o que se almeja na clínica psicanalítica winnicottiana é o favorecimento do fluir do potencial criativo e,

poderíamos complementar, o sentir-se vivo e real. Esse pressuposto contempla qualquer forma de sofrer existencial, não restringindo o exercício da Psicanálise a partir de demandas que se mantêm, estritamente, no plano psicopatológico.

Nada parece mais condizente do que essa proposição em situações nas quais não se faz possível a alteração de uma realidade que carrega consigo o advento existencial doloroso. O acontecimento externo é considerado, seu poder perturbador é reconhecido e sobre essas circunstâncias, realisticamente apreciadas, deve incidir qualquer prática clínica. Caso o psicanalista incorra na inobservância de tais fatos, correrá o risco de potencializar as características traumáticas da conjuntura existencial do paciente soropositivo. Portanto, as expectativas não são de “cura”, mas de retomada do fluir do viver ameaçado de interrupção em sua continuidade de ser.

Não há 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. Esse reconhecimento não pode ser negado ao soropositivo. Qualquer tentativa de temporizar ou relativizar a vivência concreta das referidas feridas humanas pode ganhar contornos de ofensa em dimensão ética ao paciente. Estaria, assim, presentificado o

“desmentido”, à afronta ao *self*, tão ressaltado por Ferenczi, como desencadeador mais relevante para a instalação do trauma.⁴³

Movemo-nos, portanto, no campo de comprometimentos do viver sentido como real que, idealmente, poderia manter-se, em continuidade, na dependência do comparecimento ou não de dissociações que se fariam presentes para o enfrentamento da condição especial desfavorável de saúde. É atendo aos movimentos dissociativos e à sua existência, força e grau que o psicanalista terá que, permanentemente, atuar.

A dissociação é uma estratégia defensiva humana que pode emergir frente a experiências vivenciadas por determinada pessoa como insuportáveis. Constitui-se no fenômeno de retirada de si da própria experiência devido seu caráter agônico, trazendo como consequência a não integração ou integração parcial de importantes aspectos do *self*. O afastamento de si de importantes áreas do viver traz em seu bojo sentimentos de não se sentir vivo e real, bem como de descontinuidade de ser. Ao longo da obra winnicottiana, encontramos diversas referências à dissociação (WINNICOTT, 1945/2000; 1965/1999), mas é no âmbito da conceituação do falso *self* como formação protetora frente às angústias impensáveis e no terror de aniquilamento ao qual o *self* pode ver-se exposto que podemos reconhecer com maior clareza conceitual a dissociação como estratégia operante.

⁴³ 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. Cf. FERENCZI, S. Confusão de Língua entre adultos e a criança. In: *Sándor Ferenczi: Obras Completas. Psicanálise IV*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Discorrendo sobre as organizações tipo falso *self*, Winnicott irá estabelecer uma classificação gradual do comparecimento da referida formação defensiva que tem em sua origem a estratégia dissociativa. Dessa maneira, temos, em um extremo, a ocultação do verdadeiro *self* que sucumbe aos intensos movimentos dissociativos, deixando que o falso *self* ocupe toda pessoa até, no outro extremo, encontrarmos a razoável presença de um falso *self* que cumpre as necessárias atitudes sociais nas quais nem sempre a total espontaneidade pode ser expressa (WINNICOTT, 1960c/1983).

Se a dissociação é a estratégia operante em situações existenciais que resultam na conduta submissa ao meio que traz sentimentos de inautenticidade, erigindo a formação de um falso *self*, por outro lado, também pode estar presente em condutas delinquentiais que, em plano comportamental, em vez de submeter-se ao ambiente, antes, se confronta a ele. Desse modo, Winnicott aponta que é a dissociação que se encontra presente quando um aspecto do eu que cometeu um ato transgressivo não é reconhecido como fazendo parte da personalidade total (WINNICOTT, 1965). Vale, portanto, depreender que a dissociação é um fenômeno defensivo presente em diferentes graus e em diversas conjunturas de sofrimento existencial, resultando no comprometimento da integração do *self*.

Voltando à nossa clínica, capacitados pela compreensão conceitual da dissociação, podemos retomar nossas reflexões que se encaminham na direção que apontamos a seguir. Respeitando as defesas dissociativas do paciente, o psicanalista terá que, contratransferencialmente, fazer frente ao

fato de que sobre ele imperam as mesmas feridas existenciais que tanto fazem sofrer seu paciente. A precariedade, a limitação e a finitude humanas são angústias, em última instância, insolúveis para todos. O próprio grau de dissociação do psicanalista relativo a essas dores existenciais terá que ser suspenso, para permitir-lhe permanecer presente, de maneira integrada, junto ao paciente. Assim, poderá aproximar-se do acesso a um conhecimento dado por sua própria condição humana.

Constato que, na clínica da soropositividade, isso não se faz possível sem o aparecimento da experiência emocional de dor e sofrimento vivenciados em si mesmo também. Como assinala Safra (2007), trata-se de um saber pertencente à ordem ontológica que se alcança a partir da vivência de sofrimento. Aqui se encontra a articulação transferência-contratransferência na clínica da soropositividade. Diante das condições humanas de precariedade, limitação e finitude, feridas existenciais a que estamos todos submetidos, o psicanalista se faz presente, com a mesma bagagem, para ir ao encontro de seu paciente, que se encontra, vivencialmente, atravessado por tais condições em registro concreto.

Colocando-se emocional e afetivamente disponível a seu paciente, com um esforço de suspensão de dissociações defensivas e, portanto, mantendo-se vulnerável diante da precariedade da condição humana, que acessa através de um saber ontológico, o psicanalista verá emergir

inevitavelmente em si, um sofrimento de mesma monta. Desse modo, torna-se, contratransferencialmente, compadecido⁴⁴ por aquele de quem cuida.

Considerando como verdadeiros os apontamentos anteriores, vejamos algumas palavras orientadoras de Winnicott a respeito dos benefícios da manutenção da integração do *self* quando se faz possível o afastamento de tais defesas maciças diante do sofrimento advindo de evento externo:

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 (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

⁴⁴ Sinônimos do verbo “compadecer” referem, exatamente, ser compatível, harmonizar (FERREIRA, 1975; HOUAISS; VILLAR, 2009). O que quero dizer é que o sofrimento do paciente, acompanhado pelo clínico, traz ao último a vivência de emoções e afetos que são compatíveis, harmonizam-se àqueles experimentados pelo primeiro.

criatividade em indivíduos pela ação de fatores ambientais, numa data tardia no crescimento pessoal. (WINNICOTT, 1971, p. 99)

A apreciação mais minuciosa dessa citação leva à compreensão de que a ausência de dissociações maciças, alternativa diante da opressão ambiental, pode ser mantida quando se é capaz de estar presente na própria experiência. A manutenção da vulnerabilidade em relação aos acontecimentos da vida, mesmo se geradores de dor existencial, parece ser a garantia de um viver mais integrado, ainda que no infortúnio.

Certamente seria possível acrescentar aos sofríveis eventos humanos, elencados anteriormente por Winnicott, as adversidades que criam enormes entraves à competência corporal. Estas também compartilham das características por ele apontadas na articulação da manutenção da vulnerabilidade e do viver criativo. A doença, em sua vigência, mesmo quando há expectativa de cura, já guarda a manutenção da pressão externa desfavorável. Quando o dano corporal é irreparável, como no caso dos soropositivos, o submetimento à forte e intensa pressão vinda de fora se torna permanente.

Podemos pensar, amparados por Winnicott, que, quando há permanência do si mesmo na experiência, a dor e o sofrimento decorrentes do evento adverso terão expressão, surgirão, não sucumbindo aos patológicos movimentos dissociativos. Pode-se, portanto, aguardar a emergência de resposta emocional compatível à desventura: o pesar, o

desconsolo. Contudo, atenção: a não subordinação à 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!

Como já fora apresentado, em minha dissertação de mestrado (MENCARELLI, 2003), que versa sobre o diferenciado enquadre psicoterapêutico de oficinas de velas ornamentais, tem-se como importante achado a constatação de que a frequência nos encontros clínicos traz ao paciente a experiência de descanso da dor e sofrimento advindos da condição de soropositividade. Chamo atenção, portanto, para a ausência de qualquer tipo de enaltecimento do sofrer; o que há é o reconhecimento de que este lá estará se paciente e psicanalista mantiverem-se integrados.

Menciono, mais uma vez Vaisberg (2003) que presta grande auxílio quando nos assinala que não deixa de haver uma psicopatologia implícita no pensamento de Winnicott. Segundo a autora, entretanto, esta poderia ser, rigorosamente, designada como uma teoria do sofrimento humano, o que impossibilita a exclusão de qualquer tipo de sofrer da atenção da ação psicanalítica inspirada nesse pensamento. Vejamos mais detidamente como Winnicott concebe o que Vaisberg chama de sua psicopatologia. Para tal, será necessário passear pelas concepções winnicottianas a respeito de desenvolvimento emocional primitivo.

Para nosso interlocutor, em seu início, o bebê não existe sem a presença da mãe. Contrariamente aos desenvolvimentos kleinianos que atribuem uma subjetividade já a partir dos primórdios da vida, Winnicott

afirmará que um bebê só existe no colo de sua mãe (WINNICOTT,1952/2000). Anteriormente a ser um, o bebê é, sim, a experiência sensorial/vivencial de uma dupla com a mãe,⁴⁵ que, disponível emocionalmente a partir de um estado psicológico disparado durante os últimos meses da gestação, nomeado como estado de preocupação primária, torna-se sensível às necessidades de seu filho. O pequeno ser não é nem mesmo capaz de ter uma percepção de si e, portanto, ainda não existe a partir de seu próprio ponto de vista.

Condição absolutamente inversa deve ser a da mãe, que, de posse de recursos afetivo-emocionais disponibilizados na experiência vivencial com seu bebê, alcançará a medida exata para o atendimento em tempo de suas necessidades. Importante salientar que, contrariamente ao bebê, a mãe deve poder perceber a si mesma e a seu filho como seres separados, embora sensivelmente disponível para ir ao encontro das necessidades daquele. Para o bebê, no princípio, não há a noção do *me* e do *not-me*, enquanto a mãe deve ser capaz de reverenciar a alteridade de seu bebê desde sempre (WINNICOTT, 1967/1975). A complexidade desse início é relativizada por Winnicott, que aponta que se trata de tarefa humana ao alcance de qualquer mãe devotada comum.⁴⁶

⁴⁵ Importante apontar que a mãe mantém-se como pessoa ideal nesse relacionamento que se estabelece no início da vida devido sua capacidade natural para desenvolver a preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956/2000). Teoricamente, entretanto, podemos postular a substituição da figura da mãe biológica, devido à sua falta ou prejuízo patológico de seu exercício, por alguém capaz de oferecer ao bebê a função materna.

⁴⁶ Devo admitir que, por vezes, julgo a consideração winnicottiana a respeito da “mãe devotada comum” como algo ambiciosa. Posso, entretanto, convir que essa opinião advenha do fato que, enquanto psicanalistas, não somos agraciados pelo convívio com uma amostra da população saudável, incorrendo daí que testemunhamos a presença de psicopatologia

O cumprimento, a contento, do que é esperado da mãe na parceria emocional - desigual em recursos - que forma com seu filho, repousa na atenção ao desenrolar de três tarefas que, a partir de sua atuação, proporcionarão ao incipiente ser a aquisição de estados vivências de integração, personalização e realização. É através da oferta de um ambiente de *holding* - que inclui a sustentação física e psicológica -, patrocinado, idealmente pela mãe, que se coloca em marcha o desenrolar destas tarefas.

A integração refere-se à percepção de que se é uno. Podemos conceber que em nosso início somos o que Winnicott chamou de “um potencial herdado” e “uma incipiente continuidade de ser” (1988). Não há vivência própria de unidade, o que mais tarde corresponderia à experiência de si como um indivíduo. É através da manutenção contínua do tempo e do espaço que se chega à integração. Didaticamente Winnicott explica que uma criança pequena pode ter a percepção de que não é a mesma quando em vigília e quando está dormindo. Para exemplificar chama-nos atenção para o fato de que o relato a alguém dos sonhos ocorridos durante o sono, pode auxiliá-la a sentir que é a mesma quando em um estado e em outro. Diz também que a permanência de um ambiente estável, associada às

materna com relativa frequência, seja na clínica infantil, seja nos históricos de pacientes adultos. Winnicott, por sua vez, teve ocasião, durante longos anos, através do exercício da Pediatria, de conviver com mães “mais comuns” do ponto de vista da normatividade. Sugiro ao leitor interessado nesse tema a leitura da tese de doutorado de Tânia Granato intitulada *Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas* (2004), disponível no site www.usp.teses.br. Em seu trabalho, Granato traz diferentes narrativas a respeito da clínica psicanalítica winnicottiana desenvolvida no projeto Ser e Criar: atendimento à gestante e à mãe do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo até o ano de 2008. A Ser e Criar tinha como objetivo o acompanhamento de gestantes e/ou mulheres no puerpério que buscavam por auxílio psicológico. A ideia winnicottiana da mãe devotada comum é, no referido trabalho, exaustivamente explorada em suas diferentes expressões e nuances.

percepções de seus impulsos internos, serão os grandes responsáveis por sua capacidade de atingir a integração. Este processo pode, contudo, ser gravemente afetado quando a criança é interrompida a partir de fora, tendo alterados seus sentimentos de continuidade de ser, seu *going on being*. Quando há um descompasso entre as necessidades do bebê e seu atendimento, levando a que impere a conduta do ambiente, seja da própria mãe, ou de fatores contrários à vontade desta, mas aos quais, por sua vez, encontra-se submetida, o bebê experencia este tipo de acontecimento como uma intrusão. Os efeitos de tal acontecimento serão traduzidos em vivências de fragmentação e o bebê poderá se sentir em pedaços, tornando, assim, impossibilitados os sentimentos de unicidade. Para Winnicott, a noção de trauma está assentada, exatamente, na ideia da interrupção da continuidade de ser (FULGÊNCIO, 2004).

O estado de personalização refere-se a poder experenciar que se habita o próprio corpo. Para ilustrar o que quer nos comunicar, Winnicott exemplifica seu entendimento de tal processo através do que observou em pacientes que tiveram falhas no processo de personalização. O interlocutor conta-nos a respeito de uma paciente que imaginava habitar apenas sua cabeça e, ainda, outra que acreditava viver no corpo da irmã gêmea, de modo a estranhar quando aquela era deslocada e ela mesma permanecia em seu devido lugar (WINNICOTT, 1945/2000). O alcance da percepção de que há uma união entre *self* e corpo, a interação psicossomática, é favorecida pelos cuidados dedicados ao corpo da criança. Apenas com o

auxílio do ambiente é possível que haja o assentamento do *self* no corpo. Winnicott nomeou essa tarefa materna de manejo (*handling*).

Por sua vez, a realização é o processo que visa alcançar o estabelecimento da relação com a realidade externa. Winnicott concebe que todo relacionamento com o mundo externo inicia-se a partir do que nomeou como a primeira mamada teórica (WINNICOTT, 1988). Diz que, se a mãe estiver preparada para apresentar o mundo a seu bebê, em pequenas doses (WINNICOTT, 1957/1982), será disparado um saudável relacionamento com a realidade externa, que se estenderá desde a primeira mamada teórica até a construção da possibilidade de fazer “uso” do objeto.

Para nosso interlocutor, tudo começa no momento em que, respondendo às necessidades instintuais do bebê, a mãe apresenta-lhe o seio, exatamente no momento em que, caso cognitivamente pudesse, o bebê o conceberia em resposta à sua necessidade. Quando esse início acontece afortunadamente, havendo o encontro do que se espera com aquilo que é ofertado, dá-se uma experiência de ilusão. Um sentimento de onipotência torna-se presente no incipiente ser que acredita ter criado a realidade que, na verdade, encontrou (WINNICOTT, 1945/2000).

Falhas naturais e esperadas da mãe que, na continuidade da vida, deslizará do estado de preocupação primária, retornando às outras ocupações que lhe sejam importantes, uma vez que já não consegue tamanha eficiência e sintonia às radicais expectativas de total disponibilidade, relativizarão os onipotentes sentimentos de que o próprio bebê cria a realidade. No desenrolar desse sofisticado processo inicial, antes

da desilusão, o que se sucede é a própria manutenção do paradoxo que implica, por um lado, o encontro do objeto; e por outro, sua criação. No transcorrer do devir humano, a experiência desse acontecimento inicial, quando dado, será transformada na possibilidade de apropriação da vida e do que esta oferece. À desilusão posterior ao momento de onipotência, subsistirá uma crença na própria potência criativa baseada na realização inicial e o paradoxo será mantido até mesmo na vida adulta, consubstancializando-se, por exemplo, nos fenômenos culturais. Para Winnicott, somente quando esse processo se concretiza é que se pode sentir a vida como uma experiência que vale a pena, pois esta se torna fruto de apropriação.

Evidentemente, todo esse delicado processo inaugural pode, em seu desenrolar, sofrer indesejáveis interferências lesivas que impeçam a mãe de colocar em marcha suas tarefas, que se traduzem na oferta da atenção devotada e permanente às necessidades do bebê, o ambiente de *holding*, postulado, segundo Winnicott, como algo da ordem de exigir dela apenas que seja, devotadamente, comum. Todavia, pode-se supor que a principal interferência obstrutiva desse princípio afortunado pode advir das dificuldades afetivo-emocionais da própria mãe, alterando sua capacidade de ser suficientemente boa, não permitindo a emergência do estado de preocupação primária. Por outra via, poderiam advir na dramática materna fatos e acontecimentos que deslocariam a mãe do exercício de sua função a contento, entre eles a falha ou falta do próprio ambiente sustentador para si

própria, condição preliminar para o desenrolar espontâneo de seu emergente ser como mãe.⁴⁷

A psicopatologia winnicottiana correria a par da impossibilidade de verem-se postos em marcha os estados de integração, personalização e realização. Convém lembrar, no entanto, conforme indicação do próprio Winnicott, que ocorrências que comprometem tais processos não dizem respeito apenas aos primórdios do desenvolvimento. Diz ele:

Esses assuntos que também dizem respeito ao desenvolvimento emocional muito primitivo não são fenômenos de interesse apenas teórico. Eles são e continuarão a ser a tarefa básica de cada ser humano pela vida afora. As tarefas permanecem as mesmas, mas à medida que o ser humano cresce e se desenvolve, torna-se cada vez mais individual, engajado na verdadeira luta que é a vida. (WINNICOTT, 1988, p. 103)

Para a compreensão de conjunturas vivenciais que alcançam pessoas em diferentes momentos de vida, é possível, portanto seguir indicações de Vaisberg (2003) a respeito da psicopatologia winnicottiana como teoria do sofrimento humano. Nessa postulação, chama-nos atenção o terrível sofrimento apontado por Winnicott: a experiência da queda nas angústias impensáveis.

⁴⁷ Reporto o leitor ao trabalho de mestrado de Sabrina Giorgi, intitulado *Um lugar a partir do qual olhar: viagem através da dependência*. Um de seus achados é a constatação de que o "lugar suficientemente bom" é um lugar ocupado por muitos que, em última instância, sustentam a mãe para que ela, por sua vez, possa sustentar o bebê.

Impensáveis porque impossíveis de serem descritas por quem as vive e por serem essas as angústias mais primitivas, responsáveis por sentimentos de total aniquilação da integridade do *self*, de vivências de um penar infinito, de um cair para sempre. Marcadamente, apresenta-se a experiência de infinitude do aflitivo sofrer. Viver a agonia inominável seria viver o próprio enlouquecimento que, segundo Winnicott, potencialmente seria uma experiência concebível a qualquer pessoa, visto que, em sua visão, a integração não é um processo estabelecido de uma vez por todas, existindo a possibilidade da perda momentânea do movimento de integração em algumas situações de vida – ele cita até mesmo o cansaço extremo como uma delas. Em suas palavras:

É frequente presumir-se que, na saúde, o indivíduo encontra-se sempre integrado, vivendo dentro do próprio corpo e sentindo que o mundo é real. No entanto, muito do que chamamos sanidade é, de fato, um sintoma, carregando dentro de si o medo ou a negação da loucura, o medo ou a negação da capacidade inata de todo indivíduo de estar não integrado, despersonalizado e sentindo que o mundo não é real. A falta de sono em quantidade suficiente produz tais efeitos em qualquer pessoa. (WINNICOTT, 1945/2000, p. 225)

Os sentimentos de perda da integração são responsáveis por vivenciar angústias impensáveis. A invasão excessiva do ambiente responderia, nos primórdios, para o surgimento da agonia, interrompendo a incipiente continuidade de ser do bebê, seu *going on being*, obrigando-o a

estancar seu fluxo natural de viver para reagir à intrusão. Esse acontecimento faz com que seja alterada a manutenção de sua orientação de tempo e espaço e o coloca a perder os sentimentos de unicidade, transformando-o em pedaços. Fragmentado, supomos que ele tenha dificuldades em sentir que habita seu corpo e o contato com a realidade, por sua vez, como idealmente concebido por Winnicott, estará comprometido, pois não há possibilidade de criação da ilusão a partir da intrusão. Se a invasão foi consolidada, é porque não houve, por parte do ambiente – expresso na figura da mãe – o delicado movimento de perceber e atender às necessidades do bebê. O mundo não é apresentado em pequenas, precisas e oportunas doses, pois o bebê está sendo, nesse processo patológico, invadido.

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, ou seja, do que Winnicott chamou, propriamente, de enlouquecimento. Pode surgir, então, uma organização defensiva, construída a partir da submissão ao ambiente, dando origem a um falso *self*. As formações tipo falso *self* relacionam-se a uma estratégia de retirada de si mesmo, da negação da própria presença, intentando a proteção de um núcleo central do ser, o verdadeiro *self*. Imperam, quando desta organização, sentimentos de inautenticidade, futilidade e esvaziamento de si.

Nesse momento, poderia ser colocada a seguinte questão: não seria também terrível, assim como o enlouquecimento, o sofrimento advindo da

tentativa de evitação do colapso do *self* através da dissociação maciça? Talvez fosse possível pensar como as duas faces de uma moeda; uma corresponderia à busca da invulnerabilidade nos movimentos dissociativos que trazem em seu bojo a experiência de não sentir-se vivo e real e a outra corresponderia propriamente ao enlouquecimento da queda nas angústias impensáveis.

Tomando como extremamente relevante a consideração de Winnicott, de que a integração não se constitui como aquisição imperdível, e lembrando que ele nos alerta de que até mesmo a banal ocorrência de cansaço extremo pode acarretar momentânea perda de integração, é possível postular que a soropositividade pode ser evento de monta potencialmente capaz de promover a emergência da perda de integração, sendo vivida como experiência invasiva que altera a continuidade de ser.

Voltemos a mencionar os importantes achados de Vitali (2004) em seu trabalho de mestrado, também direcionado a pensar a problemática do sofrimento existencial em pacientes enfermos.⁴⁸ Ela propõe uma diferenciação entre a concepção da invasão que ocasiona a interrupção do *going on being* – termo mais apropriadamente associado aos primórdios do desenvolvimento –, criando movimentos defensivos da ordem da psicose e que, com o surgimento do falso *self*, constituiriam uma espécie de organização de personalidade, e o que chama de interrupção na dramática

⁴⁸ A dissertação de mestrado de Lígia Masagão Vitali discorre sobre a criação e funcionamento de oficina psicoterapêutica para pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Sendo a ELA uma doença neurológica grave, incapacitante e de prognóstico fatal, Vitali, em seu trabalho, aponta a eficácia terapêutica do uso de materialidade mediadora – montagem de arranjos florais – para promover o alcance de movimentos mutativos.

do viver pela ocorrência de evento adverso que afeta a corporeidade. Vitali aponta que um acontecimento de consequências desastrosas para o corpo pode alcançar um indivíduo suficientemente integrado que, apesar de seu sofrimento, eventualmente experimentado como uma interrupção de sua dramática pessoal, pode não apresentar efeitos da ordem da interrupção da continuidade de ser e conseqüente retirada de si como estratégia de enfrentamento.

Levando em conta os apontamentos de Vitali (2004) e mantendo-nos em plano descritivo, é preciso observar que um acontecimento que invade a continuidade da dramática de vida de determinada pessoa pode ocasionar resposta existencial de diferentes alcances em termos de experiência de *self*. Podemos, portanto, considerar as seguintes possibilidades: a emergência de estados semelhantes aos experimentados pelo bebê quando da interrupção do *going on being*, conseqüentemente dando lugar ao surgimento das angústias impensáveis, ou seja, a perda da integração por sentimentos de interrupção da continuidade de ser; 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 a negação de sofrimento que, conforme apontamento anterior, em citação winnicottiana, seria condição para a manutenção de um viver criativo.

Bleger nos aponta (1963/2007) a pertinência do uso da conceituação das séries complementares concebidas por Freud (1916-1917/1969) 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. Sendo assim, 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.

Vaisberg acrescenta algo interessante a esse respeito:

Alguns clínicos, que adotam uma leitura literalmente desenvolvimentista do pensamento winnicottiano concluem, a partir daí, que os bons cuidados maternos na primeira infância livram o indivíduo do sofrimento psicótico. (VAISBERG, 2002/2004, p. 17)

Ela aponta que, ao falar de bebês afortunados, menos afortunados e desafortunados, Winnicott nos dá margem a pensar que ele próprio acreditaria que os bons cuidados iniciais seriam proteção e garantia de invulnerabilidade ao sofrimento agônico ou psicótico. O postulado das séries complementares não nos permite pensar assim. Continuando com Vaisberg:

Entretanto, se realizarmos uma leitura menos literal da obra winnicottiana, podemos iluminar alguns fenômenos clínicos que de outro modo ficariam obscuros. Essa leitura não-litera pode indicar-nos que toda vez que o sentido de continuidade

de ser de alguém, é interrompido, vale dizer que sua possibilidade de estar presente à própria experiência é barrada, há possibilidade de uma retirada de si, enquanto o falso *self* assume o prosseguimento aparente da vida. Esse falso *self* pode enganar a todos, inclusive a própria pessoa, e isso pode parecer eficaz durante muito tempo. A única coisa que o falso *self* não atinge é exatamente a sensação de estar vivo, a sensação de ser real. Nesse caso, estaremos diante de uma verdadeira ausência de si mesmo, de caráter nitidamente defensivo. (VAISBERG, 2002/2004, p. 18)

Importante se faz acrescentar ao apontado por Vaisberg que outra alternativa existencial para o atentado no sentido da continuidade de ser – quando a interrupção da dramática, a qualquer tempo da vida, leva à experiência de intrusão –, seria a própria queda nas angústias impensáveis, quando as defesas não se apresentam para salvaguardar o *self* central, remetendo-o ao abismo.

Constantemente, vejo esses dois perigos rondarem os pacientes soropositivos como respostas ao evento traumático. Não é pouco frequente a construção de formações tipo falso *self* para o enfrentamento da condição de soropositividade;⁴⁹ por outro lado, a iminência do colapso e vivências agônicas não é surpreendente, principalmente na ocasião do diagnóstico.

⁴⁹ Frequentemente, acompanhamos inúmeros pacientes soropositivos que professam fé religiosa alcançar, através do cultivo da espiritualidade, valioso recurso para o enfrentamento de sua condição. Porém, o conforto emocional advindo dessa estratégia de sobrevivência existencial só se faz possível quando a fé religiosa apresenta-se como aspecto de verdadeiro *self*. O que costumamos observar, não raramente, é a ocorrência de conversões súbitas e radicais a um culto religioso, com dificuldades aparentes de acomodação das novas condutas de maneira mais integrada, levando a que o paciente espere por milagres e tome, eventualmente, decisões incompatíveis com seu autocuidado e tratamento, como, por exemplo, deixar de tomar as medicações. Teme-se, nesses casos que

Retomemos o pensamento winnicottiano a respeito do que, supostamente, seria sua crença na invulnerabilidade relativa à emergência de defesas psicóticas ou experiências agônicas quando de um início afortunado. Abram (1996/2000) nos demonstra que Winnicott não estabelece uma nítida distinção entre a saúde e a não-saúde, considerando que a psicose é uma vicissitude a qual todos estamos sujeitos. Em citação anterior, foi evidenciada a pressuposição de Winnicott de que a perda da integração é algo factível a qualquer pessoa. Acrescentamos àquela a seguinte:

[...] As pessoas sadias conseguem conviver com a psicose, enquanto nem sempre o conseguem com a psicose. **A psicose é muito mais ligada à prática e aos elementos básicos da personalidade e da existência humana** do que a psicose e (para citar a mim mesmo!) pobres de nós se nossa mente for apenas sã. (WINNICOTT, 1960d/2001, p. 89, grifo meu)

Os grifos demarcam a concepção winnicottiana de que as experiências agônicas e o sofrimento psicótico correm a par da vida e da experiência humana, constituindo-se fenômenos em potencial, vinculados à própria condição humana.

a conduta, que segue um padrão altamente dissociado, esteja ameaçada de desmoronamento, pois a precariedade de sua construção, que mais a assemelha a uma prótese existencial, não encontra lastro existencial em aspectos relativos ao verdadeiro *self*, não sendo fruto de gesto espontâneo. Lembra-nos Abram (1996/2000) que, para Winnicott, a submissão massiva ao ambiente está sempre vinculada ao desespero, e não à esperança. O compromisso com a realidade compartilhada, que exige disposição para aceitar elementos objetivamente observados, como a enfermidade, não pode prescindir de um movimento de integração ao verdadeiro *self*.

Chamamos a atenção para todos esses assinalamentos, pois, efetivamente, habitando com nossos pacientes o território da soropositividade, estamos, sim, diante de evento externo que irrompe na dramática de vida de determinada pessoa – que pode estar organizada de maneira até bastante saudável do ponto de vista psicopatológico –, podendo ganhar ou não qualidade de intrusão que interrompe a continuidade de ser. Diante do impacto sofrido pelo acontecimento potencialmente traumático, podem surgir defesas dissociativas que atinjam patamares patológicos. Pensar a resposta emocional, variável em sua dimensão e intensidade como estratégia existencial de sobrevivência frente à adversidade, parece compatível com a ideia winnicottiana de que a agonia e o enlouquecimento sejam ocorrências que fazem parte da própria condição humana.

Uma pergunta se faz presente nesse momento da evolução de nossa elaboração teórica, clinicamente sustentada: se o núcleo preocupante do acompanhamento psicoterapêutico desses pacientes é a iminência da queda nas angústias impensáveis ou a construção de defesas, tipo falso *self*, comprometedoras de um viver que, idealmente, poderia manter-se vivo e real, qual o recurso clínico que o psicanalista pode lançar mão na tentativa de minimizar o risco de tais ocorrências?

Indubitavelmente, a resposta é o *holding*. Este se eleva como recurso prioritário e, incontestavelmente, imbricado na experiência de cuidados emocionais ao paciente soropositivo. O que quero dizer é que, se podemos reconhecer que se trata de recurso clínico mais adequado para a situação, por outro lado, no encontro inter-humano, o *holding* não será apenas uma

aspiração para melhor fazer funcionar uma psicanálise winnicottianamente inspirada, mas a conduta que veremos emergir espontaneamente, via disponibilização sensível – ou empática, como se referia Ferenczi (1928/1992) – diante do sofrimento do semelhante.

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. Indubitavelmente, é na tentativa de reproduzir a tarefa materna que encontramos um modelo interventivo que guarda potência mutativa para resgatar nossos pacientes do colapso e distanciá-los das defesas dissociativas usadas em excesso. Nesse sentido, os aspectos potencialmente traumáticos da doença e tratamento podem perder – ou não ganhar – características de invasão. Esperamos que a presença do ambiente de *holding* ofertado pelo psicólogo/psicanalista em seu convívio psicoterapêutico com o paciente e, de maneira geral, pela equipe de cuidados, para as vivências relacionadas à realidade da soropositividade como condição de vida possa revestir-se de potencialidade para a minimização de características de intrusão.

Essas elaborações teóricas e as descobertas feitas no contexto de nossas pesquisas interventivas no território da enfermidade orgânica são, aparentemente, suficientemente universais de forma a serem adotadas e observadas quando da prática do cuidado emocional do jovem soropositivo.

VI – CONTANDO PEQUENAS HISTÓRIAS



Figura VI.1 – Desenho de Alessandra (nome fictício), 13 anos, HIV+, feito em novembro de 2007.

Minha aproximação ao trabalho com as crianças e jovens HIV+(s) foi antecedida pela existência de um já significativo convívio com pacientes adultos que vivem na mesma condição especial de saúde. A experiência com estes últimos havia ensinado o suficiente para que as conclusões anteriores fossem elaboradas como um postulado pessoal e não deixaram de formar o

substrato para um trabalho que poderia tomar características profiláticas com as crianças. Se, para os adultos, a soropositividade, na grande maioria dos casos, apresentou-se, ao menos na inauguração de tal condição adversa de vida, como evento traumático, de difícil integração aos outros aspectos do *self*; para as crianças talvez pudesse ser diferente.

O ambiente de *holding* da equipe de cuidados, oferecido precocemente poderia carregar em si o potencial de minimização das invasões, evitando o trauma e favorecendo a integração e a emergência da criatividade. Por outro lado, a experiência também já ensinara o que seria possível encontrar em termos contratransferenciais. Se os sentimentos de compaixão estavam tão presentes na clínica dos adultos, nada de menor poderia ser esperado na clínica com as crianças em termos de vivências de sofrimento pessoal enquanto psicoterapeuta. Tal era o horizonte de um trabalho que começou a delinear-se da seguinte maneira.

Até determinada época de atuação de nossa equipe, não tínhamos pacientes contaminados por transmissão vertical que tivessem atingido idade que tornasse inevitável o início de intervenções de caráter psicoterapêuticas a eles direcionadas. No entanto, essa realidade vinha se modificando paulatinamente na medida em que avançavam em crescimento.

Em um determinado momento, deu-se início a um movimento da equipe para que fossem forjadas ações interventivas de cunho sociopsicológico assistencial que contemplassem, de maneira especial, as crianças. Tal demanda não deixava de carregar certa ênfase na necessidade

de “orientação”⁵⁰ aos pequenos pacientes, apresentando, portanto, um viés pedagógico.

Algumas famílias também começaram a afluir ao serviço em uma espécie de busca generalizada por socorro relativo a conduzir a questão da soropositividade de tais crianças. A revelação diagnóstica, para as famílias que não haviam conseguido consumá-la, era a “encomenda” mais frequente no pedido de auxílio. Por outro lado, percebia-se claramente que iniciar o cuidado psicológico às crianças começava a tornar-se inadiável. Já não tínhamos mais apenas bebês ou crianças na primeira infância: elas tinham crescido e andavam perguntando o porquê de tantos remédios!

Na verdade, notara-se ser bastante raro que familiares ou cuidadores fossem capazes de atender plenamente às necessidades especiais dessas crianças, como a revelação diagnóstica, a compreensibilidade da terapêutica antirretroviral, informações sobre cuidados pessoais, cuidados para não contaminar inadvertidamente outras pessoas etc.

O próprio nível de integração do adulto responsável relativo à soropositividade da criança parece comprometer tais tarefas, ainda mais quando se trata da mãe doente, acompanhada ou não do pai também soropositivo. Certamente, a direta implicação na constituição da condição de saúde do filho(a) determina tais dificuldades no favorecimento do devir de sua criança. Por outro lado, um número significativo de crianças portadoras

⁵⁰ Alguns pesquisadores (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009; RODRIGUES et al., 2009) têm apontado para o desafio que representa para os profissionais da saúde, em termos de criação de estratégias de orientação para pacientes crônicos, o observado fenômeno de descompasso entre o conhecimento/informação e a adoção de adequadas condutas de autocuidado.

do HIV, ou doentes de aids, depara-se com a perda de um de seus genitores, quando não de ambos.

A partir de certa idade, muitas passam a viver com avós idosas ou outros tutores, com diferentes graus de parentesco, perdendo, assim, os parâmetros usualmente organizadores de sua formação afetiva e emocional e tendo, em idade precoce, lutos importantes a elaborar. Quando apenas um dos genitores deixa de existir, muitas vezes a nova formação familiar exige da criança enlutada pela sua própria doença e pela perda do pai ou mãe, uma tarefa psicológica suplementar a cumprir. São inúmeras as diferentes formações que acabam por se constelar e as questões psicológicas dessas crianças referentes a “ser portador do HIV” ganha singularidade mergulhada nas nuances da nova vida familiar que se constitui. Assim, cada grupo familiar acaba por construir com seus próprios limites e alcances a capacidade de acolher em seu seio a criança especial e realizar as tarefas necessárias referentes ao favorecimento da integração da soropositividade como aspecto de *self* desses jovens pacientes.

Dessa forma, percebia-se o atravessamento das próprias dificuldades de integração dos cuidadores da condição de soropositividade de sua criança. Para que se criem expectativas de transformação, tal realidade exige tempo e disponibilidade. A última, infelizmente, é limitada pelas próprias condições psicológicas de pais ou cuidadores. Por sua vez, o tempo é algo que, no que diz respeito à aids, nem sempre temos!

Desse modo, a situação que se configura no universo da soropositividade da criança e do jovem faz lembrar as palavras de Winnicott:

Quando chega a adolescência, meninos e meninas emergem de modo irregular e desajeitado da infância e da dependência, em direção ao estado adulto. Crescer não depende apenas de tendências herdadas; também é uma questão de entrelaçamento complexo com ambiente facilitador. Se a família ainda puder ser utilizada, será utilizada em larga medida. Se a família não estiver mais à disposição, nem que seja para ser posta de lado (uso negativo), então é necessário prover pequenas unidades sociais para conter o processo de crescimento do adolescente. (WINNICOTT, 1968c/1999, p. 153)

É como elemento complementar à família, não se abstendo de compor concretamente o ambiente facilitador, que a equipe de cuidados – “pequena unidade social” (WINNICOTT, 1968c/1999) – acaba por exercer o papel de favorecedor do devir desses jovens, nos quais a condição de soropositividade deve ser contemplada como aspecto do *self*. No entanto, a compreensão de que tal função passaria a ser atribuição da equipe não se deu de modo a preceder o próprio início do envolvimento com os familiares, cuidadores e as crianças ou jovens.

Ressalta-se que o conhecimento prévio do forte impacto emocional já experimentado no convívio com os adultos em dispositivos clínicos anunciava expectativas de maior sofrimento no trabalho com as crianças. Admito que, particularmente, alimentava meus temores a ideia de que a condição de vítima me parecia ainda mais legítima para aqueles contaminados por transmissão vertical, na medida em que nenhuma implicação pessoal na contaminação podia ser a eles atribuída. Tal

pensamento trazia-me certa ansiedade e preocupação que acompanhavam o questionamento a respeito de meu suficiente preparo para o trabalho com crianças doentes. Tal como os adultos, elas também se encontravam concretamente submetidas às ontológicas condições humanas de precariedade, limitação e finitude. Esse saber prévio sensibilizava-me de modo absolutamente profundo em relação a elas, antes mesmo do início de nosso convívio.

Bem, mas eu ali estava e um trabalho se fazia necessário. Pude, felizmente, contar com uma colega psicóloga que compunha a equipe a mais tempo, Lílian Sabião Bastidas,⁵¹ que já começara a assistir algumas famílias para o trabalho de revelação diagnóstica. Como dera continuidade ao acompanhamento psicológico dos jovens mesmo após a consumação da revelação, minha colega tornou meus primeiros passos factíveis, iniciando-me na apresentação da infância e da adolescência soropositiva. Não me restam dúvidas de que oferecemo-nos, mutuamente, sustentação emocional necessária para o desenrolar de nossas tarefas.

A causalidade acabou por impor a assunção de meus primeiros jovens pacientes. Uma gestação inesperada e que exigia medidas especiais de profilaxia levou a colega a afastar-se em licença médica. Seus pacientes foram, então, assumidos por mim.

Como se tratavam de três meninas com idades ao redor de 10 anos, todas já conhecedoras de seus diagnósticos, a reunião em grupo parecia uma oportunidade para tirá-las da vivência isolada da soropositividade.

⁵¹ Psicóloga, mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo.

Resolvi, pois, oferecer-lhes um enquadramento clínico diferenciado. Ao modelo da exitosa oficina de velas, foi forjada uma oficina que tinha nas contas, miçangas e fios para confecção de bijouterias sua materialidade mediadora.

A partir da potencialidade mutativa encontrada no empreendimento direcionado para os adultos, a criação de dispositivo semelhante que pudesse ser apresentado às crianças teve lugar. Uma quarta garota, que compartilhava a condição de conhecimento prévio do diagnóstico e encontrava-se na mesma faixa etária, também foi convidada para participar.

O estabelecimento do conhecimento do diagnóstico definido como critério para participação da oficina dedicada às jovens tinha sua razão de ser. A revelação diagnóstica é um verdadeiro divisor de águas e a experiência clínica tem demonstrado que o processo de comunicação da condição de soropositividade exige atenção psicoterapêutica individual. Como a intenção era formar um espaço clínico grupal, este passou a ser um critério fundamental, pois o risco de ver uma criança ser invadida por tal notícia de maneira inadvertida por outro companheiro tinha que ser maximamente evitado.

Algumas palavras se fazem necessárias a respeito da escolha da nova materialidade a ser oferecida às meninas, uma vez que, até então, era a parafina que mediava a relação com os pacientes adultos na oficina de velas. Nosso grupo de pesquisadores clínicos da “Ser e Fazer” tem enfatizado, em seus escritos, a importância da escolha da materialidade que,

em parte, deve ser determinada pelo vínculo amadorístico que o analista estabelece com ela.

Tendo em vista que a inspiração para essa forma diferenciada de exercer a clínica foi forjada a partir do rabisco winnicottiano, entende-se que é possível alcançar presentificação através de “rabisco” próprio. Quando, porém, tratou-se de atender as crianças, fez-se necessário cogitar sobre a escolha de uma materialidade mais apropriada para meninas. Assim, tornava-se uma preocupação tanto a disponibilização de uma mediação que as pacientes pudessem aceitar facilmente como evitar dificuldades pragmáticas. Nesse sentido, conclui-se que a parafina talvez não se constituísse como a materialidade mais oportuna. Sua manipulação poderia ser temerária por pré-adolescentes com o desenvolvimento motor ainda em andamento, uma vez que seu manejo exige o aquecimento em elevada temperatura, o que pode representar certo perigo. Por outro lado, não era conveniente a manutenção de preocupação com tais aspectos durante o atendimento, pois a disponibilidade para acolhimento das expressões emocionais poderia ser afetada.

Experiências anteriores de atendimento de meninas nessa mesma faixa etária, realizadas por colegas da “Ser e Fazer”, já havia indicado a potencialidade de contas e fios se prestarem como “rabisco” em oficina psicoterapêutica. Meu apreço pela atividade de montagem de bijoutherias possibilitou o encontro de uma materialidade que também parecia adequada para meninas a caminho da adolescência. Essa materialidade contemplava a amorfia necessária para que o “rabisco” acontecesse, presentificando minha

pessoa e apresentando a possibilidade de poder ser criada/encontrada pelas meninas. O trabalho foi batizado como “Oficina de Pulseirinhas”.

A instalação do dispositivo clínico da Oficina de Pulseirinhas, logo se tornou o centro referencial para o “acontecer” de inúmeras situações psicoterapêuticas diferenciadas. Configurarem-se, então, por parte das crianças, demandas que acabavam por quebrar fronteiras tradicionalmente delimitadas nas práticas psicoterapêuticas. Constituindo-se de maneira inesperada, portanto não fazendo parte de uma proposta inicial, permiti que o processo seguisse seu curso, compreendido como natural e necessário. Estava, assim, formado um campo de trabalho que podemos designar como cuidado psicológico expandido. A seguir serão expostos exemplos de acontecimentos inusitados nas práticas tradicionais.

Alguns eventos comemorativos, como o dia das crianças e Natal, eram marcados pelo preparo de festinhas. Fizemos passeios a parques, fomos ao cinema e ao boliche e saímos, exclusivamente, para lanchar ou comprar as peças para a oficina. Nessas oportunidades, algum outro membro da equipe comparecia para apoiar nos deslocamentos e vigilância das crianças.

O relacionamento íntimo estabelecido com as meninas no enquadre da oficina psicoterapêutica trouxe rapidamente a importante descoberta de que qualquer menção à doença que portavam poderia, naquele período inicial de nosso convívio, ganhar características “invasivas”. Após o anúncio, no primeiro encontro, de que o denominador comum para estarmos trabalhando em grupo era o fato de todas se tratarem em função de portarem

o mesmo problema de saúde, as meninas, que ouviram caladas, não se pronunciariam sobre o assunto por um longo período. Na verdade, no princípio, era como se fosse um tema proibido. Logo percebi que minha atitude teria que ser de espera. O propósito de favorecer-lhes a integração da diferenciada condição especial de saúde teria que seguir o movimento de abertura das crianças. Não restava outra possibilidade a não ser esperar, incorrendo em risco de, através de qualquer tentativa de aproximação do tema do HIV ou seu tratamento, ocasionar-lhes, ao invés do favorecimento da integração, a instalação do trauma.

Encontramos em Fulgêncio (2004) um providencial auxílio para a elucidação da noção de trauma em Winnicott. Didaticamente, ele nos elenca diversos sentidos dispersos pela obra de nosso interlocutor que apontam para esta ideia. Assinala que, para Winnicott, o trauma pode ser considerado como violação do si mesmo; como privação; como inconstância do ambiente levando a uma hiperatividade do funcionamento mental; como aniquilação do indivíduo cuja continuidade do ser sofreu uma interrupção; como associado às ansiedades impensáveis; como ausência da mãe por tempo excessivo; como ameaça de separação. Fulgêncio ressalta, entretanto, que a centralidade do fenômeno traumático para Winnicott repousa na ideia de ruptura da continuidade de ser.

É a sustentação emocional, o *holding*, que opera como uma espécie de anteparo em relação ao trauma. Implícita na concepção do *holding* está a ideia do atendimento em tempo das necessidades, sem atraso e sem precipitação, para que se possa exatamente possibilitar a coincidência entre

a criação e o encontro, submetendo os acontecimentos ao domínio do gesto próprio, do gesto espontâneo. Por outro lado, a reflexão a respeito da evitação do fenômeno traumático ainda nos leva à aproximação das observações de bebês descritas por Winnicott (1941/2000) em uma situação chamada por ele de estruturada ou situação padrão.

São reconhecidos três diferentes estágios pelos quais passa um bebê saudável quando recebe a oferta de uma espátula durante consulta terapêutica. O colorido objeto parece exercer um fascínio sobre o bebê que, desejoso de ir a seu encontro, em um primeiro momento, inicia esse movimento para, depois, recuar expressando dúvida e temor por reprovação. Este seria o estágio da hesitação, que é seguido de um segundo movimento de determinação no alcance da espátula e do desfrute pelo bebê que a leva à boca. Na sequência, o bebê deixa cair a espátula, como que espontaneamente, ficando claro para o observador, depois das diversas repetições desse gesto, que ele, na realidade, está brincando de jogar o objeto no chão. Por fim, em um terceiro estágio, haverá o desinteresse pela espátula.

Winnicott alcança uma série de conceituações através do reconhecimento desses passos na situação estabelecida; auxilia-nos, no entanto, sobremaneira seu apontamento para a importância de que o bebê possa viver experiências com começo, meio e fim. As experiências completas, com o mínimo de interrupções vindas do exterior, conferem ao bebê vivências que são constitutivas da subjetividade. Viver experiências inteiras apresenta-se na contramão das vivências de ruptura da continuidade

de ser, dadas quando da falha ambiental para a proteção às invasões originárias da realidade externa.

Em um trabalho dedicado ao esforço discriminativo das modalidades interventivas em uma abordagem teórico-clínica voltada para o cuidado com a continuidade de ser, Medeiros e Vaisberg (2006) assinalam a relevância do suportar.⁵² Para elas, o suportar, como intervenção terapêutica, contempla duas ideias distintas. A primeira refere-se à possibilidade de o psicanalista aguentar a intensidade dos sentimentos contratransferenciais que emergem na relação com o paciente. É preciso aguentar um incômodo, permanecendo vivo e inteiro na experiência de sofrimento, sem se ausentar ou desistir. A segunda ideia essencial contida no suportar diz respeito, exatamente, à possibilidade de aguardar o tempo necessário para que se dê a experiência completa do paciente. Para ser capaz de esperar que o paciente viva uma experiência inteira, o terapeuta necessitará lidar com sua própria confiança/esperança no potencial criativo humano. De acordo com as estudiosas:

Suportar pode ser compreendido como um recurso psicoterapêutico. Permitir ser afetado verdadeiramente pelo paciente, emocionar-se, sofrer, sentir-se sem referências claras diante do outro e de si mesmo podem ser parte fundamental do atendimento. E aguentar essa condição, vivendo-a juntamente com o outro e aguardando que novos movimentos possam acontecer, parece ser a base para

⁵² Interessante notar que, em nossos dois mais consultados dicionários da língua portuguesa, o Houaiss e o Aurélio, uma das classes de sinônimos apontados para o verbo compadecer seja exatamente: suportar, aguentar, tolerar.

confiança e a possibilidade de transformações. (MEDEIROS; VAISBERG, 2006, p. 41)

Em concordância com Medeiros e Vaisberg (2006), concluí que as expectativas de minha equipe, de que pudesse haver uma espécie de abordagem de “orientação” direcionada às questões relativas à condição de soropositividade, qualquer tipo de enquadramento pedagógico, cairia por terra por um bom tempo. As crianças se mostraram totalmente refratárias a tal abordagem e um longo período se passou até que a experiência completa se delineasse.

Muito lentamente, alguma coisa ou outra começou a surgir sobre o assunto HIV/aids, como falar sobre os remédios, ocasião que tiveram oportunidade de compartilhar seus gostos, preferências e “repugnâncias”.

Certa vez, após mais de um ano de convívio na Oficina de Pulseirinhas, em um encontro individual de reposição por faltas ocorridas, uma das meninas anunciou que iria fazer “colarzinho” para a mãe⁵³ e, já imersa na atividade, perguntou-me, à queima-roupa, o que seria “carga viral”.⁵⁴ Entendendo que demandava uma resposta objetiva, fui dando sequência à nossa conversa, para a qual parecia estar pronta:

⁵³ Essa garota, que perdeu a mãe para aids quando tinha 3 anos, às vezes chamava a madrasta de mãe e, outras, referia-se à ela pelo nome, demonstrando uma posição emocionalmente oscilante em relação àquela. Vale também registrar que a própria madrasta declarara, em entrevista individual, dificuldades para expressar sentimentos maternos em relação à enteada com quem convivia desde tenra infância.

⁵⁴ Expressão reduzida utilizada pelos pacientes que refere um dos exames de monitoramento do tratamento que mede, exatamente, a quantidade de vírus (unidades por milímetros cúbicos de sangue) circulante na corrente sanguínea. Quando o tratamento é exitoso, o exame de “carga viral”, deve apresentar como resultado um nível tão pequeno de vírus circulante que seu valor é expresso como menor do que o limite mínimo detectável pela sensibilidade do recurso laboratorial. Por vezes, esse resultado traz aos pacientes, quando

*Sara:*⁵⁵ *Vera, o que é carga viral?*

Vera: *É o exame que você faz de vez em quando para ver se o vírus da aids está bem quieto.*

Sara: *Como assim? Quer dizer que os remédios não servem para ele morrer? – perguntou assustada.*

Vera: *Ainda não descobriram como fazer para matar todos os vírus e acabar com eles de uma vez, mas o remédio que você toma é para eles ficarem em número pequeno, não fazerem filhotes de vírus e, então, deixar de ter força para fazer você ficar doente e você fica bem. Por isso que não pode esquecer de tomar o remédio nenhuma vez.*

Sara: *Ah, entendi. – disse meio decepcionada.*

O pai de Sara é um rapaz jovem, também soropositivo, que, por convicções religiosas, oscila muito em relação à adesão à medicação antirretroviral. Sabe-se que, no passado, o Serviço Social fez grandes esforços para que iniciasse seguimento médico para si e para a filha. Em entrevista individual, comunicou-me certa ocasião que, no que dizia respeito ao seu próprio caso, decidira manter-se afastado do uso da medicação, apesar de manter a frequência às consultas médicas. Declarou, ainda, que essa posição derivava de um “acerto” que fizera, como adulto, com Deus. Entretanto, não adotava a mesma conduta para com a criança, que seguia

ainda não esclarecidos, a ingênua ilusão de cura. Faz-se necessário orientá-lo que, infelizmente, a eliminação radical do vírus do organismo ainda não é possível, pois ele estará sempre alojado nas vísceras. A manutenção dos níveis de indetecção no exame de carga viral é o que de melhor pode ser alcançado e deve ser perseguida pelo paciente, cabendo a ele a correta adesão aos medicamentos antirretrovirais como conduta fundamental para o alcance do que é considerado o sucesso do tratamento.

⁵⁵ Todos os nomes que serão usados para referirem as pacientes são fictícios, objetivando a preservação de suas verdadeiras identidades.

fazendo uso dos remédios. A conversa de Sara comigo teve seu prosseguimento da seguinte maneira:

Sara: Você demorou conversando com meu pai.

Vera: Estava falando para ele da importância de dar o remédio para você direitinho.

Sara: Às vezes eu atraso de dia de sábado, porque acordo mais tarde e meu pai também.

Vera: Então é preciso colocar o relógio para despertar, tomar o remédio e voltar dormir. Não é muito legal, mas precisa ser assim; se você tiver sono, acaba dormindo de novo.

Sara: É... eu vou fazer um colar daquele de amarrar para dar para minha professora. Por que é preciso a gente contar para a professora que tem isso?

Vera: Não é preciso contar para ela se não quiser...

Sara: O meu pai achou melhor contar.

Vera: E você acha que foi bom?

Sara: Acho que sim, ela ajuda. Ela disse que eu tenho que tomar o remédio direitinho que daí dá para eu fazer tudo normal, até namorar...

Referindo-se à conversa com a professora, Sara introduziu uma temática que parecia lhe trazer preocupações. De fato, seu relato parecia veicular uma pergunta. Sua associação entre remédio e namoro indicava a percepção de que, talvez, em sua condição, algumas coisas normais seriam possíveis; mas outras, não. Não podemos nos esquecer da força do discurso discriminatório, originário de fantasias persecutórias que circula largamente no âmbito social, ao qual nossos pacientes estão expostos. Sara parecia

estar em busca da confirmação de esperanças de poder realizar sonhos futuros que povoam suas fantasias de menina pré-adolescente.

Tomada contratransferencialmente de sentimentos da ordem do compadecimento pelo sofrimento, imbuído na ameaça da não realização do projeto afetivo/amoroso que começava a esboçar-se para a menina, não me furtei de oferecer-lhe informações que garantiriam a possibilidade do exercício pleno de uma vida amorosa e sexual no futuro. É interessante sublinhar, no entanto, que o oferecimento de informações, quando promovido em enquadre psicanalítico, é regido pela noção central de provimento de *holding*, ou seja, tem a específica função do *holding*, compreendido como intervenção ativa que visa preservar a continuidade de ser. Nosso encontro acabou com o seguinte diálogo:

Sara: Sabe, Vera, tem gente que, quando fica sabendo que tem o vírus da aids, fala que quer morrer. Eu não falo isso, eu estou boa e quero continuar boa. Eu quero viver!

Esse encontro com Sara ocorreu após mais de um ano de convívio semanal na Oficina de Pulseirinhas e parece ter contemplado algumas necessidades da menina.

Lembro-me de outra ocasião, logo após o acontecimento narrado. Estávamos todas, as meninas e eu, reunidas na Oficina quando, abruptamente, a partir de uma conversa sobre os medicamentos, começaram um minucioso e sério inquérito sobre o HIV, a mim direcionado. O momento se revestiu de um caráter cerimonioso, fruto de um longo percurso que

culminou na possibilidade de tocar diretamente em um assunto tão nevrálgico. Algo da experiência havia se completado.

Sara: Eu queria um dia parar de tomar os remédios.

Rita: Você está ficando louca? O remédio é a vida da gente!

Alessandra: Vera, eles ainda não descobriram a cura?

Vera: Infelizmente, ainda não...

Lúcia: Eu não entendo uma coisa, se o vírus está no sangue da gente, por que eles não fazem uma transfusão?

Vera: Como assim?

Alessandra: Eu sei o que a Lúcia está falando, também já pensei nisto. Podia tirar todo o sangue da gente, jogar fora e colocar sangue novo, sem o vírus.

Vera: É que não adianta, o danado do vírus também está lá nos órgãos do corpo: no pâncreas, nos rins, no fígado. Não dá para tirar ele de lá.

Lúcia: Que pena! – disse decepcionada.

Rita: A gente não pode casar, não é?

Vera: Isso não é verdade, podem sim!

Julgando que a afirmação subliminarmente referia-se à manutenção da vida sexual, expressa de uma maneira própria da infância, complementei:

Vera: Vocês já não viram na televisão que tem que usar camisinha? Dessa forma não passa para o marido.

Sara: Mas não pode ter filhos!

Vera: Isso também já mudou hoje em dia. As moças grávidas que têm o HIV podem tomar os remédios, iguais a esses que vocês tomam, e isso ajuda muito a não passar o vírus para o bebê. Quando as mães de vocês ficaram grávidas de vocês, os médicos ainda não sabiam que tomar os remédios ajudava a não contaminar o bebê.

A observação de que, um dia, poderiam tornar-se mães parece ter causado certa incredulidade, tamanho o tom de “boa nova” que adquiria aquela informação, uma vez que todas sabiam que haviam sido contaminadas por conta da soropositividade materna. Acrescentei, então, outra informação no intuito de aumentar a credibilidade:

Vera: Sabe, hoje em dia, toda gestante faz exame de HIV para saber se tem ou não, pois, se tiver, já começa a tomar o remédio. As mães de vocês só vieram a saber que tinham o HIV quando vocês já tinham nascido.

As ingênuas fantasias das jovens, como aquela relativa à transfusão de sangue, tinham o poder de levar-me a um sentimento compassivo profundo. Já a percepção da importância concedida pelas meninas à realização amorosa e à possibilidade de relativizar suas limitações à medida que os temores podiam ser expressos, traziam-me satisfação por ter tido paciência para a espera do momento oportuno para fazê-lo.

A chegada ao acontecimento clínico narrado anteriormente, no qual importantes fantasias carregadas da marca das “impossibilidades” puderam ser relativizadas, não se deu antes de um período inicial pautado por uma incipiente troca emocional que lembra em muito a mutualidade referida por Winnicott (1963/1983, 1968b/1983, 1969/1994). Nesse período, pois, o que se elevava como questão primeira e fundamental era o estabelecimento da confiança que se constitui a partir da mútua troca sensível e que prescinde de palavras. Percebia que não deveria criar expectativas em termos de

comunicação que fossem além de manter-me presente, antes de mais nada, a partir da corporeidade, manifesta através de sinais sensoriais. Não se trata de concluir que não conversássemos, mas de perceber que não era a troca verbal que construía, lentamente, o tecido emocional que sustentaria nossa relação.

Falando a respeito da própria atividade, os corpos que juntos executavam “fazeres” utilizando as mãos, mantinham-se próximos e em harmonia. Naquele momento, nada mais era necessário, sendo possível perceber que uma profunda troca emocional acontecia. Indubitavelmente, o enquadramento de oficina psicoterapêutica foi o grande facilitador da tarefa, permitindo que tudo pudesse acontecer a seu “tempo” de maneira harmoniosa. Não é possível deixar de assinalar o efeito favorecedor do enquadre para minha própria pessoa enquanto psicoterapeuta de crianças doentes. A experiência também se completara para mim!

Retomemos o percurso que se deu com as jovens. Nos primeiros tempos, receberam a comunicação, registrada emocionalmente por elas, de que estavam ali reunidas por conta do denominador comum da soropositividade, para que acontecimentos e sentimentos relativos àquela condição de saúde pudessem vir à tona, caso o quisessem. Na sequência, tivemos a apresentação da materialidade, a entrega à atividade, o surgimento do relacionamento pautado pela mutualidade. Enfim, teve lugar em nossa relação clínica um movimento de arrefecimento das ansiedades e entrega à minha confiança, através da mutualidade claramente favorecida pelo manejo da materialidade.

A mutualidade tomou o palco dos encontros clínicos, construindo o lastro para o estabelecimento da confiança. Paulatinamente, durante a confecção de nossas bijouterias, nas conversas que apenas referiam-se aos aspectos práticos do nosso fazer, tecia-se e alinhavava-se o importante tecido da “unidade social” apontada por Winnicott (1968c/1999).

Contas e fios, além de revelaram-se como material altamente potente para o estabelecimento da comunicação emocional com as jovens, traziam como ganho simultâneo o resgate da imagem da feminilidade que poderia estar “contaminada” pelo HIV.

Uma vez consolidada, nossa relação passou a ter momentos nos quais pudemos nos divertir. Ensinei-as, em tom de brincadeira, a exibir, vaidosamente, as pulseirinhas que confeccionavam, simulando uma pretensão de cabeça que as obrigava a colocar as mãos na testa, enquanto declaravam coquetemente o incômodo sentido. As meninas adoravam tal encenação. Desse modo, consubstancializava-se a psicoterapia que “[...] se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta [...]” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 59).

Nesse período, um interessante movimento contratransferencial tomou minha pessoa. Envolvida com as meninas em uma atividade lúdica e prazerosa, com a estabilidade do vínculo construído e, casualmente, distante dos sobressaltos da soropositividade devido à ausência de intercorrências clínicas de caráter médico, esquecia-me do denominador comum que nos unia no grupo: a condição de saúde.

Em um processo que considero corretivo em termos de ajustar-me subjetivamente à minha tarefa, comecei a sonhar com episódios de contaminação. Tais sonhos traziam uma estória da descoberta de minha própria soropositividade ou, especialmente, a revelação da infecção pelo HIV de minha filha, que, na ocasião, contava idade semelhante às delas!

Vivenciei essa dolorosa produção onírica claramente, conforme aponta Safra (2008),⁵⁶ como um dos objetivos do sonhar, ou seja, lembrarmos de algo central e nuclear que foi esquecido e que necessita de cuidado. Segundo Safra, o sonho acontece onde o cuidado faltou; sua força motriz é uma perturbação, uma fratura no cuidado. Assinala, ainda, que a teorização freudiana para o sonho, que o toma como realização de desejo, pode ser compreendida historicamente, pois na época vitoriana era o desejo, como aspecto da condição humana, que se encontrava afastado, que não recebia cuidados. Nessa perspectiva, o sonho desperta para o que é fundamental e verdadeiro e coloca sob o domínio do eu a falha ambiental para reparar no presente, passado e futuro, restaurando o devir, a continuidade de ser.

As aflições experimentadas alucinatoriamente, seja por ser soropositiva ou por ter uma filha soropositiva, recordavam-me que não poderia tornar secundária ou irrelevante a especial condição de vida que exigia o trabalho no sentido de integração no *self* daquelas garotas. Ainda que eu não tocasse nesse assunto com elas, no aguardo da conformação do momento no qual minhas intervenções não se constituíssem em invasões, os sonhos corrigiam o fácil caminho do esquecimento das árduas tarefas.

⁵⁶ Anotações de aula ministrada em maio de 2008.

Tais ocorrências oníricas já haviam me acometido anteriormente ao trabalho com as jovens, quando me “acostumei” à atuação no dispositivo do acolhimento. Acredito que tinham o mesmo significado: não permitir que se tornasse experiência prosaica a dor do semelhante!

Por outro lado, encontro também explicação para meus sonhos de contaminação como a criação de um novo, eficaz e poderoso recurso subjetivo, que trazia o conhecimento da dor existencial da soropositividade para além do compadecimento. De maneira alucinatória e pontual, conheci essa dor em mim mesma, chegando, assim, de forma inigualável, o mais próximo possível da experiência de tal sofrimento. Interessante perceber que tais sonhos aconteciam quando existia a ameaça de esse cotidiano tornar-se experiência trivial, provavelmente como resposta defensiva a meu próprio sofrimento vivido compadecidamente. Por isso, compreendo que os sonhos tinham finalidade corretiva frente à minha função ética, pois minha humanidade, naturalmente, tendia à adaptação de caráter defensivo.

Voltando à sequência de nosso trabalho com as jovens, após o longo período de trocas por mutualidade, tivemos, então, como já narrado anteriormente, a possibilidade de criar um estofo emocional para abordagem, que partiu delas, de questões relativas à soropositividade.

À medida que a oficina foi cumprindo sua função, após aproximadamente 3 anos, as meninas foram sendo tomadas pela vida. Já mais crescidas, outros interesses começaram a surgir e tornar difícil a reunião de todas elas. Cursos de inglês, computação e mudanças de horários escolares competiam com a regularidade de nossos encontros até

que estes foram suspensos em termos de sua sistematização. Passamos, então, a oportunizar encontros individuais, outras vezes alguns passeios com duas das meninas, ou mesmo a reunião para uma comemoração – dia das crianças, Natal – com um grupo maior de jovens soropositivos.

Por essa época, novos jovens já haviam sido trazidos pelos familiares ou cuidadores para a intervenção psicoterápica em situações que, no entanto, exigiam trabalho individual, como a revelação diagnóstica ou sustentação emocional para intervenções e procedimentos médicos mais agressivos, impostos, infelizmente, pela evolução desfavorável da doença.⁵⁷

Indubitavelmente, fui preparada para a atuação nas situações mais dolorosas e complexas emocionalmente, pela iniciação do trabalho nas oficinas psicoterapêuticas com casos de maior estabilidade do ponto de vista da clínica médica. Por outro lado, a materialidade das contas e fios permaneceu como recurso de mediação para os casos abordados individualmente. Na verdade, temos disponibilizado permanentemente um consultório-*atelier*, apresentado logo de início para toda nova relação psicoterapêutica em processo de constituição. Por muitas vezes, a atividade

⁵⁷ A construção do vínculo terapêutico em tais situações costuma seguir um ritmo diferente daquele apresentado no trabalho das oficinas. Por vezes, quando uma criança pequena é trazida para o auxílio aos familiares para a revelação diagnóstica, contamos com tempo de “sobra” para a condução do trabalho. O mesmo não se dá quando os familiares ou cuidadores nos procuram por ocasião da insustentabilidade do segredo, que já se torna “segredo de polichinelo”, quando o jovem é mais velho e começa um inquérito implacável sobre suas constantes visitas a médicos, submissão a exames e uso contínuo de medicações. Um ritmo acelerado na construção do vínculo terapêutico também nos é imposto quando a intervenção visa à acomodação emocional de procedimentos médicos mais agressivos prescritos em caráter emergencial. Infelizmente, o ideal do acompanhamento psicológico das crianças soropositivas desde pequenas, apesar de perseguido por nós e preconizado pelo protocolo de ações em DST/aids do Ministério da Saúde, não recebe acolhida sem resistência em inúmeros casos. Assim, só nos cabe esperar que familiares ou cuidadores atinjam o momento que lhes seja possível solicitar e permitir tal intervenção.

de confecção de velas também é solicitada pelos jovens, uma vez que o material encontra-se exposto na mesma sala.

Ao longo dos anos de trabalho com as crianças e jovens, ou com as crianças que se tornaram jovens, pode-se perceber que, aqueles com os quais um forte vínculo de confiança fora estabelecido e que condições para o alcance da experiência completa (WINNICOTT,1941/2000) foram atingidas, foi possível, enfim, atender à demanda da equipe em termos de uma abordagem de caráter de orientação, sem, contudo, atuar em enquadre pedagógico. Em movimento ainda incipiente, com jovens entre 12 e 16 anos, já oferecemos o primeiro de uma série de encontros nos quais objetivamos “apresentar”,⁵⁸ no sentido winnicottiano, a realidade da doença e tratamento para apropriação de elementos imprescindíveis para a condução da vida soropositiva.

Importante assinalar a extrema delicadeza que contextualiza tal iniciativa, que procuramos seguir atentos à observação winnicottiana a respeito da importância da tarefa materna, tomada paradigmaticamente, de apresentar o mundo em pequenas doses. De acordo com Winnicott:

A mãe reparte com seu filho um fragmento especializado do mundo, conservando esse fragmento suficientemente pequeno para que a criança não se confunda, mas ampliando-o gradualmente, de maneira que a crescente

⁵⁸ A apresentação de objeto é arrolada por Winnicott como uma das três mais importantes tarefas maternas, sendo as outras duas o manejo e a sustentação. O *holding*, sustentação, coloca em andamento a integração, os sentimentos de unicidade do *self*. O manejo promove a personalização, a inter-relação entre psique e soma. Já a apresentação de objeto é responsável pela consideração da externalidade no uso dos objetos, proporcionando a capacidade de transitar pela realidade compartilhada.

capacidade da criança para desfrutar o mundo seja alimentada. Esta é uma das partes mais importantes da tarefa materna. E a mãe a desempenha com naturalidade. (WINNICOTT, 1957/1982, p. 80)

Winnicott diz que a mãe deve estar segura quanto às pequenas parcelas do real que apresenta a seu filho, pois, assim este compreenderá gradativamente que o mundo não é exatamente como imagina. Acalentamos a esperança de apresentar a realidade do tratamento a esses jovens ao modelo da tarefa materna. Sabemos que atuamos no intuito de auxiliar a família na realização de uma tarefa que, devido à intensa carga emocional, cuidadores e familiares nem sempre estão aptos a levar por completo.

Em nossa equipe, esse papel complementar da família na apresentação dos elementos relativos à doença e tratamento tem sido desempenhado por nós, as psicólogas. Procuramos nos aproximar da concepção de uma construção de relacionamento profundo e íntimo o suficiente com esses jovens, podendo, assim, “calibrar” as pequenas doses de realidade a ser apresentada, evitando maximamente as invasões promovedoras de traumas e favorecendo a continuidade de ser.

Importante esclarecer que todo e qualquer encontro, individual ou grupal com os jovens, quando do estabelecimento da confiança, acaba por trazer inúmeros desdobramentos e questões emocionais que, infelizmente, vão além da vivência das limitações da soropositividade e dos percalços do severo tratamento. De acordo com a história pessoal de cada um, algumas problemáticas acabam evidenciando-se, como o luto pela morte de um ou de

ambos os genitores, o relacionamento complexo com os substitutos paternos, o medo ou a experiência concreta do estigma e discriminação, os sentimentos de desfavorecimento em relação a irmãos soronegativos, a afetação da estima pessoal etc.

Convido o leitor a partilhar, nos tópicos seguintes, de uma maior aproximação sensível ao universo da adolescência soropositiva através de narrativas que abordam os relacionamentos clínicos estabelecidos por mim com cada uma das quatro jovens participantes do estudo. Duas delas, Lúcia e Alessandra, fizeram parte da Oficina de Pulseirinhas, enquadramento de **oficinas psicoterapêuticas**, com encontros semanais. Meu relacionamento com Débora se deu em enquadramento de **encontros terapêuticos individuais** de frequência semanal, nos quais a materialidade das contas e fios permaneceu sempre como recurso para a comunicação emocional e foi utilizado diversas vezes. Quanto a Laura, nossa história teve início em função dos pais procurarem ajuda para a realização da revelação diagnóstica, o que exigiu abordagem individual, e seguiu em **encontros terapêuticos individuais**, segundo a demanda da paciente. Laura também fez uso da materialidade mediadora. As quatro garotas frequentaram – e ainda frequentam – **atividades “extraenquadre psicoterapêutico”** como as festinhas, caronas, passeios, reuniões de orientação etc. Nas quatro histórias, é a resposta emocional por mim vivenciada que fornece o fio que alinhava as narrativas.

Segue um quadro organizador dos dados anteriormente referidos:

| Pacientes | Período de Atendimento | Enquades | | | Uso da Materialidade | Atividades Extra-Enquades | | | | | | | | | | |
|------------|------------------------|---|-----------------|----------------------|----------------------|---------------------------|---------|--------|------------|-------------------|-----------------------|--------|---------------------------------|---|---|---|
| | | Encontros Psicoterapêuticos Individuais | | Oficinas Ser e Fazer | | Passeios | | | | Outras Atividades | | | | | | |
| | | Regulares | Segundo Demanda | | | Parque | Boliche | Cinema | McDonald's | Visitas | Reunião de Orientação | Corona | Compra de Material de Bijuteria | | | |
| Lúcia | 2004-2007 | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Alessandra | 2004-2007 | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Deborah | 2007-2009 | x | | | x | | | | x | | | x | | | | |
| Laura | 2005-2009 | | x | | x | | | | x | | | x | | | | |
| Sara** | | | | x | x | | x | x | x | | | | | | | |
| Rita** | | | | x | x | x | x | x | x | | | | | | | x |

** Pacientes referidas em trechos narrativos

QUADRO I - Pacientes e Atividades

VI.1 - Lúcia: a solidão

Conheci Lúcia em entrevista individual com a intenção de convidá-la a participar de um pequeno grupo de pré-adolescentes soropositivos que se ocuparia, em seus encontros, da confecção de bijouterias. O manejo de fios, contas e miçangas havia sido escolhido como recurso para colocar em andamento a intervenção psicoterapêutica fundamentada na utilização de materialidade mediadora para a facilitação da comunicação emocional, conforme concepção das Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer.

A idade de Lúcia, na ocasião, 9 anos, era compatível com a de outras três garotas que já haviam recebido o mesmo convite. Além de pertencerem à mesma faixa etária, as meninas apresentavam em comum uma condição que eu havia estabelecido como prioritária para a formação daquela pequena unidade social (WINNICOTT,1968c/1999): todas elas já eram conhecedoras de sua especial condição de saúde, a soropositividade para o HIV. Não era admissível correr o risco de ver uma das participantes, conhecedora de sua situação, precipitar, inadvertidamente, a revelação diagnóstica para outra companheira ainda mantida na ignorância de seu agravo de saúde, de modo que tal evento se tornasse uma verdadeira invasão, com todos os desdobramentos negativos consequentes. A revelação diagnóstica, verdadeiro divisor de águas na problemática da infância e juventude soropositiva, exige atenção especial e individual do psicoterapeuta. Como a intenção era a formação de um espaço clínico

grupais, este passou a ser um critério fundamental para a eleição dos participantes.

Antes de encontrar-me pela primeira vez com Lúcia, estive com seu tio para saber, exatamente, o quanto a garota estava informada sobre sua doença. Este era o encarregado de acompanhar Lúcia às consultas médicas, bem como de retirar, regularmente, sua medicação antirretroviral em nossa farmácia, motivo pelo qual foi o familiar a quem primeiro tive acesso.

Abordei o tio de Lúcia dizendo-lhe que a condição especial de saúde de sua sobrinha exigia, além da assistência médica e medicamentosa, atenção mais abrangente relacionada a cuidados relativos a seus aspectos emocionais, sociais e de desenvolvimento. Disse-lhe que era psicóloga do serviço e que minha intenção era encontrar-me com ela regularmente, de preferência uma vez por semana, juntamente com outras jovens, objetivando a atenção aos cuidados enunciados. Pedi-lhe para que me contasse um pouco a respeito da menina e o quanto ela estava informada sobre sua doença.

Aquele senhor, de aproximadamente 40 anos, caracterizou a sobrinha como uma boa garota, estudiosa e obediente, complementando com a observação de que ela não dava muito trabalho em casa. Passou, então, a explicar como se configurava a situação familiar.

Sua única irmã, mãe de Lúcia, havia falecido de aids há dois anos. A contaminação, provavelmente, se dera em função do uso de drogas injetáveis, conduta conhecida e desaprovada pelos familiares. Deixara, além de Lúcia, filha de pai desconhecido, outra garotinha que contava 4 anos,

soronegativa, de paternidade também desconhecida. A guarda de ambas as crianças estava sob a responsabilidade de sua mãe, avó das meninas.

Esse tio contou-me que a decisão judicial de manter a guarda com sua mãe, avó das crianças, uma anciã de 78 anos, decorria do fato dele rejeitar essa tarefa para si. Anunciando que seria sincero comigo, explicou-se:

Tio: Eu não me casei, não tive filhos e não me comportei de forma errada como minha irmã, por isso não acho justo ter que olhar as crianças agora! Vou ser honesto com a senhora, eu levo a menina no médico, porque minha mãe tem um problema no joelho e não consegue mais andar muito e nem subir no ônibus... Eu também venho aqui e pego os remédios dela todo mês, mas não me peça para trazê-la toda semana porque não vou trazer...

Impactada e surpresa com a franqueza do tio só consegui perguntar-lhe se, caso o motorista de nossa viatura ou um voluntário(a) pudesse buscá-la e levá-la de volta para casa, ele e a mãe estariam de acordo que Lúcia participasse dos encontros. Ele respondeu-me que, dessa forma, acreditava que não haveria nenhum problema.

Em seguida, pedi esclarecimentos sobre o grau de conhecimento de Lúcia a respeito da doença. O senhor me contou que ela sabia de tudo. Sabia que tinha o vírus e que pegou da mãe porque aquela usava drogas. A avó decidiu explicar-lhe, de maneira mais minuciosa, tudo que acontecera na ocasião da morte da mãe!

A par dessa informação, não pude evitar o sentimento de um profundo lamento ao constatar que, aos 7 anos de idade, Lúcia fora convocada a portar o conhecimento de acontecimentos e fatos de tamanha desventura. Refleti que sua infância havia sido brutalmente tomada por infelizes eventos que se perpetuaram através da concretização da contaminação, herança materna da qual não poderia se desfazer.

Despedi-me do tio de Lúcia após convencê-lo a trazê-la na semana seguinte para que pudéssemos nos conhecer antes da formação do grupo. Por telefone, obtive o consentimento da avó para a participação da menina nos encontros, bem como para que ela fosse trazida e levada pelo motorista do ambulatório, desde que houvesse...

Avó: ...uma moça do serviço acompanhando-o, pois não permitiria que Lúcia fizesse o trajeto, sozinha, na companhia de um homem.

Na ocasião do telefonema foi possível explicar o objetivo dos encontros, já esclarecidos ao tio. A avó quis saber se as outras crianças tinham o mesmo problema que sua neta. Diante de minha resposta afirmativa, ela acrescentou que Lúcia já sabia de tudo. Como se tornara totalmente responsável por ela no dia da morte de sua mãe, julgou não ter alternativa para, em idade tão avançada, arcar sozinha com as agruras da doença e do tratamento; logo, precisava da colaboração da própria Lúcia!

Encontrei-me com Lúcia na semana seguinte. Tinha diante de mim uma menina tímida, porém ávida por contato, que elegera como tema de nossa conversa sua solidão. Expressou seu isolamento contando-me a respeito do afastamento de uma prima muito querida. Na verdade, tratava-se da filha de um parente que morava nas proximidades de sua casa. Muito apegadas, as garotas brincavam juntas e se faziam companhia,

Lúcia: Mas agora ela vai embora com seus pais para Portugal e eu não vou mais vê-la – confidenciou-me, acrescentando que estava muito triste por causa disso.

Desenhou a si mesma e a prima, sobre quem discorreu durante todo nosso encontro, demonstrando grande aflição pela separação. Não encontrei muitas maneiras de aliviar-lhe a dor que sentia pela iminência da perda de tão precioso contato humano depositado naquela amizade. No entanto, constatei, esperançosa, que minha ideia de forjar um dispositivo psicoterapêutico grupal para as meninas pré-adolescentes soropositivas poderia ganhar, para Lúcia, o estatuto de um *fórum* para trocas sociais tão raras e empobrecidas em sua vida.

Lúcia apreciou sobremaneira o convite que lhe fiz para encontros semanais nos quais outras garotas estariam presentes, todas em minha constante companhia. Para ser mais precisa, parecia ter ganho um improvável presente, não deixando de expressar em seu olhar certa incredulidade.

Minha relação com Lúcia, principiada naquela entrevista, foi vivida na nossa presença no grupo constituído da oficina psicoterapêutica de bijouterias para meninas, batizada por nós de “Oficina de Pulseirinhas”. Também contextualizamos nosso relacionamento em encontros individuais, pequenos passeios feitos apenas por nós duas ou na companhia das outras meninas, telefonemas e caronas – quando motorista ou voluntária nos deixavam na mão.

Quando eu mesma me encarregava de buscar ou levar Lúcia, sua avó nos aguardava no portão e, nessas ocasiões, tive a oportunidade de ouvi-la evidenciar sua angústia, mesmo na presença das duas netas, pois a irmãzinha de Lúcia nunca deixava de me esperar em companhia da avó para repetidamente dizer que queria que eu fosse sua psicóloga também.

Aquela idosa senhora, com quase 80 anos, preocupava-se com o dia em que “[...] *iria para aquele outro País* [...]”, referindo-se, metaforicamente, à sua própria morte. Temia que, quando esse dia chegasse, as crianças ainda fossem muito jovens e tinha uma noção de que corria contra o tempo para prepará-las para uma vida correta. A realística e legítima angústia da avó passou, a meu ver, a dar sentido para sua conduta, percebida em primeiro plano como tão severa e dura para com Lúcia, que, na sua condição de criança, pouco era poupada das injunções de sua situação social e de saúde. Dessa garota era esperado que, aos 9 anos, já estivesse “pronta” para a vida, sua nada fácil vida!

Ainda que pudesse compreender que a avó de Lúcia agia no sentido de fazer o que julgava necessário, demonstrando, assim, o seu amor pela

menina, construiu-se uma relação entre nós, Lúcia e eu, pautada pela carência afetiva de minha paciente. Não raro, durante os encontros da Oficina de Pulseirinhas, a menina preferia ficar colada em mim, concretamente encostada em meu corpo, ou deliberadamente procurava minha mão para ficar segurando, enquanto observava as outras garotas fazendo alguma atividade.

Era simplesmente impossível cancelar encontros quando não havia motorista disponível para buscá-la, pois sua angústia era imensa. Certa vez, a voluntária que se disponibilizara a servir de motorista para Lúcia e outra garota, também cuidada por avó idosa, adoeceu. Não pude encontrar entre as alternativas a solução de suspender alguns encontros, pois o nível de ansiedade de Lúcia era enorme. Ela, tão tímida e cordata, telefonava para mim e para a voluntária chorando e dizendo que a moça podia ir buscá-las – referindo-se também à companheira de carona –, pois permaneceriam bem “*quietinhas*” no carro e que, chegando no ambulatório, a voluntária poderia ficar “*sentadinha*” sem se cansar.

Tais situações me faziam lembrar os comentários de Winnicott (1970/1999), discorrendo a respeito de assistência residencial como terapia quando da organização de um programa, por ele coordenado, dirigido às crianças problemáticas inglesas evacuadas durante a guerra. Dizia ele:

Bem depressa eu aprendi que a terapia estava sendo feita na instituição, pelas paredes e pelo telhado; pela estufa de vidro que fornecia um alvo magnífico para pedras e tijolos, pelas banheiras absurdamente grandes, para as quais era necessária

uma quantidade enorme de carvão, tão precioso em tempo de guerra, caso se quisesse que a água quente chegasse ao umbigo de quem quisesse tomar banho. A terapia está sendo realizada pelo cozinheiro, pela regularidade da chegada das refeições à mesa, pelas colchas das camas quentes e coloridas. (WINNICOTT, 1970/1999, p. 251)

No entanto, tamanha demanda de contato humano e de cuidados afetivos de Lúcia, não se expressava de forma abusiva em relação a mim. Sempre amável, de poucas palavras no grupo, costumava falar muito durante as caronas. Contava sobre a escola, sobre os parentes mais distantes, sobre a vida da prima que havia se mudado para Portugal. Nessas ocasiões, chegava a se atropelar para falar. No grupo, mantinha-se confeccionando suas bijouterias com alegria e satisfação e relacionava-se amistosamente com as companheiras.

Pode-se imaginar que a reunião de meninas em grupo acaba por trazer à baila assuntos compatíveis com seu gênero e idade. Entre elas, Lúcia sempre foi aquela que trazia comentários a respeito das vivências culturais relativas ao universo da pré-adolescência feminina. Falava de revistinhas da moda e de bandas musicais de sucesso e, dessa forma, confeccionavam suas bijouterias e conversavam.

Importante esclarecer que, embora elas soubessem que a reunião em grupo obedecesse ao critério de partilhar a mesma condição de saúde e se realizasse no próprio serviço referenciado para sua assistência, ou seja, sabiam que estavam ali reunidas por serem soropositivas, pude logo

constatar a enorme dificuldade em tocar na questão da doença ou tratamento. Logo reconheci que o desejo da equipe e dos familiares para que a soropositividade fosse abordada como temática nos encontros, ensejando possibilidades de elaboração, não poderia ocorrer sem a lenta aproximação que seria determinada pelas próprias jovens. Percebi que qualquer movimento no sentido da introdução de uma pauta direcionada à problemática de saúde poderia se transformar em conduta invasiva, conforme compreensão winnicottiana, operando no sentido contrário ao *holding*. Meu papel era aguardar.

Quando nossos encontros contavam, aproximadamente, 1 ano, as meninas começaram a trocar algumas poucas ideias sobre os remédios que tomavam, os nomes de seus médicos de seguimento e puderam, enfim, fazer algumas perguntas, de modo que tive oportunidade de desfazer algumas ideias errôneas e fantasiosas sobre a condição de soropositividade. Elas acreditavam, por exemplo, que não poderiam casar-se ou ter filhos e receberam, um tanto incrédulas, porém esperançosas, a notícia de que os avanços da ciência e da Medicina haviam criado maneiras de proteger um bebê de ser contaminado por sua mãe soropositiva o que, infelizmente, não fora possível na época em que suas próprias mães as haviam gerado.

Lúcia, como já comentado, gostava muito de bandas que faziam fama entre pré-adolescentes e naquela época andava muito interessada em um grupo musical protagonista de uma novelinha para jovens que estava em cartaz na televisão. Como as meninas haviam criado o hábito de pedir, eventualmente, para ouvir música enquanto faziam as bijouterias, Lúcia

trouxe em um determinado encontro o CD da tal banda, que ouvimos, embora não completamente. Naquele dia, tive que ocupar-me de levá-la em casa no meu próprio carro. No trajeto, ela pediu para colocar o CD para tocar, pois queria me mostrar uma música que era a preferida de sua irmãzinha e que não havíamos tido tempo de ouvir na Oficina. Lúcia colocou a faixa indicada e ambas ouvimos:

*Sabem que as crianças são anjos sem asas
Que o céu nos manda pra iluminar a vida
Anjos nos mostram onde está o caminho da felicidade
Do nosso destino
O sorriso de criança é como uma estrela
Que brilha tão distante,
Traz a esperança, faz nascer o sonho,
Traz a alegria
E nos damos conta que seguimos vivos
Crianças não morrem, só vão para o céu
Colocam suas asas, acendem a alma
E voam tão perto...
Crianças não morrem, se vão por um tempo
Descem das nuvens e nascem de novo
Em outro pequeno
Crianças nesse mundo hoje passam fome
Sofrem com o frio, por faltar um teto
Choram então a terra, também choram o céu
Quando uma criança fica em silêncio
Crianças não morrem, só vão para o céu
Colocam suas asas, acendem a alma
E voam tão perto
Crianças não morrem, se vão por um tempo
Descem das nuvens e nascem de novo*

*Em outro pequeno
Pequeno anjinho, alma pura de pequeno
Não vá embora e fica comigo
Porque eu te preciso
Crianças não morrem, só vão para o céu...*

Lúcia, contrariamente ao seu costume nas coronas, permaneceu quieta ouvindo a música, de bonita e triste melodia. Eu apenas pude dizer, com a voz um tanto embargada, tocando sua mão com um carinho:

Vera: É mesmo muito bonita essa música; me dá até vontade de chorar.

Não creio que ali coubesse alguma interpretação ou dito consolador. Lúcia escolheu aquela música para falar-me sobre a profunda consciência de sua vulnerabilidade à finitude, concretamente experimentada por sua condição de doente. A mim, cabia sobreviver inteira à dor compadecida provocada por aquela sensível confiança. Depois de deixá-la em casa, voltei para o ambulatório chorando.

Passados alguns meses desse episódio, tivemos a oportunidade de nos encontrarmos a sós, pois, em um dos encontros destinados à Oficina, as outras meninas não puderam comparecer. Convidei-a, então, para darmos uma caminhada em um grande e arborizado parque nas imediações do ambulatório. Não era a primeira vez que estaríamos lá. Conforme já comentado, pequenos passeios faziam parte de uma rotina esporádica na convivência estabelecida com esses jovens. Em nosso cuidado psicológico

expandido, configuraram-se, por parte das crianças ou jovens, demandas que acabam por quebrar fronteiras tradicionalmente delimitadas nas práticas psicoterapêuticas.

Por ocasião de eventos comemorativos, como o dia das crianças, final do ano letivo, período de férias, surgem, como é esperado em qualquer grupo de crianças, pedidos para fazermos passeios, festinhas, visitas etc. Estivemos, com essas meninas, na rede *McDonald's* por duas vezes. Também fomos ao cinema assistir “Os Incríveis”, visitamos o local de trabalho da voluntária que servia como motorista e, por algumas vezes, as levei às compras para que pudessem, elas mesmas, escolher as miçangas e pedrarias a serem usadas na confecção das bijouterias. Nessas oportunidades, compareciam também outros membros da equipe, como agentes de saúde ou estagiárias para auxiliar na logística de deslocamento e cuidado atento por estarmos em atividade “extramuros”. Portanto, para Lúcia, no convite para um passeio no parque havia como novidade apenas o fato de estarmos somente nós duas naquele dia.

Durante nossa caminhada Lúcia me contou que estava escrevendo um livro sobre sua vida. A tarefa havia sido encomendada pela escola. Ela tinha que fazer uma biografia, colocar fotos etc. Falou-me sobre o pai que, segundo a avó, suspeitavam que seria um senhor que morava no mesmo bairro. Contou que colocou em seu livro fotos de seu aniversário de 6 anos, época que a mãe ainda estava viva. Observou, porém, que infelizmente, a mãe não aparecia em nenhuma das fotos, nem mesmo naquela tirada na hora de cantar o “parabéns”. Junto ao bolo, acompanhando-a para apagar as

velinhas encontrava-se, de um lado a irmã, ainda bebê; e de outro, a avó. Lúcia contou-me que, em seu livro, apareciam os familiares, a prima que morava no estrangeiro e eu! Foi dessa maneira que me comunicou, em tom cerimonioso, que eu fazia parte de sua história.

Em determinada ocasião, seu tio me telefonou com intenção de pedir-me para orientar a sobrinha em relação às questões da puberdade. Sensibilizado pela médica de controle de Lúcia, o tio julgou que eu poderia assumir a tarefa que ele e a mãe idosa não tinham muito jeito para tocar em frente. Comunicando o telefonema do tio à Lúcia, em entrevista individual, aproveitei para fazê-la saber que poderia contar comigo em relação as suas dúvidas de pré-adolescente relativas às mudanças que aconteciam em seu corpo.

Conversamos um pouco sobre isso, mas sua atenção foi encaminhando-se, a partir da intimidade gerada, ao compartilhamento de uma queixa: Lúcia guardava o sentimento de que sua avó gostava mais da irmã do que dela. A difícil enunciação de seu lamento foi seguida de um súbito e copioso choro que parecia há muito guardado. Pedi-lhe para que falasse mais sobre suas impressões a respeito dos afetos da avó e perguntei se achava que aquilo que sentia tinha alguma coisa a ver com sua doença. Lúcia me disse que não acreditava que a avó fazia diferença entre as netas por causa da doença, mas porque a irmã ainda era pequena. Perguntei-lhe se estava certa em relação à sua percepção e ela disse que sim, que a avó dava mais carinho para a irmã.

Talvez, a urgência da avó em preparar a neta mais velha para o enfrentamento da vida quando ela viesse a faltar era percebido por Lúcia como ausência de carinho. Por outro lado, não deixava de ser verdadeiro o fato de a avó ser mais condescendente com a outra garotinha, ainda muito pequena. Eu via, porém, na conduta da avó, a mesma severidade com as questões educativas direcionadas a ambas as netas, guardadas as diferenças de idade, o que apontei para Lúcia. Tenho, portanto, para mim, que a queixa de Lúcia, apesar de sua negativa, referia-se ao que a experiência clínica já me havia levado a constatar: é muito difícil conviver com o fato de ser, entre irmãos, o único herdeiro da doença materna!

Acredito que, em nossa relação, eu tenha sido usada por Lúcia, conforme ganha sentido o “uso do objeto” em Winnicott. Concebida por ela a partir do reconhecimento de minha externalidade – não permaneci para ela um objeto subjetivo, um feixe de projeções –, pudemos habitar uma realidade compartilhada, na qual aspectos objetivos puderam ser apreciados. Meu esforço para sobreviver à pesada carga emocional vivida compadecidamente em nossa relação transferencial-contratransferencial parece ter lhe conferido a capacidade de usar-me e, conseqüentemente, criado condições para que experimentasse seu sofrimento como legítimo, concedendo-lhe um lugar mais integrado em seu *self*.

Obtive essa impressão pelo lento distanciamento de Lúcia em relação a mim. No último dos quatro anos de nosso convívio mais assíduo, quando ela já contava 13 anos, a vida começou a chamar-lhe para outros compromissos. Era necessário fazer cursos de informática e inglês,

patrocinados por um parente distante; dessa maneira, tornaram-se escassos os horários para nossos encontros, resultando em suspensão quanto à regularidade. Eu, porém, continuo lá, à disposição. Encontramo-nos quando Lúcia está no ambulatório para a coleta de exames ou retirada de medicação; às vezes nos falamos por telefone. Ela também está presente quando o serviço prepara algum evento para adolescentes.

Por ocasião de uma visita à sua casa para a obtenção de seu consentimento, bem como de sua avó, para que eu pudesse expor esta narrativa, tive a oportunidade de observar sua maior estabilidade emocional. Sentada a meu lado, segurando minha mão, após atender a ordem da avó em me servir uma limonada, Lúcia ouviu o minucioso relato da avó a respeito dos fatos acontecidos no passado: o comportamento transgressivo da mãe, o nascimento de Lúcia, a descoberta da doença da mãe e de Lúcia, o tratamento de ambas, o nascimento da irmã, a evolução para o óbito de sua mãe. A senhora relatava em primeira pessoa as esperanças e temores vividos naquela ocasião. Perguntei a Lúcia se era conhecedora de todos aqueles detalhes. Disse-me, tranquilamente, que sim, mas que nunca tinha ouvido a avó, contar assim, em uma história só. Eu a vi suportar aquele relato – elaborativo também para avó – e apropriar-se de sua história, a meu ver, de forma mais integrada.

Há pouco tempo, havíamos marcado um encontro no ambulatório, com antecedência de uma semana. Na véspera, Lúcia avisou-me, por telefone, que não poderia comparecer, pois tinha prova e precisava estudar. Ficamos de combinar outro dia. Não pude deixar de pensar que talvez tenha

tomado para ela o destino do objeto transicional: não fui pranteada, nem esquecida, fui absorvida em seu patrimônio histórico.

VI.II - Alessandra: a rebeldia

O início de meu relacionamento com Alessandra, mais do que em outros casos, foi marcado por uma profunda reflexão relativa à minha capacidade de suportar o compartilhamento do sofrimento alheio, em sua dimensão física e, conseqüentemente, existencial. Meus questionamentos diziam respeito às possibilidades de manter-me presente, sem dissociações defensivas, posição necessária para a oferta do *holding*, pois Alessandra encontrava-se severamente doente de aids.

Na verdade, há algum tempo começara a delinear-se no serviço a necessidade de acompanhamento e cuidados psicológicos de maneira mais sistematizada para as crianças soropositivas matriculadas em nossa referência. A equipe havia demandado intervenções focadas nos aspectos socioemocionais e algumas famílias já haviam procurado assistência psicológica que ficara ao encargo de minha colega de equipe de mesma formação.⁵⁹

Acompanhando os pacientes adultos em algumas entrevistas individuais, trabalhando no plantão de acolhimento e dando andamento à oficina psicoterapêutica de velas ornamentais, já pudera, naquela altura de

⁵⁹ Lílian Sabião Bastidas.

minha atuação como psicóloga do ambulatório de moléstias infecciosas, dar-me conta do sofrimento dos pacientes adultos. Temia sucumbir ao sofrimento dos pequenos, caso tivesse que assisti-los. Por outro lado, procurava aceitar a ideia de que não conseguiria manter-me afastada por muito tempo do envolvimento com as crianças e jovens, pois nada garantia, em termos da equipe, que eu me ocupasse apenas dos adultos.

Adiei o quanto julguei necessário e o quanto me foi possível diante do cerco que se fechava, o contato com as crianças soropositivas, pacientes, a meu ver, potencialmente mais capazes de fazer emergir no clínico dolorosos sentimentos que eu temia não tolerar. Meus temores eram alimentados pela ideia de que à criança cabe, estritamente, a condição de vítima diante da soropositividade materna, não havendo a menor possibilidade de atribuir-lhe implicação nos acontecimentos que redundaram em sua contaminação. Para ela, não houve sexo desprotegido nem comportamentos transgressivos em relação ao uso de drogas, condutas sobre as quais a responsabilização pessoal acaba por favorecer a elaboração no caminho da aceitação da doença. Para a criança vítima de transmissão vertical, a sorte fora lançada desde sempre; sua história começa ali, não há passado pessoal que justifique o dano à sua saúde. É como herança fatídica que inescapavelmente reconhecerá sua soropositividade. Imbuída de tais pensamentos, participei de um primeiro encontro organizado por minha colega de equipe que começara a ocupar-se das crianças.

Por ocasião da comemoração do dia das crianças, levamos um grupo de 5 delas para lanchar na rede *McDonald's*, passeio extremamente

demandado por elas. Todas as crianças presentes, que se encontravam na faixa etária dos 10 anos, já eram conhecedoras de sua condição especial de saúde. Lamentavelmente, não posso afirmar que tivemos uma tarde feliz!

Inicialmente tímidas, as crianças lentamente dirigiram-se para os brinquedos especialmente dispostos pela lanchonete, devido a ocasião, e efetivaram alguma atividade de maneira muito contida, envolvendo-se pouco uns com os outros. A impressão que tínhamos é que nosso encontro também estava, de certa forma, “contaminado” pelo vírus HIV, na medida em que este era, sabidamente por eles, o denominador comum do grupo, emprestando um caráter triste para nossa reunião.

Foi dessa forma que inaugurei meu convívio com os pré-adolescentes soropositivos e demorei alguns dias para elaborar meu impacto emocional, claramente composto de fortes sentimentos compassivos.

Retomei meu contato com Alessandra, que conhecera naquele encontro, quando, novamente, minha colega que se responsabilizara por sua assistência psicológica solicitou-me que a acompanhasse em uma visita que faria à menina, internada já há 15 dias no Hospital Emílio Ribas. No trajeto percorrido entre as cidades de Santo André e São Paulo, a psicoterapeuta de Alessandra dividiu comigo o que sabia a respeito da vida da garota.

Alessandra era órfã de pai e mãe, ambos falecidos de aids quando ela era ainda um bebê. O casal fizera uso de drogas injetáveis, conduta que, provavelmente, os levou à contaminação. O pai de Alessandra faleceu primeiro e, na ocasião, encontrava-se detido pela justiça; a mãe sobreviveu ao pai por alguns meses. A dificuldade de aceitação da morte do esposo e

de seu próprio diagnóstico conduziu a mãe da garota a condutas temerárias de recusa ao tratamento médico para si e para a menina. Em função da emergência de defesas patológicas frente à assustadora realidade, chegou a amamentar a filha à revelia de toda orientação recebida a respeito da contraindicação mandatória do aleitamento.

Após a morte da mãe, Alessandra, já sabidamente soropositiva, passou à guarda da avó paterna. Essa senhora tornou-se também oficialmente responsável por um adolescente, filho mais velho do casal, soronegativo, porém psiquiatricamente diagnosticado como esquizofrênico e em uso de medicação de controle. Separada havia muitos anos do marido, a avó contava com o auxílio das tias maternas da menina, que se incumbiam de levá-la às consultas médicas, coletas de exames e submissão a todo e qualquer procedimento médico que se fizesse necessário, tarefa que cumpriam com grande devoção.

Minha colega de equipe completou suas informações contando-me que Alessandra, embora muito bem cuidada pelos familiares, que seguiam a risca as orientações médicas, não estava respondendo bem ao tratamento. Evoluía pouco em desenvolvimento físico e encontrava-se bastante magra. Sua competência imunológica encontrava-se bastante reduzida e a doença evoluía impiedosamente. Encontrava-se internada devido a um quadro febril importante, de causa, até então, desconhecida e de resistente disposição a qualquer arrefecimento.

Ainda que, após essa exposição dos fatos que a colega fizera, eu me encontrasse de sobreaviso para a visita, a cena que presenciamos ao entrar

no quarto tornou nossos corações apertados, como pudemos compartilhar em momento posterior. Alessandra, que se encontrava deitada e coberta, acompanhada da avó e de uma tia, ambas muito ansiosas e apreensivas pela ausência de diagnóstico do quadro febril, mostrou-se apática e indiferente ao contato. Reagiu como se não se importasse com a presença de sua psicoterapeuta e não emitiu sinais que evidenciassem reconhecimento de minha pessoa. As duas mulheres, após colocarem Alessandra sentada na cama para nos receber, ocuparam o silêncio agradecendo nossa presença e expondo as expectativas relacionadas à elucidação daquele quadro infeccioso, o que levaria à efetiva conduta médica para tratá-lo.

Enquanto estávamos no quarto, duas jovens estudantes de Psicologia pediram permissão para conversar com a paciente. De forma lúdica, colocaram a cabeça de dois bonecos do tipo fantoches na porta, que se apresentaram como os interlocutores de Alessandra. A tia, após obter o consentimento de Alessandra para que os bonecos entrassem no quarto, consentimento este sinalizado apenas com um gesto afirmativo de cabeça, tentou animar a menina a tornar-se responsiva às conversas e brincadeiras propostas. A senhora pontuava que os bonecos já eram velhos conhecidos e mostrou-se festiva em relação a eles, procurando incentivar a garota. Sua psicoterapeuta e eu adotamos o mesmo comportamento. Contudo, todos aqueles esforços de nada adiantaram e Alessandra, desanimadoramente, pediu que os bonecos se retirassem, pois queria voltar a deitar-se, alegando,

em voz muito baixa, que estava cansada. Minha colega e eu também logo nos retiramos, respeitando e permitindo o descanso da menina.

Nossa desalentadora visita não se encerrou antes da frustrada espera pela psicóloga responsável pelo setor hospitalar, com quem desejávamos fazer contato para saber se sua apatia se manifestava constantemente ou se era apenas pontual. Na verdade, além da preocupação com sua condição física, tornamo-nos extremamente preocupadas com o quadro emocional de Alessandra e procurávamos solicitar atenção especial. Esperamos em vão; a moça, ocupada com outros pacientes, não pode nos receber. No caminho de volta, encontrávamo-nos muito tristes e cogitamos um prognóstico desfavorável para a situação de Alessandra.

Essa experiência, bem como o impacto do primeiro encontro com o pequeno grupo de crianças soropositivas, do qual, claramente, Alessandra era a mais doente, levou-me ao questionamento a respeito de minha capacidade emocional de suportar os fortes sentimentos compassivos presentes nessa clínica.

Lembrei-me de uma atitude tomada por Winnicott, objetivando a salvaguarda de sua sensibilidade, quando foi convidado a conviver mais assiduamente com crianças que a gravidade do estado de saúde exigia internação. Conta ele, em carta de endereçada a Margaret Torrie de 5 de setembro de 1967:

Depois de ser médico de ambulatório em Paddington Green, fui habilitado a cuidar dos leitos. Isso era muito entusiasmante, porque o médico encarregado de casos do hospital tinha *status*. Ter leitos significa conseguir sucesso. Sem saber bem por que, recusei. Consegui permissão para fazer uso dos leitos quando necessário, mas passei os pacientes internados para meu assistente. Soube na época por que estava fazendo isso. Disse a mim: o sofrimento de bebês e crianças pequenas numa ala de hospital, mesmo que muito bom, é algo terrível. Entrar na enfermaria me perturba muito. Se eu me tornar um médico de pacientes internados, terei de desenvolver a capacidade de não me perturbar pelo sofrimento das crianças, do contrário não serei um médico eficiente. Portanto, vou me concentrar em meu trabalho de ambulatório e em não me tornar insensível com a finalidade de ser eficiente. Assim, perdi o símbolo de *status*, mas isso de certo modo não teve importância. Acho que a mesma coisa se aplica à Enfermagem, e temos de nos lembrar disso quando tentamos explicar a extraordinária falta de sensibilidade que encontramos em enfermeiros muito bons, algo que desaparece quando o paciente está doente fisicamente, mas se evidencia de modo surpreendente quando o paciente começa a se recuperar fisicamente. Um caso especial é o da ala da maternidade, onde as mães e os bebês não estão na categoria de doentes, a menos, é claro, que sobrevenha uma doença física. (RODMANN, 1987/1990, p. 145)

A questão que essa passagem me colocava é que, se, por um lado, o depoimento de Winnicott vinha ao encontro de minha própria percepção de que presenciar o sofrimento físico “[...] é algo terrível [...]” e essa afirmação me trazia um compreensivo companheiro de vivências em sua prestigiada

figura; por outro lado, na condição de psicóloga de doentes vulneráveis a desenvolver quadros clínicos graves, mesmo atuando apenas ambulatoriamente, não poderia, como ele, me abster do enfrentamento de tais vivências.

Seria necessário permitir que os acontecimentos se dessem, permanecendo maximamente presente, mantendo minha sensibilidade em plano de conduta acessível e enfrentando toda uma prática clínica, certamente composta de fortes e dolorosos sentimentos, inevitavelmente vivenciados compassivamente na medida em que não lançasse mão de defesas dissociativas.

Naquela ocasião, de inauguração de minha atuação junto aos pré-adolescentes e jovens, fui ajudada pela sorte. Alessandra teve a elucidação de seu quadro clínico. Tratava-se de um problema odontológico e a extração de um dente sanou seu sofrimento físico.

Após a alta hospitalar, ainda debilitada pela baixa imunidade que justificava a grave infecção decorrente de um simples problema dentário, passou a usar, além dos antirretrovirais, medicação especial com objetivo de evitar novas infecções oportunistas.⁶⁰

De volta ao acompanhamento psicoterápico, uma nova intercorrência teve lugar em sua vida. Sua psicoterapeuta, que havia completado a tarefa

⁶⁰ Trata-se da gamaglobulina, uma imunização passiva usada para aumentar a resistência às infecções de origem bacteriana quando a imunidade encontra-se muito rebaixada, embora o paciente esteja em uso de antirretrovirais. A aplicação da gamaglobulina se dá de forma injetável, intravenosa e exige quatro horas para a realização completa do procedimento. Existe uma polêmica que divide pesquisadores e estudiosos no Brasil, colocando em campos opostos os que recomendam e adotam o uso da gamaglobulina e aqueles que questionam sua eficácia, não a prescrevendo.

de revelação de diagnóstica, entrara em licença médica em função da evolução de risco de uma gestação recém-confirmada. Minha colega apenas conseguiu comunicar seus pequenos pacientes que eles teriam a continuidade do atendimento com outra psicóloga.

A acalentada ideia de constituir um grupo de pacientes pré-adolescentes para iniciar uma oficina psicoterapêutica ao modelo das oficinas Ser e Fazer foi, então, precipitada. Esta se apresentava como alternativa para o acolhimento das três jovens, em seguimento com minha colega, pelas quais teria que me responsabilizar. Unindo-as a uma quarta garota com quem havia iniciado contato com a intenção de oferecer-lhe a participação na oficina que, até então, era apenas um projeto, coloquei meus planos em andamento e, assim, nasceu a oficina de confecção de bijouterias, batizada de “Oficina de Pulseirinhas”.

O início de minha relação mais íntima com Alessandra não foi nada fácil. Tornei-me a herdeira do ressentimento originalmente dirigido à primeira terapeuta pelo afastamento e, provavelmente, também dirigido aos seus pais, cujas mortes, possivelmente vivenciara como abandono.

Nos encontros da oficina psicoterapêutica, preparada especialmente para as garotas, eu era rechaçada o tempo todo e de diferentes maneiras por Alessandra. A garota não se referia a mim pelo meu nome, Vera. Antes, me criou um apelido que julgava ofensivo: “*Veia*”. Ria-se de sua criação e observava para as outras meninas que não usava o codinome apenas porque evocava meu nome, mas por ser verdade que eu era uma velha. Não dava muita atenção a meu comando, muitas vezes necessário para dirigir a

atividade. Muito inteligente, fazia piadas de mau-gosto envolvendo minha pessoa. Exigia mais atenção que as outras meninas e desejava fazer um número maior de peças de bijouterias com minha ajuda exclusiva para si. Dizia não ter paciência para “[...] *ficar colocando miçanguinhas no fio* [...]”, mas nunca deixava de comparecer ao encontro clínico. Quando eu me recusava a atender seus pedidos, devido ao receio de que as outras se sentissem preteridas, ficava muito brava. As outras meninas achavam estranho seu comportamento e não a compreendiam.

Certa vez, Alessandra deixou de lado o material da oficina de bijouterias e pediu para se ocupar da fabricação de velas com o material existente no mesmo consultório-*atelier*, destinado à oficina dos adultos. Monitorando-a em relação aos perigos do manejo do fogão, de uso necessário para derreter a parafina, permiti, ingenuamente, que se envolvesse com essa atividade. Acredito, porém que, antes de fazer velas, seu objetivo era o de me colocar descompensada, pois, incentivando uma das outras garotas, ambas fizeram uma sujeira enorme com a parafina. Rapidamente, derrubaram parafina derretida por todo lugar, no chão e nas próprias roupas. O trabalho que tive para proceder à limpeza colocou-me, de fato, enfurecida. Tive que tirar-lhes as calças jeans e tênis para raspar toda aquela parafina. No final do encontro, pronunciei enfaticamente que:

Vera: [...] nunca mais farão velas, enquanto não souberem se comportar!

Senti-me muito desconfortável após aquele encontro e não deixei de pensar que as outras duas garotas, que apenas observaram a bagunça, haviam também sido submetidas à minha repreensão.

Logo após aquele incidente, disse ao grupo todo que acreditava que Alessandra agia daquela forma porque sentia raiva por ter sido separada de sua psicoterapeuta, assim como também de seus pais. Disse-lhes que pretendia continuar trabalhando com elas e acrescentei que esperava que nada me acontecesse para interromper nosso trabalho, pois, afinal, não estava nos meus planos afastar-me delas. Acrescentei que, no entanto, não sabia se aquilo estava nos planos da vida.

Aos poucos, ainda mantendo as piadas e referindo-se a mim por “*Veia*”, Alessandra começou a mostrar seu lado espirituoso e inteligente de forma mais positiva. Imitava o pato Donald e outros personagens de desenhos de modo que era impossível para o grupo não “cair na risada”. Fazia inúmeros “barulhinhos” com a boca até conseguir o riso solto de todas nós. Muitas vezes, pedíamos suas imitações, com as quais nos divertíamos.

Seu comportamento referente à abordagem da temática do HIV era de reserva e contenção, assim como das outras jovens, porém com nuances mais agressivas. Vale ressaltar que sempre respeitei o momento das garotas, não tentando aproximações que pudessem ganhar caráter invasivo. Habitamos, no entanto, um ambulatório de moléstias infecto-contagiosas onde se encontra, permanentemente, material educativo, presente nas salas de atendimento. Assim como procurava não invadi-las com tal temática, também não buscava ocultá-la. Todas eram conhecedoras de sua condição

especial de saúde e sabiam que o grupo encontrava-se reunido em função de terem o mesmo diagnóstico.

Em determinada ocasião, as garotas chegaram para o encontro e se envolveram com um álbum de figurinhas que uma delas havia trazido. Não estavam entusiasmadas para as bijouterias e não sabiam o que queriam fazer. Enquanto folheavam o álbum referente a um programa, uma espécie de novelinha para crianças chamada “Alegrijes e Rabujos”, na qual existiam personagens que eram bruxas, uma das meninas pegou de cima de um armário um folder que divulgava um evento do dia 1.º de dezembro, dia mundial de combate à aids, pedindo informações a respeito. Alessandra imediatamente soltou o seguinte comentário:

Alessandra: Que coisa mais chata! Detesto isso e falar disso...

Vera: O que foi, Alessandra?

Alessandra: Nada não, é essa bruxa aqui; eu estava dizendo que detesto ela...

Respeitando seus movimentos defensivos e sobrevivendo a seus ataques, a garota lentamente foi modificando seu comportamento. Já não se referia a mim como “*Veia*” e deixou de lado sua acidez.

Quando nasceu o bebê da antiga psicoterapeuta, que todas conheciam, comuniquei-lhes o fato alegremente. Minha conduta de compartilhar o acontecimento fez com que Alessandra procurasse-me no final do encontro. Buscando estar a sós comigo, precipitou-se a me pedir

formalmente que não queria mais mudar de psicóloga, queria continuar comigo!

Garanti-lhe a manutenção de nosso vínculo e a continuação de nosso trabalho. Seu alívio foi perceptível, perpetuando o avanço no arrefecimento da agressividade.

Porém, um fato de outra ordem preocupava-me. Alessandra permanecia sendo a mais debilitada das garotas do grupo. Crescera pouco, estava emagrecida, com os cabelos muito ralos e não tivera ainda a suspensão da gamaglobulina, tomada mensalmente. A ideia de que poderíamos vir a perdê-la se fosse alcançada por uma evolução desfavorável da doença não me saía do pensamento. Além de minha preocupação e lamento por sua situação, preocupava-me os desdobramentos que o agravamento de sua saúde poderia ter para as outras garotas, estas estáveis do ponto de vista da saúde física.

Entretanto, felizmente, o seguimento médico dos doentes de aids é muito dinâmico, incorporando recorrentemente inovações proporcionadas pelas novas descobertas e avanços medicamentosos. Alessandra foi convidada a participar de um protocolo de pesquisa que reunia de maneira inédita alguns antirretrovirais. Tal conduta foi adotada por sua infectologista na medida em que o esquema em uso mostrava-se falido para a contenção da replicação viral, o que justificava seu debilitamento.

A própria garota comunicou-me a respeito do acontecido, demonstrando perfeita compreensão relativa à seriedade que envolvia a decisão de sua família, chamada em reunião com uma junta médica, para a

concordância da adoção dos novos procedimentos. Fazendo uso da nova combinação de drogas, em alguns poucos meses a garota respondeu de forma muito positiva ao novo tratamento. GANHOU altura e peso e tomou corpo de adolescente, surgindo, assim, os primeiros sinais das transformações da puberdade, inibidas até então pelo comprometimento de seu desenvolvimento em função da doença. Logo em seguida, contou-me alegremente que não precisava mais tomar a “*gama*”.⁶¹

Nossos encontros psicoterapêuticos em grupo, contextualizados pela “Oficina de Pulseirinhas”, seguiram até que se esvaíram no tempo e espaço, ocupados pelos novos compromissos assumidos pelas garotas, que já haviam se tornado mocinhas de aproximadamente 13 anos. Antes de deixarmos de nos ver regularmente, chegamos, ainda em grupo, a poder recordar o difícil temperamento de Alessandra nos tempos passados do início da oficina.

Um dia, a avó de Alessandra me telefonou para dizer que gostaria que os encontros fossem retomados. Desejava que eu operasse minha influência sobre a neta. Contou-me que, desde que começara a jogar no time de futebol feminino da escola, sendo uma das jogadoras mais requisitas, Alessandra só pensava nos campeonatos e corria o risco de perder o ano escolar por falta de dedicação aos estudos!

Não pude deixar de pensar que seu temperamento rebelde pudera ser dirigido para interesses mais saudáveis, tanto do ponto de vista físico

⁶¹ Maneira como se referia à gamaglobulina.

como emocional. Nesse novo período de vida, as sombrias ameaças da doença, em momento de trégua, lhe deixaram em paz.

VI.III - Deborah: a inocência

Deborah⁶² chegou até mim de maneira estranha. Seu seguimento em infectologia decorrente da soropositividade transcorria de forma correta e adequada, tendo os cuidados patrocinados por familiares. Alguns membros de nossa equipe, entretanto, tinham preocupantes notícias a respeito de sua conduta em outro contexto social: a escola. Lá, a adolescente de 15 anos, comportava-se de maneira incompatível com sua idade e apresentava discurso prolixo com tendência à fabulação, embora conseguisse manter rendimento escolar que lhe garantia frequentar a série correspondente à sua faixa etária. Coube a mim ocupar-me do caso e, em entrevista com sua cuidadora, tomei conhecimento de sua história.

Deborah morava com os avós paternos desde bebê e tinha a guarda concedida judicialmente a uma das tias paternas, a cuidadora a quem eu entrevistara. A medida judicial ocorreu após a morte do pai por complicações decorrentes de aids, quando a menina contava 7 anos.

⁶² Quando conversei com a garota para solicitar sua permissão para expor a história de nosso relacionamento, disse-lhe que seu nome verdadeiro não seria revelado para protegê-la de ser identificada. Contei-lhe que inventaria outro nome para ela e perguntei-lhe se gostaria de escolhê-lo. Ela disse que sim e me pediu que colocasse “Deborah”, desta forma, com “h” no final e sem acento agudo na letra “e”.

Quanto à mãe, soube, ainda na entrevista com a tia, que a concebera muito jovem e, na ocasião, encontrava-se no contexto de um relacionamento muito turbulento o pai da garota, irmão de minha entrevistada. Tais condições, reunidas a uma biografia problemática do ponto de vista psíquico e social, não permitiram à mãe a constituição de recursos emocionais, nem sustentação do meio para fazer frente à tarefa materna. Assim, acabou por conceder, a contragosto, os cuidados de Deborah à avó paterna.

Como a relação do casal parental chegou ao fim quando Deborah era ainda bebê, seu pai voltou a habitar a casa dos pais, convivendo, portanto, com a menina até sua própria morte. A mãe, que a visitava com relativa frequência, afastou-se lentamente em função de desentendimentos com a família do ex-companheiro, situação que se mantém até a atualidade.

A soropositividade da garota não recebeu diagnóstico antes de seus três anos. Evoluíra com complicações de saúde até aquela idade, chegando a desenvolver pneumonia por três vezes. Em certa ocasião, necessitando de internação em função do recorrente quadro clínico de insuficiência respiratória, chegou-se ao diagnóstico de soropositividade. Foi somente a deflagração da doença⁶³ da filha que permitiu o conhecimento da soropositividade da mãe. A investigação sorológica confirmou a presença do HIV também no pai.

⁶³ Deborah, na ocasião de seu diagnóstico, já era considerada uma doente de aids. A pneumonia que a vitimou por mais de uma vez é uma das infecções oportunistas que desloca o portador assintomático do HIV para a categoria de doente aids.

A partir da conclusão diagnóstica, recebendo assistência médica adequada, a menina recuperou-se na medida em que iniciou o uso dos antirretrovirais. Seu pai não teve a mesma sorte. Nos quatro anos subsequentes à toda revelação, evoluiu debilitando-se progressivamente até o óbito. Têm-se notícias de que a mãe segue bem, em tratamento.

Após ser informada pela tia de Deborah a respeito da história referente à doença, pedi esclarecimentos sobre o conhecimento da menina relativo a toda essa situação. Meio confusa, a tia me disse que Deborah não sabia o que se passava com ela e que a avó, com quem de fato morava, não queria que ela soubesse nada sobre a enfermidade.

Calmamente, expliquei para aquela senhora a importância de começarmos a acompanhar Deborah por meio de um trabalho que visava integrar conhecimentos relevantes a respeito de si mesma. Questionei o interesse da família de que houvesse uma intervenção psicoterapêutica com intuito de ajudar sua sobrinha a fazer frente à sua condição especial de saúde e a outras dificuldades psicológicas que poderia estar apresentando. Com a anuência da tia, marquei um primeiro encontro com a garota.

O contato com Deborah rapidamente evidencia ao seu interlocutor certa limitação cognitiva-intelectual que empresta à sua conduta uma expressão infantilizada. Sua marcante ingenuidade, no entanto, a torna uma garota meiga e querida.

No início de nosso contato, fui tomada, surpreendentemente, pela informação de que ela já era conhecedora de sua situação de saúde, fato que contradizia o que a tia-cuidadora me comunicara. Quando, ao longo dos

primeiros encontros, me situei como psicóloga que fazia parte da equipe de profissionais dedicada a cuidar de seus problemas de saúde, a garota logo me disse que seu médico já havia lhe contado sobre sua doença; logo, já sabia que tinha aids!

Deborah me disse que, primeiramente, seu médico havia chamado sua avó e sua tia e avisado que iria conversar com ela. As duas, há algum tempo, resistiam em seguir as orientações do médico a respeito da necessidade de proceder à revelação do diagnóstico. O colega lhes disse, então, que a idade da garota já permitia que ela soubesse e compreendesse seu tratamento e que a comunicação tornava-se inadiável; portanto, procedeu à revelação em consulta individual com Deborah.

Deborah contou-me que adorava seu médico, mas que levou o maior susto quando ele lhe disse que ela tinha HIV. Começou a chorar e desesperou-se, perguntando-lhe se iria morrer. O médico, o mesmo que a tratava desde os 3 anos de idade, com quem a menina estabelecera ótimo vínculo de confiança, pediu-lhe calma e apontou-lhe que ela não iria morrer, que vivera até o momento e que iria continuar viva! Seguiu contando-lhe sobre a história da transmissão vertical e parece ter logrado sucesso em seu difícil e desafiador empreendimento, conquistando, novamente, a serenidade da garota.

Não conseguindo compreender a atitude da tia em negar o conhecimento da sobrinha a respeito da doença que lhe acometia, pedi-lhe explicações assim que tive oportunidade. Continuei sem entender!

O que levava aquela senhora a sustentar a ideia da ignorância da garota sobre sua soropositividade? Haveria esperança de que Deborah, em função de suas limitações, esquecera ou não entendera a revelação? Ela própria haveria dissociado o evento da revelação, tão claramente reconstruído para mim por Deborah? A família almejaria criar outra versão relativa ao tratamento?

Fiquei aliviada quando percebi que a adolescente, diversamente do que sua família deveria supor, fora capaz de integrar a notícia de sua adversidade. Avisei a tia que Deborah estava a par de tudo, tendo registrado todas as explicações de seu médico. Disse-lhe também que deveria encarar tal situação como um ganho, uma evolução na capacidade de Deborah enfrentar sua doença. Não deveríamos e não tínhamos motivos para caminhar para trás! Após esses esclarecimentos, pude estar com a garota de maneira mais tranquila.

Ao longo do relacionamento que fomos estabelecendo, pude, de fato, observar sua conduta diferenciada em relação aos jovens de sua idade. Deborah interessava-se por escrever poesias e copiar músicas, porém o fazia em um estilo de escrita que fluía em uma perseveração sugestiva de distúrbios cognitivos. Não usava pontuação e o texto trazia a impressão de terminar em função de certa exaustão da autora.

Como toda jovem, Deborah andava às voltas com correspondentes virtuais conhecidos na internet. Atribuía perigosa confiança a desconhecidos que se tornavam seus “*melhores amigos*”, “*aqueles que realmente a compreendiam*”. Não raramente, quase erotomaniacamente, acreditava que

um dos rapazes com quem conversava pela rede estava apaixonado por ela. Chegava a pensar em conhecer o garoto pessoalmente, namorar e casar. Dizia, entretanto, que a avó a proibia de namorar, embora julgasse já estar preparada para tal acontecimento. Por queixar-se da falta de carinho da avó, que não era habituada a dar abraços e beijos, Deborah concebia a figura de um namorado como aquela que lhe obturaria tal carência.

Em tais ocasiões, não me furtei a intervenções próprias da função materna. Orientei-a dos riscos envolvidos na comunicação virtual e pedi-lhe que, caso viesse a encontrar-se com algum dos meninos, que se fizesse acompanhar por um adulto e buscasse lugares públicos para o encontro. De fato, em certa oportunidade, Deborah esteve em um *shopping center*, acompanhada por uma tia e uma prima para conhecer um dos rapazes que morava no interior. O encontro não prosperou em novas visitas e, aos poucos, Deborah parece ter ajustado mais precisamente suas expectativas referentes a amigos internautas. Não deixou de conversar por computador com outros jovens, porém já o fazia com conhecidos da escola ou algum outro apresentado virtualmente por colegas de sua classe.

Deborah mostrou-me seu apego aos animais que criava domesticamente. Tinha claro para si que seus “*bichinhos*” também tinham a função de nutri-la afetivamente. Assim, dormia com um dos gatinhos em sua cama, brincava constantemente com os cachorros e conversava com o papagaio.

Deborah atribuía a este último uma dimensão humana. O papagaio exercia para ela a função de confidente. Desse modo, recorria a ele com sua

queixa permanente de falta de carinho, além de trocar diálogos típicos de amigos. Assim, por vezes, reproduzia-me uma “quase” conversa entabulada com a ave a quem delegava julgamento, pois o papagaio seria capaz de emitir-lhe palavras de consolo ou estímulo a partir de si mesmo.

Resolvi proceder nessas situações apontando-lhe o desvio. Dizia-lhe que era curioso que seu bichinho se portasse daquela maneira, pois era sabido que os papagaios apenas repetiam o que ouviam, não sendo capazes de pensamento próprio. Quando lhe fazia essas observações, Deborah, como que pega de surpresa por não esperar minha ousadia em assinalar sua invenção, rapidamente formulava explicações:

Deborah: É que ele às vezes ouve minha avó dizer que eu não devo ficar triste, então ele repete.

Em certo período de nosso relacionamento, Deborah ausentou-se por 6 meses dos encontros psicoterapêuticos. Inscrevera-se em um programa da prefeitura que treinava adolescentes para o ofício de pequenos trabalhos administrativos nos serviços públicos. Após meses de aulas, procedia-se ao encaixe dos jovens no mundo do trabalho. Deborah retornou do treinamento triste e frustrada, pois não conseguiu dar continuidade ao projeto em sua segunda etapa. Não fora escolhida para nenhuma das vagas de trabalho existentes. Chorando, me explicou que ficara muito ofendida quando um dos selecionadores apontou a necessidade de adequar sua atuação de modo a considerar sua deficiência auditiva.

De fato, Deborah apresenta significativa perda auditiva e usa aparelho corretivo desde pequena. É possível que suas limitações cognitivas e o problema auditivo sejam decorrentes de complicações infecciosas provenientes do HIV. A família não sabe informar com precisão.

Em seu retorno, acolhi o sofrimento de Deborah pontuando que o selecionador não agira errado, pois, para seu próprio bem, seria necessário dedicar-se a um trabalho no qual a surdez não fosse empecilho. Lembrei-lhe que havia me contado sobre sua dificuldade em falar ao telefone e assinalei a impossibilidade de assumir, por exemplo, um cargo de telefonista. Acompanhando meu discurso, à sua maneira, ponderou a pertinência de minhas considerações e concluiu que o pessoal da “*guardinha*”⁶⁴ havia sido muito bacana e prometido oportunidades futuras conforme aparecimento de atividade compatível com seu perfil. Falou-me em especial de uma das moças responsáveis do programa, que lhe devotara atenção e carinho. Aproveitei a ocasião para comunicar-lhe o que sua pessoa, sua presença, provocava em mim mesma, na medida em que nosso relacionamento tornava-se mais estreito:

Vera: Sabe Deborah, talvez a moça do treinamento tenha lhe dedicado atenção especial porque você é muito querida! Você é uma figurinha carimbada! Não tem nenhuma igual a você!

⁶⁴ Termo usado popularmente no município para referir-se ao programa de treinamento para o trabalho dedicado aos jovens.

Essa não foi a única vez que lhe fiz tal apontamento. Em sua singularidade, Deborah é, de fato, encantadora. Ao assinalamento de seu potencial para provocar tal resposta afetiva em seu interlocutor, Deborah sorriu satisfeita.

Quando, eventualmente, converso com sua tia-cuidadora, para alguma orientação especial relacionada a algum aspecto prático do tratamento de sua moléstia, é frequente que essa senhora diga algo do gênero:

Tia: Essa Deborah é um barato!

Tal comentário parece ser recorrente também por parte de seu médico e alguns professores.

Em minhas conjecturas, penso que esse tipo de resposta emocional que a garota provoca em seu interlocutor advém de sua pertinaz crença nas potencialidades humanas que podem ser desenvolvidas através da observância do bom comportamento, da educação, do cultivo de bons hábitos e do respeito aos outros. Em tom professoral, almeja inculcar nos primos pequenos tais princípios.

Em Deborah, acometida de tantas limitações, revela-se o que, por vezes, falta em outros mais afortunados em termos de recursos pessoais: o enaltecimento do *ethos* humano, o reverenciar da alteridade.

Talvez, exatamente pela sensibilidade de minha paciente às questões éticas, Deborah tenha dificuldades em superar o que julga ter sido um grande erro cometido pela avó em relação à sua pessoa.

A morte do pai emerge como núcleo central de seu sofrimento. Tal acontecimento ganha matizes ainda mais insuperáveis na medida em que a verdade lhe foi omitida por 4 anos, por determinação da avó!

Quando o pai, gravemente adoecido, foi transferido para o hospital onde veio a falecer, Deborah ao perguntar sobre seu desaparecimento, recebia a informação de que ele estava viajando. Com o passar do tempo, percebendo que o retorno não se consumava, a menina, com 7 anos na época, sempre ouvia da avó que o pai permanecia em viagem quando lhe perguntava sobre ele.

Os adultos pertencentes à família não ousavam desmentir a avó, porém as crianças começaram a apontar a verdade que, em função do sofrimento, não ganhava crédito por parte de Deborah. Como a comunicação surgia a partir das crianças, suas primas, a menina sustentava confusamente em seu imaginário o postulado de que aquilo seria uma maldosa invenção para fustigá-la devido às naturais e corriqueiras desavenças infantis.

Aos 11 anos, quando estava à procura de um documento pessoal demandado pela escola, Deborah vasculhando inocentemente e sozinha os pertences da avó, deparou-se com o atestado de óbito do pai!

A confirmação da morte do amado e esperado pai fez-se de maneira impactante, jogando-a extemporaneamente e, portanto, desacompanhada

dos familiares, em um luto de difícil elaboração que se arrasta até a atualidade de seus 17 anos.

Deborah não consegue perdoar a avó pela falha ética. Costuma dizer que não era correto fazer aquilo com ela e, invariavelmente, chora quando fala do pai. Todos os meses, no dia do aniversário de seu falecimento, a garota torna-se entristecida e chorosa. Diz que o pai era o único que lhe dava carinho e que avó não sabe fazê-lo. Ao redor dessa queixa nuclear, orbitam outras, relativas às restrições que lhe são impostas quanto a visitar amigas ou recebê-las, dar um passeio no *shopping center* com amigas etc.

É possível que a conduta da avó se fundamente em seus próprios e compreensíveis receios relativos à capacidade de Deborah de autoproteção. Tenho, no entanto, sinalizado para a tia-cuidadora que o mundo da garota precisa criar maior abrangência, pois a jovem manifesta uma vontade legítima e saudável de se relacionar com seus pares e romper as estreitas fronteiras do exclusivo convívio familiar.

Delicada, porém, é a tarefa de abertura do mundo para Deborah. Com sua conduta ingênua e infantilizada, reunida a um significativo prejuízo da estética corporal proporcionado pela lipodistrofia que a castiga severamente, a garota já foi objeto de chacotas na escola. Com certo auxílio dos professores, concluiu em tempo o ensino médio, tendo, porém, que mudar de classe em uma ocasião em função da perseguição desmoralizante imposta pelos colegas.

Deborah, entretanto, não apresenta prejuízo de sua estima pessoal, ainda que almeje ansiosamente pela já indicada cirurgia plástica de retirada

da giba⁶⁵ e redução de mamas, que, em função da síndrome lipodistrófica, se tornaram exageradamente grandes.

Ajustes em suas expectativas de tornar-se assistente social também tem sido objeto de nosso trabalho. Em breve, Deborah iniciará uma avaliação de habilidades em serviço especializado com o objetivo de criação de projeto profissional e oficalizante. Porosa ao aconselhamento, Deborah torna o fardo de minha lastimável tarefa um pouco menor, ainda que não seja possível deixar de recolher em mim, compassivamente, a dor relativa às suas restrições que ela mesma não consegue dimensionar.

Em contraposição à subapreciação de seus prejuízos concretos, apresenta-se, entretanto, a exacerbada vivência de seu eterno e lamentável luto pelo pai. Deborah segue chorando sua perda em toda e qualquer oportunidade, solenizando em tristes lágrimas o dia de sua morte todos os meses.

Certa vez, casualmente, nosso encontro clínico semanal ocorreu na mesma data que mensalmente Deborah costumava passar o dia lamentando seu finado pai. A garota já entrou no consultório em lamúrias e anunciou, formalmente, o motivo de seu entristecimento.

Deborah: Hoje é o dia que meu pai morreu. Todo mês eu fico assim, não consigo esquecer! Ele era tão bom para mim, era o único que me dava carinho!

⁶⁵ Giba, gordura localizada na região cervical.

Apesar de não duvidar dos sentimentos de pesar de Deborah, há algum tempo eu começava a pensar que, talvez, todo o enaltecimento da conduta carinhosa do pai fazia parte de certa mitologia criada por ela. Sabemos que, de maneira geral, não é pouco frequente o surgimento do fenômeno de atribuição de qualidades ideais à pessoa do falecido, como uma das estratégias de enfrentamento do luto de alguém querido.

Naquele encontro, decidi ler para Deborah um conto de Rubem Alves (2004b) que julguei que poderia ajudá-la em direção a uma maior integração de sua condição de orfandade paterna.

Tal conto segue o mesmo intuito da coleção que o psicanalista preparou para lidar com as “dores emocionais” advindas de difíceis eventos vivenciados por crianças. Na apresentação dessa coleção, Alves nos diz:

O mundo das crianças não é tão risonho quanto se pensa. Há medos confusos, difusos, as experiências das perdas, bichos, coisas, pessoas que vão e não voltam... O escuro da noite: o mundo inteiro se ausentou? Voltará? Os grandes não gostam disto e inventam estórias de meninos e meninas que eram só risos. Talvez para convencerem a si mesmos de que sua própria infância foi gostosa... Escrevi as estórias da Coleção ESTÓRIAS PARA PEQUENOS E GRANDES em torno de temas dolorosos, que foram dados por crianças. Não é possível fazer de conta que eles não existem. Os maus espíritos, a gente os espanta chamando-os pelo seu nome real... O objetivo da estória é dizer o nome, dar às crianças símbolos que lhes permitam falar sobre seus medos. E é sempre mais fácil falar sobre si mesmo fazendo de conta que se está falando sobre flores, sapos, elefantes,

patos... Há estórias que podem ser ouvidas em disquinhos ou simplesmente lidas sozinhas... São as estórias engraçadas. Outras devem ser contadas por alguém. Quando se anda pelo escuro do medo, é sempre importante saber que há alguém amigo por perto. Alguém está contando a estória. Não estou sozinho... Nem o livro que se lê nem o disquinho que se ouve têm o poder de espantar o medo. É preciso que se ouça a voz de um outro que diz: – Estou aqui, meu filho... (ALVES, 2004b)

Com esse espírito iniciei minha leitura, não antes de obter o consentimento de Deborah. Este foi comunicado com esperançoso interesse, na medida em que anunciei que o conto poderia ajudar-lhe exatamente no tocante ao seu sofrimento pela morte do pai. A estória, intitulada “O Decreto da Alegria”, resume-se da seguinte maneira.

Um rei bondoso, porém tolo, resolveu que em seu reino não haveria mais espaço para as tristezas e, por decreto, resolveu expulsá-las de seu território, permitindo que permanecessem apenas as alegrias. Dessa forma, as tristezas foram proibidas e as alegrias tornaram-se obrigatórias. As lindas músicas que são capazes de levar às lágrimas ficaram proibidas, bem como as poesias e quadros artísticos com o mesmo poder. Fotografias de felizes tempos passados também não foram mais permitidas, pois faziam chorar. De igual modo, filmes e peças de teatro com temas tristes estavam proibidos, juntamente com o pôr-do-sol, o crepúsculo e o canto de passarinhos. Até mesmo os velórios foram transformados; ao invés de carpideiras e lamentações, devia-se a partir do decreto, festejar a memória do morto.

Por outro lado, a lista das alegrias obrigatórias era composta de muito churrasco, comilança e bebidas. As danças deveriam acontecer em grande frequência, estando proibidas aquelas de rosto colado, pois costumavam provocar melancolia. Os trios elétricos deveriam estar por todo o lugar e a temática das conversas giraria em torno sempre de piadas. Os filmes seriam pastelões e comédias. Haveria por todo lado fogos de artifícios, serpentinas, confetes e muitos presentes. As sanções para os desobedientes consistiriam na submissão a sessões de cócegas e piadas que só terminariam quando as lágrimas fossem substituídas por risos e gargalhadas.

Porém, havia no reino uma menina que estava lamentando verdadeiramente a expulsão para outras terras de algumas tristezas que lhe eram muito queridas. Ela não queria separar-se da memória de uma cadelinha muito alegre que tivera, companheira de brincadeiras e que havia morrido. Não queria esquecer o animalzinho, pois o amor não troca a tristeza da memória de quem morreu pela alegria do apagamento da lembrança. A menina também ficava triste quando via os cabelos brancos do pai e pensava que ele estava envelhecendo e que um dia iria morrer. Ela não queria abandonar aquela tristeza, pois ela lhe enchia de ternura pelo pai que tanto amava. Então, resolveu perambular pelo mundo a procura de suas queridas tristezas e, quando as encontrou, pode novamente tornar-se feliz.

Enquanto isso, no Reino, um forasteiro desconhecido, em meio a uma festa, pediu licença para ler uma poesia e, a esse acontecimento, logo se seguiu uma grande comoção da população, que foi levada às lágrimas, sensibilizada pela beleza da poesia. Foi então que todos se deram conta da

[...] Tolice do rei ao tornar obrigatória a alegria e ao tornar proibidas as tristezas. Porque a vida é feita de uma mistura de alegrias e tristezas. Sem as tristezas, as alegrias são máscaras vazias, e sem as alegrias, as tristezas são abismos escuros. É por isso que os olhos, lugar dos sorrisos, são regados por uma fonte de lágrimas. São as lágrimas que fazem florescer a alegria. (ALVES, 2004b, p. 23)

Enquanto lia para Deborah, percebi que chorava silenciosamente, sem seus lamentos costumeiros. Ao final da leitura, disse-me que havia gostado muito do conto e eu comentei que o julgava muito verdadeiro, pois sabia que a vida é cheia de tristezas, mas também de alegrias. Disse-lhe que ela parecia-se com a menininha da estória, pois, certamente, preferia ficar às vezes triste por pensar no pai perdido para sempre do que tornar-se constantemente alegre deixando para trás sua lembrança. Apontei-lhe que havia tido um pai amoroso sobre o qual podia pensar com saudades e gratidão. Disse-lhe ainda que não são todas as pessoas que podem ter lembranças tão boas assim e aquilo constituía uma alegria que jamais se perderia.

Após nossa despedida naquele dia, fiquei com a sensação de que algo importante havia acontecido. Nosso encontro fora tomado por uma espécie de mansidão tristonha proporcionada pelo conto, deixando-me uma marcante sensação de enlevo.

O encontro que sucedeu o episódio narrado trouxe a confirmação de um encaminhamento para a transformação de seu pungente sofrimento.

Deborah, retomando suas urgências em relação à realização da cirurgia das mamas, comunicou-me que precisava resolver logo tais pendências, pois queria trabalhar e dar continuidade a sua vida; não queria mais ficar sem fazer nada, chorando e pensando no pai. Concluiu que ele, provavelmente, não gostaria de vê-la assim triste e parada na vida!

VI.IV - Laura: a enfermidade

Laura é uma garota soropositiva que conheci quando estava prestes a completar 13 anos. Não ignorava sua existência já havia um bom tempo. Na verdade, seu pai me procurara algumas vezes com uma preocupação muito específica: a esposa não aceitava a própria doença, não queria tratar-se e era resistente à ideia de contar para a filha que esta partilhava a condição de soropositividade com ambos os pais. Embora arredia ao próprio tratamento, a mãe de Laura não submetia a filha à privação de acompanhamento médico, seguindo regularmente a agenda de consultas, procedimentos medicamentosos e monitoramento da doença da garota.

O pai de Laura mostrava ansiedade e apreensão relativas a tal situação e julgava que a esposa necessitava de acompanhamento psicológico, assim como a menina, certamente no futuro, não poderia prescindir desse tipo de assistência. Diversas vezes, sem sucesso, tentou sensibilizar sua companheira a aceitar uma entrevista comigo.

A configuração dessa conjuntura, no entanto, se alterou quando, infelizmente, a mãe de Laura adoeceu,⁶⁶ vitimada por uma pneumonia que colocou sua vida em risco. Salva do perigo da infecção oportunista por recorrer rapidamente ao nosso serviço, sucumbiu diante da força da doença e colocou por terra suas resistências ao acompanhamento médico. Passou, então, a atender rigorosamente as prescrições vinculadas ao tratamento, aderindo inclusive, ao uso dos antirretrovirais de maneira fiel. Estabeleceu, a partir da relação com o médico que a socorreu e que, então, se tornou seu infectologista de seguimento, um relacionamento de confiança que se desdobrou espontaneamente para o restante da equipe. Foi nesse momento de sua dramática de vida, no qual alguns elementos relativos à sua condição de soropositividade parecem ter sido integrados como aspectos de seu si mesmo que conseguiu, enfim, demandar ajuda psicológica, direcionada, no entanto, para a filha.

Parece que a ameaça que o HIV proporcionava à vida, seja a sua, a do marido ou a da filha, mantida nas sombras, havia se transformado em insuportáveis angústias, da ordem das agonias. O adoecimento, felizmente controlado por intervenção humana externa, pode ter lhe trazido, paradoxalmente, o favorecimento para maior integração de um aspecto de si obstinadamente rejeitado até então.

Podemos postular que a própria intervenção médica bem sucedida revestiu-se, em plano psicológico, de características de oferta de *holding*.

⁶⁶ Acontecimento extremamente frequente na clínica da soropositividade, é a observação das ferrenhas resistências ao tratamento cederem a partir de um grave episódio de adoecimento.

Inaugurou-se a experiência da presentificação humana em uma faceta de seu *self* até então vivenciada no distanciamento de qualquer compartilhamento, na medida em que a submissão do marido às mesmas condições ameaçadoras não chegara, até aquele momento, a permitir que ele se transformasse em um companheiro de uma difícil, porém, possível ventura.

Nessas circunstâncias, recebi o casal para a primeira entrevista na qual tomei conhecimento dos percalços vividos pela mãe e ouvi suas preocupações relativas à revelação diagnóstica para Laura, encarada, a partir de então, como tarefa imprescindível e inadiável.

Orientei os pais no sentido de esclarecê-los que todos nós, familiares e equipe de cuidados envolvidos com as crianças e jovens soropositivos, estávamos diante de situações desafiadoras, difíceis e inusitadas, principalmente no que dizia respeito ao passo inicial para lidar com as questões relacionadas à condição especial de saúde: a revelação diagnóstica da soropositividade. Disse-lhes que iniciáramos um processo de convívio com Laura, objetivando a criação de um vínculo que contextualizaria a possibilidade do surgimento de fantasias relacionadas à sua rotina médica constante e outros elementos de sua subjetividade que pudessem nos indicar a melhor maneira de nos aproximarmos da revelação.

Prossigui dizendo que, após esse primeiro passo, seria interessante mantermos a assistência psicológica visando um espaço de acolhimento para suas angústias relativas à enfermidade. Disse-lhes, ainda, que nossa experiência havia nos ensinado que nem sempre a revelação se dava no

espaço do consultório médico ou psicológico, mas em alguma ocasião em casa, com algum dos familiares ou mesmo através de uma pergunta mais direta e incisiva feita a algum membro da equipe de cuidados com bom vínculo estabelecido, como, por exemplo, alguma enfermeira. Apontei-lhes que se tratava de uma questão de oportunidade; sendo assim, mantinha-se um caráter de imprevisibilidade quanto ao momento certo para a consumação da comunicação e por via de que pessoa esta se daria.

Tive ainda mais um encontro com os pais antes de conhecer Laura. Soube, então, que tinham uma segunda filha, com 11 anos, soronegativa. Os dois anos transcorridos entre a gestação das meninas teria sido o tempo suficiente para que os desenvolvimentos da pesquisa médica, sempre dinâmica nessa área, tivessem chegado ao consenso para o uso da terapia medicamentosa composta, bem como para a adoção dos outros procedimentos que compunham o protocolo da profilaxia para gestante HIV+.

Durante a gestação da irmã de Laura, tais conhecimentos, então disponíveis e observados pelo casal, foram determinantes para evitar sua contaminação. A inexistência dos “saberes” anteriormente enunciados e, portanto, a ausência de prescrições específicas para redução dos riscos de contaminação quando da gestação de Laura, ainda que os pais já fossem conhecedores da soropositividade de ambos e a tivessem comunicado ao obstetra que procedeu ao pré-natal, não lhe deram a mesma oportunidade dada à irmã para escapar da herança materna.⁶⁷ A partir dessa constatação,

⁶⁷ Antes do avanço da pesquisa médica possibilitar a elaboração do protocolo de profilaxia para gestante HIV+, os bebês eram lançados “à própria sorte” no que diz respeito à

instalou-se um desfavorecimento de Laura em relação à irmã que parece ter marcado definitivamente, em plano subjetivo, sua relação com aquela.

Os pais me fizeram conhecedores da rivalidade de Laura dirigida à irmã e da ignorância sobre toda essa situação em que eram mantidos os avós maternos das meninas, em cuja dependência e proximidade habitacional está submetida a família nuclear composta pelo casal e as duas filhas. Enquanto a mãe de Laura acredita proteger a si, ao marido e filha do preconceito e discriminação de sua própria mãe, de quem é a única filha, o pai da garota recebe apoio e acolhimento de seus irmãos e cunhadas com quem partilhou o conhecimento do infortúnio que acomete a si e aos seus.

Ainda nessa entrevista, os pais contaram-me como o HIV havia invadido-lhes a vida. Observo essa necessidade, de retornar ao momento histórico de conhecimento do diagnóstico, na grande maioria dos pacientes adultos que acompanho, quando se portuniza um espaço e tempo para o início de uma relação. Assim, soube que eram jovens namorados quando o futuro pai de Laura começou apresentar um significativo emagrecimento e, em busca de elucidação de seu estado físico debilitado, chegou ao diagnóstico de soropositividade para o HIV. Comunicou imediatamente à parceira sua condição, porém, infelizmente, esta também já estava contaminada. Desde sempre, o rapaz adotou a conduta de autocuidado consigo mesmo, o que, já sabemos, não ocorreu à moça. A gestação de

transmissão vertical, pois nenhuma ação de prevenção era prescrita. Na ausência da adoção do protocolo, a taxa de incidência de transmissão estende-se de 7 a 28%; iniciado o aleitamento, os riscos adicionais se renovavam a cada mamada. Quando se procede de modo a seguir fielmente o protocolo profilático, os índices de transmissão caem para uma faixa que se circunscreve entre 0 a 2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Laura adveio do descuido materno quanto ao uso do preservativo, assumido como uma das expressões de sua resistência em aceitar a realidade.

Pude, enfim, conhecer Laura após os dois encontros emocionalmente intensos para o casal e para mim, embora tivessem sido produtivos em termos do prosseguimento da minimização das condutas dissociativas de enfrentamento à adversidade anteriormente adotadas pela mãe de forma maciça.

Deparei-me com uma menina loira, de lindos olhos azuis, com estatura e peso abaixo do esperado para sua idade. As maçãs emagrecidas do rosto evidenciavam os sinais da lipodistrofia.

Laura apresentou-se tensa e tímida, exigindo esforços de minha parte para colocá-la à vontade. A justificativa para que estivesse ali presente girou ao redor do fato de ter um médico que cuidava de sua saúde física, o qual havia sugerido consultas com uma psicóloga a fim de cuidar dos aspectos relativos a suas preocupações, tristezas ou ansiedades. Satisfeita com as explicações, passou a enumerar suas dificuldades, de forma a parecer já ter sido orientada pelos pais.

Ao longo de dois encontros, contou-me a respeito da timidez que a impedia de conversar espontaneamente com colegas da classe ou da igreja, fato que a tornava solitária, principalmente na escola. Tinha a respeito de si a impressão de que poderia vir a dizer uma bobagem que redundaria, inevitavelmente, em um vexame. Mostrava-se insatisfeita com a “*magreza*” que virara alvo de chacotas dos colegas de classe, o que a entristecia muito.

A rivalidade, já apontada pelos pais, em relação à irmã, expressou-se na queixa de que os cabelos lisos daquela eram mais bonitos que os seus, que exigiam os esforços da mãe em fazer-lhe “escovas” e “*chapinhas*” a fim de eliminar-lhe os cachos. Também apontou a popularidade da irmã, que contrastava com sua timidez.

Nada a respeito de seus prejuízos de saúde, bem como do uso de medicações, foi mencionado, ainda que Laura já tivesse, ao longo de sua vida, passado por diversas intercorrências clínicas, vários esquemas medicamentosos e se submetido constantemente a consultas e rotinas de exames. Entre as duas entrevistas, no entanto, por sugestão da mãe, trouxe um pequeno texto, justificando a comunicação escrita como forma de melhor se expressar. Em suas linhas, demonstrava apreço por mim e pedia ajuda em relação à inibição e às dúvidas que tinha sobre a vida, que geravam sentimentos que, por sua vez, faziam com que se sentisse ainda mais perdida. Suas respostas frente a meu pedido de maiores explicações sobre tais dúvidas sobre a vida, entretanto, foram vagas e inconsistentes. Tive a impressão de que talvez se referissem à sua doença, mas não tive segurança para abordá-la quanto a esse assunto. Nosso relacionamento e convívio eram ainda incipientes.

Quanto às suas outras queixas, empática ao seu sofrimento e fazendo uma viagem de retorno às minhas próprias preocupações de adolescente, procurei, da maneira mais verdadeira possível, apontar-lhe determinadas ponderações. Disse-lhe que os adolescentes às vezes são

tímidos, pois se sentem inseguros quanto à sua importância para os outros, mas que eu acreditava que:

Vera: Quem tem que gostar da gente, simplesmente gosta, e quem não for muito com a nossa cara, não vai gostar mesmo, independente do que fizermos. O jeito é ser você mesma e ver no que dá.

Sobre suas queixas concernentes à “magreza” e aos apelidos, lembrei-lhe de que, muitas vezes, os jovens são ferinos e costumam procurar defeitos em todos, atribuindo apelidos que exageram uma determinada característica.

Por fim, quanto às comparações com o cabelo liso da irmã, contei-lhe a respeito de minha própria briga com meus “cachos” durante a adolescência. Disse-lhe:

Vera: Eu te entendo muito bem, pois já passei por algo parecido quando tinha sua idade. Mais tarde, acabei assumindo o que existia de diferente em mim e, então, fiz as pazes com meu cabelo.

Acariciei seus cabelos e apontei sua maciez, embora tenha lhe apontado a possibilidade de escolher entre ter os cabelos lisos ou cacheados, já que, atualmente, uma série de cosméticos promovia qualquer tipo de transformação. Conversamos ainda sobre maquiagem e cores de esmaltes, tendo ela perguntado o que eu usava.

Após essas duas consultas, os pais solicitaram uma entrevista na qual me comunicaram, aliviados, que, durante um passeio de bicicleta, ocorrido por iniciativa do pai, no qual se encontravam apenas Laura e ele, a revelação diagnóstica havia sido consumada. Aparentemente, Laura se manteve tranquila, embora surpresa. Confessara já saber da soropositividade do pai, pois ouvira um comentário do tio a respeito, porém, não imaginava que ela e a mãe padecessem do mesmo problema. Fez perguntas referentes à manutenção de sua saúde física e ouviu do pai que o uso dos medicamentos lhe daria essa garantia.

Em nosso terceiro encontro, Laura me comunicou o acontecido reproduzindo as mesmas informações dadas pelos pais e acrescentou o comentário de que a aids era uma doença como qualquer outra, sendo necessário que se cuidasse. Intimamente, obtive a certeza de que a informação havia permanecido apenas no registro intelectual. Protegida pelo amor paterno, Laura não havia se dado conta da gravidade da comunicação enunciada.

Nesse período, tivemos mais alguns encontros, nos quais conversamos sobre estética e beleza, “trocamos figurinhas” e também confeccionamos bijouterias com o material das oficinas. Laura me contou sobre seu “*paquera*” da igreja e sobre seu posicionamento a respeito do “*ficar*” e do “*namorar*”. Decididamente, era a favor de namorar, esclarecendo ser esta, inclusive, a prescrição de seu credo religioso. Contou-me que a irmã, no entanto, “*ficava*” e que já fora punida pelo pai por causa disso. Laura

disse que a irmã era bonita e procurada pelos meninos e que “*era fogo*”, pois “*ficava mesmo*”.

Mais alguns encontros aconteceram e Laura comunicou-me que já conseguia conversar mais na igreja e havia feito algumas amizades na escola; julgava que eu a ajudara, mas que agora estava bem e não precisava vir mais. Aceitei sua decisão, colocando-me à disposição para estar com ela quando fosse necessário, pois eu estaria sempre por ali.

A ingênua percepção de Laura a respeito de sua soropositividade foi, entretanto, logo rompida quando, infelizmente, a doença ganhou contornos perigosos e ameaçadores. Os exames de monitoramento da infecção pelo HIV apontaram queda expressiva dos níveis de imunidade, tornando-se necessária a troca do esquema ARV. O que aconteceu, no entanto, no caso de Laura, é que a menina já fizera uso da grande maioria de esquemas possíveis, tornando-se resistente a uma série de drogas, o que caracterizava o processo de falência terapêutica. Em situações como essa, caso um conjunto de drogas sensíveis não seja encontrado, não há mais tratamentos possíveis e a doença toma seu rumo natural.

O médico de seguimento da garota não via outra alternativa a não ser indicar uma medicação de resgate,⁶⁸ a enfuvertida, cuja apresentação se dá unicamente por via injetável, subcutânea. Além do desconforto de duas tomadas ao dia, o uso de tal droga requer certa perícia da família no seu

⁶⁸ Terapêutica de resgate é toda aquela que vem substituir um esquema antirretroviral que se encontra falido para a contenção da replicação viral. No caso em questão, a garota encontrava-se em falência em relação a todos os esquemas existentes que prescindissem da enfuvertida.

preparo e aplicação. A formação de nódulos dolorosos na região da aplicação, abdômen e coxas, pode ser recorrente.

Na verdade, o desafortunado cenário que se anunciava para o seguimento medicamentoso de Laura era o que lhe restava, caso se conseguisse encontrar para o uso, juntamente com a enfuvertida, até então inédita em seu tratamento, outras duas drogas com relativa sensibilidade às suas cepas virais, compondo, assim, o recomendado esquema tríplice de tratamento. Um exame específico, chamado genotipagem, poderia determinar se Laura teria esperanças de seguir protegida pelos medicamentos ou ficaria a mercê da infecção no aguardo da liberação de novas drogas ainda em estágio de pesquisa.

Soube do agravamento de seu estado de saúde através de outros membros de nossa equipe e, assim como eles, tornei-me extremamente compadecida da situação da garota e do sofrimento dos pais. Laura seria nossa mais jovem paciente a fazer uso das injeções.

O pediatra infectologista que a acompanhava começara a anunciar-lhe os possíveis passos futuros, tendo a menina, em primeiro momento, rejeitado o uso das injeções e tornado-se muito ansiosa com toda a situação. Nessas circunstâncias, o médico sugeriu que a família voltasse a me procurar. Foi dessa forma, no período em que aguardávamos o demorado resultado do exame de genotipagem, que Laura e eu retomamos nossos encontros.

Conversando com a mãe por telefone, esta me informou sobre os detalhes anteriormente expostos, dos quais eu já tinha conhecimento, pois

nossa equipe não deixa de formar uma pequena comunidade onde as notícias são trocadas. A mãe de Laura mostrava-se apreensiva com o estado de saúde da filha e comunicou-me ainda outras preocupações. A irmã da menina, provavelmente em função de perceber que algo não estava indo bem, perguntava insistentemente o que estava acontecendo com Laura. Minha paciente não queria que os pais contassem para irmã a verdade e a mãe preocupava-se, pois, com o uso das injeções, seria impossível evitar explicações. Além disso, Laura recebera na escola a tarefa de pesquisar sobre a aids e tudo que lera para a realização do trabalho deixara-a extremamente impressionada. Seu médico procurou atenuar-lhe as angústias após dar uma olhada no pequeno manuscrito finalizado que Laura levava para partilhar com ele. O colega conseguiu apontar que algumas das informações mais sombrias já não correspondiam mais à verdade nos dias atuais, observando que os *sites* que ela pesquisara traziam dados antigos. De qualquer maneira, para Laura, o tempo da inocência parecia findado.

Reencontrei-a com os cabelos mais lisos e clareados, parecendo mais mocinha. Logo me contou sobre o trabalho da escola e de como as informações que obteve lhe deixaram preocupada. Contou que seu médico havia lhe dito que nem tudo que lera ainda acontecia daquela forma. Acrescentou que a questão era que também ficara magoada com a forma como a professora se referiu à doença e às suas vítimas. Laura havia se dado conta do preconceito e discriminação. Agora sabia que não se tratava de uma enfermidade como qualquer outra!

Nos encontros seguintes, a menina trouxe o trabalho para que eu o lesse e não tocou no assunto das injeções. Contou-me, enfim, sobre a aflitiva curiosidade da irmã. Explicou-me que não queria dizer-lhe a verdade, pois temia que ela espalhasse para todo mundo da escola e da igreja.

Percebendo seu exagero, que atribuía à outra garota uma intencionalidade que eu duvidava, perguntei-lhe qual era o motivo que a levava a suspeitar de que a irmã teria tal conduta. Ela não soube responder, repetindo que tinha receio de que aquilo pudesse acontecer. Disse-lhe, então, que, quando resolvesse contar para sua irmã sobre seu HIV, ou para qualquer outra pessoa de sua confiança, deveria incluir um pedido de segredo, pois se tratava de um assunto muito sério que realmente não deveria ser passado à frente sem sua permissão. Disse-lhe, ainda, que acreditava que a irmã não agiria da forma que temia, pois, caso o fizesse, sobre ela recairiam suspeitas de que também tivesse o mesmo problema, já que era filha dos mesmos pais. Apontei-lhe que esse poderia ser um argumento a ser usado em seu favor, em caso de dúvidas a respeito da confiança que poderia ou não depositar na irmã.

Na verdade, minha última observação objetivava mais mostrar a inconsistência dos temores de Laura do que uma ação que julgava poder ser necessária, pois a mãe já me contara sobre a incansável busca amorosa da irmã por Laura que, por seu lado, mantinha-se na implacável posição de repúdio.

De forma evidente, percebia que Laura projetivamente atribuía à irmã intenções que eram alimentadas por seus próprios sentimentos

invejosos. Contratransferencialmente, via surgir em mim uma reação emocional de caráter negativo em função da pertinaz conduta de rejeição de Laura direcionada a sua irmã, já tão desgostosamente assinalada pela mãe. Pareceu-me ainda mais clara a tentativa de minha paciente de excluir a irmã de um importante assunto de família, ainda que de tema tão desafortunado, uma vez que me comunicou que havia contado seu segredo para a prima, tão jovem quanto elas.

Em nosso encontro seguinte, incentivada pela mãe, Laura pediu-me para conversar com a irmã, avaliar sua maturidade para receber tão séria e importante revelação e dar minha opinião. Pedido feito, pedido atendido.

Recebi as meninas em dupla. A irmã de Laura é uma garota bonita e de desenvolvimento físico de acordo com sua idade. Disse à garota que ela estava ali porque Laura havia achado interessante que eu a conhecesse. Para dar um rumo à situação, optei por indagá-la a respeito de seus hábitos e preferências. Conforme dialogava comigo, a irmã mantinha um olhar que carregava um pedido de aprovação por parte de Laura, que, por sua vez, ignorava tal solicitação e, por vezes, o próprio olhar da irmã. Quando percebi que a garota estava mais à vontade, pedi para que falasse, espontaneamente, a respeito de si mesma.

A meu ver, a menina expressou o lamento pelo distanciamento existente entre as duas, confidenciando-me, nostalgicamente, que sentia muitas saudades de brincar de boneca com Laura, apesar dos seus 11 anos. Complementou o comentário dizendo que, por ela, ainda brincaria, caso Laura “*mantivesse interesse por estas coisas*”. Em seguida, passou a

discorrer sobre seus próprios prejuízos de saúde, na tentativa de igualar-se a Laura na monta de infortúnios. Falou-me de um refluxo que a levara a uma cirurgia que resultou em apenas melhora relativa e queixou-se da submissão aos exames de endoscopia. Acrescentou a seus problemas de saúde uma bronquite que a obrigava, por vezes, a abandonar a aula de educação física devido à falta de ar.

Tornou-se impossível para mim evitar a emergência de sentimentos de compaixão pelos esforços da garota no sentido de minimizar o sofrimento de Laura, ofertando-se em desvalia para comparações irreais. Na verdade, a compreensão emocional e intelectual daquela situação a partir dessa ótica me era dada na medida em que desacreditava que a irmã de Laura nunca houvesse, como ela, ouvido qualquer comentário sobre a doença dos pais e de Laura, fosse em casa ou entre outros familiares. Por outro lado, muitas vezes a garota acompanhou um dos familiares doentes ao ambulatório, local onde não faltam materiais ilustrativos sobre aids pelas salas e corredores. De qualquer forma, ao menos a maior gravidade da doença de Laura em relação às suas devia ser por ela percebida em função do momento de grande apreensão e preocupação da família.

Laura, no entanto, parecia manter-se impassível aos gestos de sua irmã. Não sei dizer ao certo se não conseguia enxergá-los, ou se simplesmente desprezava-os.

Percebia em mim um importante e intenso movimento contratransferencial. A manutenção de minha vulnerabilidade frente ao impacto emocional causado pela relação estabelecida naquele precioso

momento com as meninas, única possibilidade de uma atuação a partir de meu verdadeiro *self*, formava o seguinte quadro. Na dimensão ontológica, minha conduta ética orientava-me no compadecimento de Laura, porém, em plano ôntico, na dimensão da experiência vivenciada naquele tempo e espaço, não era esse o sentimento de referência a ela. Sua obstinada resistência à aproximação amorosa da irmã, fosse esta consciente ou inconsciente, trazia-me fortes sentimentos de antipatia por ela. Em contrapartida, inclinava-me compadecidamente frente ao gesto afetuoso de sua irmã.

Fazia-se necessária, então, a percepção de meus sentimentos de maneira a não atuá-los inadvertidamente, procurando, na medida do possível, contemplar as necessidades emocionais das meninas.

Não restaram dúvidas sobre meus afetos contratransferenciais que tornaram-se consonantes às disposições emocionais das meninas nas valências anteriormente apontadas, quando claros enunciados de ambas confirmaram minha percepção.

Como se aproximava a comemoração do dia das crianças, nossa equipe planejou levar os jovens para um lanche na rede *McDonald's*, passeio extremamente demandado por eles. Laura estava entre os contemplados, porém sua irmã não. Caso estendêssemos o convite a irmãos dos pacientes, o evento seria inviável do ponto de vista logístico e financeiro. Não demorou para que Laura, durante um de nossos encontros em companhia da irmã, festejasse maliciosamente o passeio do qual a irmã estaria excluída, evidenciando, assim, uma forma de ataque destrutivo em direção àquela.

A irmã de Laura parecia suportar a rejeição e os ataques e, ainda assim, manter posição de oferta amorosa e solícita. Particularmente, comoveu-me com a expressão de suas preocupações e sentimentos quando, através de uma espécie de inquérito a respeito do desenho da família que solicitei que fizessem, optando por personagens reais, deu as seguintes respostas para as perguntas dirigidas a sua própria personagem:

Vera: Qual a coisa que ela mais gosta?

Irmã de Laura: De nadar.

Vera: Qual a coisa que ela menos gosta?

Irmã de Laura: Quando alguém me humilha, a Laura às vezes fica um pouco brava comigo, e eu não gosto muito... – a garota sai do plano da personagem e assume a diretamente sua identidade.

Vera: Qual é a maior preocupação dessa menina?

Irmã de Laura: Se preocupa com a família... quando alguém tá passando mal... que alguém morra...

No final de uma série de três encontros, disse para a irmã de Laura que já havíamos tido a experiência de nos conhecermos e que seguiria os encontros apenas com Laura, embora ela pudesse vir conversar comigo, caso um dia desejasse. Em meu íntimo, lamentei não poder oferecer-lhe nada naquele momento, mas mantinha a esperança de poder colaborar de alguma forma para melhorar, futuramente, o relacionamento entre elas.

No intervalo de uma semana, antes, porém, de rever Laura, encontrei-me casualmente com a mãe no ambulatório. Ela viera ter notícias sobre o exame de genotipagem que, infelizmente, ainda não havia chegado.

Ao perguntar-me qual tinha sido minha impressão a respeito de sua filha mais nova, comuniquei-lhe que julgava que a garota, de alguma maneira, já sabia o que se passava, queria apenas confirmações e maiores esclarecimentos que seriam importantes para a acomodação de suas próprias angústias. Disse a ela que acreditava que a garota estava madura e preparada para partilhar a notícia da soropositividade de Laura e que os temores desta não tinham fundamento real, faziam parte de seu mundo fantasioso, expressando suas dificuldades em lidar com a própria doença, da qual a irmã estava livre. A mãe me agradeceu pela disponibilidade em estar com sua outra filha e concluiu que era essa mesma percepção que o marido e ela tinham a respeito da situação das meninas.

O fato é que, se a irmã estava preparada para compartilhar da dor da família, Laura não estava. No reencontro, a sós com minha paciente, resolvi que seria extremamente clara com ela. Talvez ainda não pudesse colocar em marcha tão apressadamente seu desenvolvimento emocional a ponto de contemplar a irmã com seu concernimento, mas não tínhamos muito tempo; as tarefas se assomavam. Pensei que alguma luz sobre sua própria conduta poderia ser-lhe útil, apontando para um caminho de maior integração mais à frente. Ainda considerei que, afinal, Laura havia pedido minha avaliação sobre a irmã e a situação referente a contar-lhe ou não sobre sua soropositividade. Lembrando-lhe que esta havia sido sua solicitação, iniciei nossa conversa salientando que iria dirigir-me a ela da maneira mais franca que pudesse e de acordo com algumas convicções, pois disso me autorizara quando, além de uma avaliação, pedira minha opinião.

Disse-lhe, então, que havia percebido sua irmã como uma menina madura e capaz de receber, compreender e guardar seu segredo. Apontei-lhe que havia observado algo que não sabia se também conseguia notar, ou seja, que a irmã dedicava-lhe amor e preocupação que eu julgava serem sinceros. Discorri a respeito do comum fenômeno de inveja entre irmãos, relativos às naturais diferenças, e que era compreensível seu ressentimento por ser a única filha soropositiva de seus pais, enquanto a irmã havia escapado disso. Conte-lhe sobre a inexistência de procedimentos de proteção e diminuição de riscos de contaminação do bebê pela mãe HIV+ na ocasião em que ela havia sido gerada, situação que já havia se modificado quando a mãe engravidara da irmã. Lembrei a Laura que sua irmã não era responsável por nada do que havia lhe acontecido e que seus próprios sentimentos de inveja, comuns entre irmãos, talvez trouxessem a enganosa ideia de que ela pudesse lhe fazer algum mal, como contar para todo mundo a respeito de sua doença. Concluí dizendo que achava que seus temores estavam mais na sua cabeça do que na realidade que vivia. Ela, ouvindo-me atenta, respondeu que a mãe também tinha aquela opinião.

Assinalei, por fim, que esta era a avaliação da irmã e da situação que eu fizera como psicóloga, mas que ainda havia a opinião, aquela que me pedira. Disse-lhe, então, que eu achava que não deveríamos desprezar o amor, pois é algo muito caro, que nem todos têm. Disse-lhe que percebi que sua irmã gostava muito dela e que talvez pudesse lhe dar uma chance, deixar que se aproximasse, pois, a meu ver, só teria a ganhar com isso.

Laura acompanhou minhas palavras com grande atenção e sei que alcançou seu significado, emocional e intelectualmente.

Nos encontros seguintes, ocupamo-nos da confecção de bijuterias e entabulamos conversas leves. Em um determinado encontro, Laura mostrou-me várias fotos recentes tiradas com seu celular, como já havia feito no passado. Constatei que, contrariamente à série de fotos anteriores, dessa vez, sua irmã estava presente em várias delas. Observei esse fato e aproveitei para perguntar como estava caminhando o relacionamento delas. Laura me disse que estava tentando seguir meus conselhos; convidara a irmã para sair algumas vezes e concluiu que estava sendo bom. Optara, porém, por não partilhar o segredo; não ainda!

Mais alguns encontros se passaram e recebi a comunicação, via coordenação da equipe, de que, felizmente, o exame de genotipagem detectara outras duas drogas, ainda sensíveis, para compor o novo esquema ARV com a enfuvertida. A coordenação assinalou que minha ajuda seria necessária para preparar psicologicamente a menina para o uso da medicação. Os pais já haviam conversado com Laura, mas ela mostrava-se resistente ao uso diário das injeções; a mãe, então, me telefonou solicitando ajuda. A imunodepressão de Laura era severa, não tínhamos tempo a perder; uma vez encontrado o novo esquema, este deveria ser iniciado o mais breve possível!

Em nosso encontro seguinte, após conversarmos amenidades por algum tempo, abordei diretamente a questão da medicação. Retomei seu conhecimento a respeito de que se esperava o resultado de exames para

trocar seus remédios e que seu médico já havia lhe dito que um deles teria que ser tomado em forma de injeção. Ela me acompanhou atentamente e respondeu-me dizendo que não queria tomar as injeções. Disse-lhe, então, que, infelizmente, os vírus de seu organismo “*não queriam mais abaixar a cabeça para os outros remédios*” e expliquei que a injeção se fazia necessária. Apontei que, por mais que parecesse estranho, era uma espécie de sorte existir aquele remédio. Tentando serenar, expliquei-lhe ainda, com palavras que pudesse entender, o que sabia sobre o uso da enfuvertida,⁶⁹ na tentativa de minimizar fantasias tenebrosas. Reconheci que ninguém gosta de tomar injeções, nem os adultos, mas que eu achava que “*dava para encarar*”.

Laura iniciou o uso da nova medicação às vésperas do Natal. Encontrei-a logo após a primeira dose, feita no ambulatório por nossa enfermeira, que treinou a mãe e uma tia da garota. Laura estava tensa, tremendo e com os olhos cheios d'água. Dei-lhe um abraço e perguntei o que estava havendo. A mãe, visivelmente compadecida pela filha, contou-me que a menina ficara muito assustada. Perguntei a Laura se tinha doido muito, ela respondeu que nem tanto, mas que ficara com medo.

O recesso de final de ano nos afastaria por um período a partir daquele momento e não pude evitar uma grande preocupação relativa aos possíveis efeitos adversos da medicação. A mãe recebeu acesso ao telefone celular do médico para orientação em caso de alguma intercorrência.

⁶⁹ Aplicação subcutânea, na região das pernas ou abdômen, duas vezes ao dia no âmbito domiciliar por familiar treinado.

Após aquele encontro, meu coração ficou em frangalhos! Assim que voltei a trabalhar, procurei pela enfermagem para saber se Laura estava bem, se havia apresentado algum tipo de reação, não incomum, na região das aplicações. A enfermeira me contou que apenas nos primeiros dias houve a ocorrência mais frequente de nódulos dolorosos que, provavelmente, oscilariam em termos de aparecimento ao longo do tratamento.

Permanecemos conversando sobre Laura. A enfermeira, acostumada à atuação de procedimentos invasivos, mostrou-se particularmente penalizada pela garota, afinal, além do desconforto do esquema adotado, a enfuvertida era a última “cartada” disponível para o controle da doença e Laura tinha apenas 13 anos!

Esses momentos de troca que costumamos realizar em nossa equipe acabam, a meu ver, por constituir-se em sustentação emocional vivida mutuamente, para que possamos seguir nosso próprio trabalho individual, atuando em núcleo específico.

A partir dali, tínhamos uma nova fase de apreensão relativa, dessa vez, ao aguardo dos exames de monitoramento. Esperançosamente, era desejada a queda da carga viral e o aumento dos níveis de imunidade.

Os encontros psicoterapêuticos tornaram-se menos frequentes devido a dores nas pernas que acometiam Laura quando o rodízio das aplicações exigia a região das coxas. Em determinada ocasião, comunicou-me, aliviada, que sua carga viral havia zerado. Sucesso de tratamento!

A pesquisa farmacêutica não para; novas drogas, apresentadas para o uso via oral, estão a caminho, prestes à liberação para prescrição. Laura sondou seu médico para deixar o uso das injeções. Ele optou pela manutenção, explicando-lhe que não queria mexer naquilo que estava dando certo. Nós, por outro lado, sabemos, que o médico não quer avançar no uso de drogas que passarão a se constituir em opções para o resgate em caso de nova falência terapêutica.

Sua irmã segue sem ser oficialmente comunicada sobre a doença e atua como anjo da guarda de Laura, ludibriando a avó quando a mãe, diariamente, em dois horários diferentes, coloca em andamento o ritual de preparação e aplicação das injeções em Laura.

VII - CRIANDO/ENCONTRANDO A COMPAIXÃO NA CONTRATRANSFERÊNCIA

*A nudez humana interpela-me – interpela o eu que sou –
interpela-me por sua fraqueza, sem proteção e sem defesa,
por sua nudez; mas interpela-me também por estranha
autoridade, imperativa e desarmada, palavra de
Deus e verbo no rosto humano.
LÉVINAS, 1991/2005, p. 283*

Este capítulo será dedicado à reflexão teórico-vivencial que se debruçará sobre as quatro narrativas expostas anteriormente. Tal exercício reflexivo terá, por sua vez, o método psicanalítico em sua dimensão investigativa como condutor. Será operando com a atenção flutuante e a associação livre que, revisitando as narrativas, partir-se-á em busca de campos afetivo-emocionais que configuram as manifestações

contratransferenciais na clínica psicanaliticamente orientada da soropositividade.

A procura por indícios que atestem a primazia de um campo contratransferencial configurado pela compaixão será nossa tarefa. Lembramos do critério de tipicidade adotado que determinou a escolha de crianças e jovens como pacientes que guardavam em si maior força para fazer emergir, na relação transferencial com eles estabelecida, maior exuberância de respostas contratransferenciais peculiares e universalmente experimentadas com todos os demais pacientes.

Importante retomar o posicionamento a respeito da problemática da contratransferência a partir do qual este estudo foi realizado. Colocamo-nos de acordo com a visão totalística do fenômeno contratransferencial que o toma como recurso fundamental para acessar o universo do paciente. Atuando na clínica da necessidade, e não do desejo, como é característica da clínica da soropositividade, entre outras, a manutenção da vulnerabilidade para ser afetado pelo outro se constitui elemento primeiro para a efetivação da comunicação emocional que guiará a oferta do *holding* promovedor da continuidade de ser. De acordo com essa injunção atitudinal, participamos do acontecer clínico e, agora, nos debruçaremos sobre as narrativas transferenciais dele resultante para o exercício reflexivo-vivencial que se segue. Lembrando nosso aceite da proposição winnicottiana (WINNICOTT, 1947/2000) que associa a emergência legítima de uma determinada resposta contratransferencial a um tipo especial de sofrimento emocional vivido pelo paciente, fenômeno nomeado de “contratransferência objetiva”, a procura por

evidências dessa ocorrência na clínica da soropositividade será nossa intenção.

Conversemos, então, primeiramente, sobre **Lúcia**. Estável fisicamente durante todo o período de duração de nosso relacionamento mais assíduo, por não ter apresentado nenhum prejuízo de desenvolvimento corporal e nem ter feito uso de antirretrovirais, Lúcia fazia-me, por vezes, esquecer de sua soropositividade. Sem dúvida, sua solidão, carência afetiva e a pobreza de oferta de relações íntimas, constituídas pela real ausência de laços familiares, afetavam-me profundamente. A condição de orfandade associada às urgências da avó para amadurecê-la precocemente, em virtude do temor de seu próprio desaparecimento, tornava-me especialmente sensível a ela. Ainda que tais infortúnios estivessem relacionados à invasão do HIV em sua vida, não podemos deixar de atestar que desventuras semelhantes alcançavam a irmã soronegativa. Portanto, a conformação de manifestações subjetivas por mim experimentadas, de caráter consonante às adversidades, pareciam não estar diretamente associadas à condição existencial desfavorável de soropositividade.

Podemos, no acompanhamento da narrativa de Lúcia, supor que a resposta contratransferencial emergente na relação clínica provinha, mais precisamente, de suas condições socioafetivas, e não da vivência da potente e perigosa enfermidade mantida sob controle. Certamente, tal observação não deixaria de ser verdadeira, caso não tivesse se revelado com toda força a pesarosa relação com a soropositividade quando do episódio da carona, durante a qual comunicou, através da música preferida da irmã, “Crianças

não morrem”, a aguda percepção da ameaça que pairava sobre sua vida. A partir desse acontecimento, a resposta contratransferencial compassiva tornou-se mais clara, pois todas as condições adversas anteriormente expostas poderiam, idealmente, ganhar modificação, mas esta não.

Provavelmente, o campo de sentido afetivo emocional incidente na contratransferência prevalente até então, mantido em plano não consciente, apesar de matizar sentimentos de pesar, emprestavam contornos para a tolerância emocional. Tais contornos, rompidos na ocasião assinalada, trouxeram como resultado o claro reconhecimento da qualidade do impacto emocional que teve ocasião em minha pessoa, revelando a emergência da compaixão. O campo contratransferencial ganhou, assim, configuração compassiva à medida que se associou diretamente ao sofrimento de Lúcia pela condição de soropositividade, pois esta se constitui a condição existencial inescapável. Tal reconhecimento teve o poder de transformar minha resposta emocional e a configuração do campo de sentido contratransferencial, caracterizado por um difuso pesar por todos seus infortúnios, perdeu a prevalência, emergindo a vigência do campo compassivo.

Também experimentando compaixão, acompanhei seu pranto inusitado que, surgindo abruptamente, mantinha correlação com a vivência de ser preterida pela avó em relação à irmã menor. Apesar de suas negativas, a meu ver, o que se encontrava presente era a experiência de desfavorecimento que julgava instalada em seu empobrecido lar que poderia,

fantasmaticamente em sua percepção, originar-se de sua condição de soropositiva.

Voltemo-nos, agora, para **Alessandra**. Em nosso início de relacionamento, a convivência clínica com essa garota foi marcada por respostas contratransferenciais da ordem da raiva e da impaciência. Seus constantes ataques desmoralizantes e gratuitos, dos quais me fazia herdeira daqueles que a abandonaram, criavam um campo de sentido afetivo-emocional que poderia ser caracterizado como contraditório.

Por um lado, suas propositais ofensas a minha pessoa – pois se dirigiam apenas a mim, mantendo com as outras meninas uma posição de certa indiferença respeitosa – tornavam-me sobremaneira irritada. Algo como pensar que estava sendo ingrata com quem lhe era devotada alimentavam meus sentimentos de valência negativa que lhe eram dirigidos. Por outro lado, não era possível apagar da memória a menina gravemente adoecida e apática que visitei no Hospital Emílio Ribas, já em seu 30^o dia de internação. Tais lembranças, associadas à persistência da debilitação física, faziam com que seus ataques fossem relativizados.

Ser chamada de “*Veia*” e ter a sala toda emporcalhada pela ação de um motim liderado por uma garotinha frágil, magrinha, de cabelos ralos, contrastava com uma resposta emocional, digamos, à altura das provocações e afrontas. A compreensão que permitia vislumbrar sua conduta como resultado de tantas perdas – dos pais, da sanidade do irmão mais velho, da saúde, da psicóloga anterior –, compunha o campo contratransferencial de maneira paradoxal, porém em vantagem de

sentimentos que poderiam ser considerados compassivos, sendo estes os que me permitiam sobreviver.

Tais sentimentos foram crescendo na resposta contratransferencial, unidos à admiração por sua generosidade, que, aos poucos, começou a ser expressa em nos oferecer o riso solto, tão oposto à triste expressão da menina que figura no desenho de sua autoria, que abre o capítulo anterior. Finalmente, o campo de sentido afetivo-emocional se configurou claramente compassivo quando Alessandra revelou o total domínio de conhecimento da gravidade de sua condição de saúde na ocasião em que efetivou a formal comunicação a respeito da participação em protocolo de pesquisa com vistas a encontrar medicação mais assertiva para o controle da doença que progredia à revelia do tratamento. Não havia nenhuma ingenuidade a respeito de sua situação.

De acordo com a sequência, acompanhemos agora a história de **Deborah**. Em função dos significativos prejuízos físicos advindos da doença, como a surdez e o pequeno *deficit* cognitivo, bem como os danos à aparência corporal decorrentes do próprio tratamento com os antirretrovirais, essa menina trouxe-me uma experiência bastante diversa em termos de respostas contratransferenciais a partir de nossa relação clínica.

Sua ingenuidade fazia emergir, de maneira mais acentuada do que acontecia em relação a outros pacientes, um cuidado ainda maior em relação ao necessário favorecimento do contato com sua condição especial de saúde. Temos como exemplo a ausência de associação entre o tratamento e o gigantismo das mamas e surgimento de giba que lhe foi apresentada da

forma mais delicada possível. Também com extremo cuidado foram apontados os limites impostos pelos prejuízos físicos, como a surdez que teria que ser levada em consideração na procura de um ofício. A dificuldade de integração desse aspecto em especial evidenciou-se quando Deborah ofendeu-se com a referência do selecionador de estágio à sua condição de surda. Tal cuidado mais delicado também se manifestava em virtude de sua limitação intelectual, emprestando ao campo contratransferencial uma figuração que convocava ao concreto exercício das funções maternas na dimensão que, metaforicamente, poderia expressar-se como, “tome cuidado com os estranhos”, pois Deborah aproximava-se dos outros sem nenhuma malícia.

A subavaliação que tinha de seus prejuízos, mantendo inclusive a preservação da autoestima em níveis elevados, é que passou a configurar claramente o campo contratransferencial com o sentido afetivo-emocional compassivo. Na minha pessoa revelava-se o que nela mantinha-se em plano não consciente pela impossibilidade intelectual de percepção. Por outro lado, a compaixão também se fazia presente contratransferencialmente na medida em que se sabia que, em nosso trabalho, se encontrava depositado o movimento de integração da condição de soropositividade, pois a família já havia demonstrado sérias dificuldades em apresentar-lhe tanto a doença como outros importantes elementos de sua biografia, como a morte do pai.

Deborah permitiu-me entrar em contato com um campo contratransferencial matizado pelo enlevo, na medida em que, com seus recursos intelectuais limitados, era capaz de apreender os elementos que

constituem a apreciação do *ethos* humano. Seu propósito de apresentar aos primos a observância do “respeito aos outros” revelava que acessara essa dimensão ética. Essa mesma capacidade justificava seu sofrimento maior, a falha ética a qual foi submetida pela omissão da avó em comunicar-lhe a morte do pai. Tal sofrimento relacionado à presença do HIV em sua família, pois o óbito do pai se deu em sua decorrência, não parece, entretanto, guardar estreita relação com sua própria condição de soropositividade. Não seria possível dizer que esse sofrimento, em especial pela perda do pai, apesar do compartilhamento de seu pesar, foi o que ocasionou a emergência da conotação compassiva na contratransferência, mas sim a experiência do meu conhecimento a respeito dos sérios prejuízos físicos, por ela subapreciados, diretamente relacionados à soropositividade.

Por fim, dediquemos atenção à **Laura**. Essa menina, certamente a mais prejudicada pela aids, teve, paradoxalmente, o poder de conferir à resposta contratransferencial, em seu registro de ocorrência de emergência de sentimentos, além dos sentimentos compassivos, elementos que poderiam ser apontados como constituindo um campo afetivo-emocional de antipatia. Sua tenaz rejeição do amor fraterno, expressa sem muita “cerimônia”, alimentada por fantasias invejosas em função do claro favorecimento físico da irmã, trazia ao fenômeno contratransferencial sentimentos de conotações de valência negativa. A compaixão, contudo, aparecia enquanto resposta emocional, associada ao sofrimento da irmã, supostamente conhecedora, em plano não consciente, da seriedade da doença de Laura. O mesmo campo compassivo contratransferencial tornou-

se presente nas relações clínicas estabelecidas com os pais, nas entrevistas de acolhimento às suas angústias e demandas, que lhes proporcionou tocar à frente a tarefa de revelação diagnóstica.

Por outro lado, o agravamento do quadro clínico de Laura, que caminhava para rumos extremamente perigosos, se fez acompanhar pelo surgimento de expressivos sentimentos compassivos diretamente direcionados a ela, claramente captados quando a garota se deu conta dessa situação. Também os desdobramentos da aids em termos das agressões à aparência física, ao fato de os prejuízos tornarem-se visíveis e transformarem-se em fonte de “chacota” na escola, potencializavam minha resposta compassiva estreitamente derivada de sua condição de soropositividade.

Finalizando a análise reflexiva-vivencial das quatro narrativas que tomam as histórias individuais das garotas, seria interessante lembrar o que foi narrado a partir da experiência na “Oficina de Pulseirinhas”, da qual outras duas garotas, Rita e Sara, participaram. Embora não tenham sido contempladas nas narrativas mais minuciosas, os acontecimentos dos quais também foram protagonistas merecem atenção na busca das configurações de campos contratransferenciais.

Retomo a lembrança da ocasião quando, após longo percurso da construção da relação clínica pautada pela mutualidade que proporcionou a constituição da confiança, as garotas participantes dos encontros das oficinas puderam expressar as fantasias relativas à presença do HIV em suas vidas. Tais fantasias eram de caráter extremamente limitador e mesmo

irreal, desvelando-se o grande sofrimento mantido em plano não compartilhado até então. A ideia, secretamente alimentada, de que não poderiam realizar-se amorosamente e nem formar uma família matizava compassivamente o campo contratransferencial. Também as ingênuas fantasias de cura através de uma transfusão de sangue tiveram o poder de conferir compaixão ao campo clínico relacional.

A partir da análise clínica-reflexiva realizada sobre as narrativas, acredito ter **criado/encontrado a configuração de um campo de sentido lógico-emocional** que guarda primazia na clínica psicanaliticamente orientada da soropositividade. O relacionamento clínico estabelecido com as quatro garotas, bem como as experiências vividas na “Oficina de Pulseirinhas”, possibilitou a emergência de manifestações subjetivas em minha pessoa, enquanto psicóloga/psicanalista, de sentidos diversos.

Com Lúcia e Deborah, a qualidade de respostas contratransferenciais se manteve na valência positiva; já com Alessandra e Laura foi possível experimentar sentimentos contraditórios, pois simultaneamente ao pesar compartilhado, surgia a raiva e irritação com a primeira e a antipatia com a segunda. Esses aparentes sentimentos contraditórios experienciados com Alessandra e Laura, não obscureceram, contudo, a clara emergência soberana da configuração compassiva no fenômeno contratransferencial. Essa manifestação subjetiva acabou por sobrepujar as outras respostas emocionais da psicóloga/psicanalista capturando sua sensibilidade de modo a estabelecer um campo de sentido, cujo elemento prevalente é a compaixão. Ainda vale lembrar que, após

estabelecimento da plena confiança, a resposta contratransferencial compassiva também se revelou na experiência vivida em contexto grupal na Oficina de Pulseirinhas.

Retomando a concordância com a existência de uma “contratransferência objetiva” que, concebida por Winnicott (1947/2000), se constitui na resposta emocional do analista legitimamente associada a um tipo específico de sofrimento existencial vivenciado pelo paciente, **proponho que o campo de sentido lógico-emocional que se faz primordialmente presente no fenômeno contratransferencial na clínica da soropositividade seja a compaixão.**

VII.I - Experiência Compassiva: singularidade e alteridade

Uma vez aceita a proposição da incidência prevalente da compaixão na contratransferência da clínica da soropositividade, é possível seguir refletindo a respeito dos desdobramentos relativos a essa conclusão. Bleger (1963/2007) lembra que toda teorização implica em um movimento de abstração, mas vale apontar que, aqui, iremos nos manter maximamente próximos do acontecer clínico, segundo linhas dramáticas, ligadas diretamente à experiência emocional.

A ideia apresentada a seguir, decorrente, portanto, das experiências vividas, leva a postular, hipoteticamente, a existência de dois planos

simultaneamente vigentes no fenômeno contratransferencial. Um desses planos teria estreita correlação com a emergência de sentimentos, o que se pode chamar de ocorrência contratransferencial propriamente dita. A ocorrência contratransferencial seria aquela vivida na relação estabelecida com o paciente tomado por sua singularidade, em registro ôntico,⁷⁰ possibilitando o aflorar de sentimentos e emoções incontroláveis e determinados pela concretude da experiência. Simultaneamente vigente no fenômeno contratransferencial, possibilitado pela experiência onticamente vivida com diversos pacientes, existiria o acesso à dimensão ontológica revelada por essa mesma experiência. Tal acesso teria o poder de desvelar um saber a respeito das condições humanas fundamentais para a acolhida do “ser doente”, pois, compadecidamente, seria possível alcançar um conhecimento a respeito do sofrimento provocado pelas feridas humanas universais da precariedade, limitação e incontornável finitude.

Essas duas dimensões da experiência humana, a psicológica e a ética,⁷¹ comporiam, na verdade, o campo contratransferencial, o lugar de oferta para ser afetado pelo paciente/semelhante, consolidando a formação de um patrimônio subjetivo para a colhida de sua singularidade, mas também de sua alteridade. Existiria, portanto, presente em igual vigência na experiência contratransferencial, uma disposição de abertura para a

⁷⁰ Sugiro ao leitor retomar a nota de rodapé n. 20, na qual as definições de ôntico e ontológico são expostas.

⁷¹ A etimologia da palavra “ética” remete a dois sentidos. Um deles corresponderia à ideia de práxis e costumes; e ao outro, o de morada, entendendo-se aqui como morada do humano (FORTE, 1995/2003). Neste último sentido, compreende-se que existiriam elementos fundamentais que possibilitam o ser humano “morar” no mundo entre os homens (SAFRA, 2004).

contemplação do *ethos* humano, aqui também marcado por um tipo de sofrimento existencial que eticamente se apresenta como compaixão.⁷²

Nesse sentido, seria a partir do que emerge no convívio em registro ôntico com o sofrimento dos pacientes que se desvela ontologicamente algo que funda a relação com o sofrimento do “ser doente”: o compromisso com a conduta compassiva que se impõe como refere os dizeres de Lévinas, aqui repetidos:

A nudez humana interpela-me – interpela o eu que sou – interpela-me por sua fraqueza, sem proteção e sem defesa, por sua nudez; mas interpela-me também por estranha autoridade, imperativa e desarmada, palavra de Deus e verbo no rosto humano. (LÉVINAS, 1991/2005, p. 283)

Importante, entretanto, seria assinalar que não é como uma “filósofa de gabinete”,⁷³ no bom uso da expressão, que postulo a existência dos dois

⁷² A compaixão é definida como uma forma de simpatia – que tem o sentido de participação emotiva – porém, uma simpatia na dor ou na tristeza. O caráter ético, mais precisamente alocado nas reflexões filosóficas que tomam as virtudes como tema, cuida para que a compaixão possa assim ser chamada caso constitua-se, apenas, em um sentimento de solidariedade ativo que não tenha a ver com a identificação de estados emocionais entre o compassivo e o comiserado (ABBAGNANO, 1971/2007). A piedade, como lembra Comte-Sponville (1995/1997), um dos sinônimos da compaixão, é o termo preferido por aqueles que desqualificam a configuração subjetiva consonante, por compartilhamento, com aquele que sofre. Manifestamos nossa concordância com a distinção proposta pelo filósofo quando assinala que a compaixão estabelece uma relação intersubjetiva simétrica, eleva seu destinatário ao lugar de semelhante, conferindo-lhe sentimentos de respeito. Por sua vez, na piedade vigoraria a assimetria intersubjetiva, caracterizada por um sentido de superioridade em quem a sente, configurando sentimentos, eventualmente em plano não consciente, depreciativos em relação ao destinatário.

⁷³ Winnicott utilizou essa expressão no contexto de suas teorizações sobre o uso do objeto (1951/1975), evidenciando que estas não eram fruto de abstrações, mas que guardavam estreita ligação com os achados oriundos da viva experiência clínica. “[...] um **filósofo de gabinete** poderia argumentar a respeito que, portanto, não existe na prática o uso de um objeto: se este é externo, então é destruído pelo sujeito. Contudo, se o filósofo deixasse seu

planos incidentes no caráter compassivo do fenômeno contratransferencial ora examinado. Foi a concretude e a experiência viva compartilhada com os pacientes que proporcionou criar/encontrar a existência da compaixão⁷⁴ eticamente vivida. Nesse sentido, em consonância com o que aponta Lévinas (1991/2005), enquanto psicóloga/psicanalista, torno-me cheia de propósitos por vontade e escolha, dos quais não posso mais declinar. Tais propósitos, eticamente observados, têm como finalidade manter o paciente/semelhante vivo e bem. Uma vez acessados os fundamentos do humano, vividos na clínica da soropositividade que convocam à compaixão, compreendidos como “contratransferência objetiva” (WINNICOTT, 1947/2000) também em sua dimensão ética, dela não poderei mais me furtar.

Voltando nossa atenção, novamente, para as garotas, talvez seja possível compreender de que forma foi possível sobreviver aos ataques de Alessandra, não permitindo que o campo contratransferencial da irritação se instalasse majoritariamente. A dimensão ética compassiva incidente no fenômeno contratransferencial permitiu tal sobrevivência. O mesmo pode ser associado à tolerância dos sentimentos de antipatia dirigidos a Laura por seu desprezo relativo ao amor da irmã.

gabinete e se sentasse no chão com o paciente, descobria que existe uma posição intermediária” (WINNICOTT, 1951/1975, p.125).

⁷⁴ Gilberto Safra tem apontado em suas comunicações que o sofrimento também desvela dimensões essenciais do *ethos* humano (SAFRA, 2004).

Retomemos os dois registros anteriormente expostos, por meio dos quais abordou-se o fenômeno compassivo contratransferencial na clínica da soropositividade, articulando-os com o pensamento winnicottiano.

Em um primeiro registro, psicologicamente vivido com o paciente, constata-se que não é possível controlar sentimentos emergentes enquanto ocorrências contratransferenciais. A necessária manutenção da vulnerabilidade permitindo que o outro nos afete, como bem ensinou Winnicott (1960a), na ausência de dissociações defensivas, matizará e dimensionará os sentimentos e emoções em contato com o paciente. Isso, contudo, que se dará de acordo com nossa singular personalidade, supõe-se estar contido em um dos itens classificatórios de Winnicott para a definição da contratransferência que a toma como:

As identificações e tendências oriundas da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista, que fornecem as bases positivas do seu trabalho analítico e tornam esse trabalho diferente do de outros analistas. (WINNICOTT, 1947/2000, p. 278)

Na manutenção da vulnerabilidade, permanecendo eu mesma, em registro ôntico, compadeço-me de meu semelhante. Verei, assim, emergir resposta emocional compatível,⁷⁵ consonante à desventura do outro e,⁷⁶ sem ter a possibilidade de evitar tal acontecimento, sou por ele acometida.

⁷⁵ Um dos sinônimos de compadecer (HOUAISS; VILLAR, 2009; FERREIRA, 1975).

⁷⁶ Certamente, isso não se dá o tempo todo e nem em todos os encontros clínicos. Trata-se de sentimentos contratransferenciais de primazia na clínica da soropositividade.

Por outro lado, em seu plano ético, a compaixão, enquanto virtude, em sua designação de capacidade ou poder do homem exercido continuamente na busca do exceler de sua humanidade (COMTE-SPONVILLE, 1995/1997), em registro ontológico, seria compreendida, mais precisamente, como uma atitude de acolhida ao outro, tomando como parâmetro para o gesto fundamental a contemplação de sua alteridade. Nesse sentido ético do advento compassivo, seria possível estabelecer uma aproximação da ideia de contratransferência objetiva, concebida por Winnicott como:

O amor ou o ódio do analista em reação à personalidade e ao comportamento real do paciente, com base em uma observação objetiva. (WINNICOTT, 1947/2000, p. 278)

Estaria subjacente à proposição winnicottiana a noção de que se faz necessário o reconhecimento do outro em sua existência independente. A este outro, enquanto psicóloga/psicanalista, ao menos idealmente, não me fusiono, nele não introduzo projetivamente meus conteúdos, pois salvaguardo sua diferença, embora em posição de abertura para as reverberações emocionais que sua pessoa ocasiona na minha, atingindo também, dessa maneira, um conhecimento a respeito de sua singular subjetividade e sofrimento.

Se acometida no plano das ocorrências contratransferenciais respondo emocionalmente de maneira inevitável a partir de minha

pessoalidade, concomitantemente, no registro ético, zelo permanentemente para honrar o “outro” em meu semelhante. Tratar-se-ia de uma aspiração a ser alcançada, perseguida como exercício de uma capacidade humana. Na clínica da soropositividade, a compaixão é um fenômeno/revelação contratransferencial que se dá unindo esses dois elementos da subjetividade do analista em um único acontecimento.

Lembro aqui dos dizeres de Winnicott (1962/1983), que prestam grande utilidade ao tipo de intervenção de cuidado emocional sobre o qual versa o presente estudo. Referindo-se às ações do analista quando envolvido em situações que se distanciam da prática terapêutica tradicional da Psicanálise, dizia ele que, quando o paciente precisa de análise, faz-se análise; em sendo outras as necessidades prementes, faz-se outra coisa, constelando-se, assim, uma situação onde somos psicanalistas fazendo algo mais apropriado para a situação.

O texto cujos dizeres anteriores aparecem leva o título de *Os objetivos do tratamento psicanalítico*. A partir de tal nomeação, Winnicott cria uma maior abrangência no campo do sofrimento humano que os desenvolvimentos psicanalíticos podem considerar, compreender e cuidar, embora de maneira diferenciada do uso do método enquanto terapêutica, de acordo com suas origens.

Curiosamente, apesar do ganho em amplitude para a atuação do psicanalista, reduz a dois os elementos balizadores em termos de seu posicionamento subjetivo enquanto expectativas a serem observadas, traduzindo-as modestamente através da declaração de sua própria ambição.

Aparentemente, de maneira simples, enuncia que, ao praticar a Psicanálise, tem o propósito de manter-se vivo, manter-se bem e manter-se desperto e, objetiva “[...] ser eu mesmo e me portar bem [...]” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 152).

Será possível ver nessa aspiração declarada por nosso interlocutor o mesmo que sugeri compreendermos do texto de 1960 no que diz respeito aos itens classificatórios da contratransferência? Desse modo, as manifestações da personalidade do analista corresponderiam à expectativa de “ser eu mesmo” e o reconhecimento da alteridade do paciente através da contratransferência objetiva corresponderia ao “portar-me bem”?

Sendo assim, se veria no pronunciamento winnicottiano uma proposição que unifica, em campo transferencial, a observância aos próprios sentimentos espontaneamente emergentes a partir da manutenção da vulnerabilidade (ser eu mesmo) e, simultaneamente, uma posição atitudinal que contempla permanentemente o *ethos* humano, compondo, assim, uma conduta comprometida com o exceler da humanidade do analista (portar-me bem).

Tenho em mente este sucinto enunciado de Winnicott, indicativo de sua aspiração enquanto psicanalista, para inspirar-me quando chamada a atuar em campo relacional na incipiente clínica psicoterapêutica da soropositividade, que se desdobra em inúmeros e inusitados desafios. A promoção do devir dos pacientes passará, necessariamente, pela integração da doença como aspecto de si, tarefa favorecida pela manutenção da própria integração do analista que, no que diz respeito ao exercício dessa clínica,

terá na compaixão um elemento central a manifestar-se contratransferencialmente enquanto revelação, seja na dimensão emocional, seja na dimensão ética.

Vale lembrar que os casos escolhidos, a partir dos quais as narrativas foram elaboradas, tiveram como critério a tipicidade. Às crianças e jovens contaminados por transmissão vertical não se pode atribuir implicação na constituição de sua especial condição existencial; assim, outros elementos biográficos do paciente adulto, anteriores à contaminação pelo HIV, capazes de fazer emergir diferentes respostas contratransferenciais no psicólogo/psicanalista, não competem com a condição nuclear de nosso interesse, a soropositividade e seus desdobramentos. Porém, como define a própria concepção de “caso típico”, postulamos que a primazia da configuração compassiva encontrada no campo contratransferencial na relação com as crianças e jovens são as mesmas que se fazem presentes com todo e qualquer paciente soropositivo, embora com os primeiros se expressem com maior força e exuberância.

Como apontado anteriormente, a família ou cuidadores raramente conseguem, por si mesmos e, a contento, colocar em andamento a processual tarefa da integração da soropositividade para seus jovens, assim como as redes socioafetivas, sejam familiares ou outras do paciente adulto, também apresentam dificuldades para a realização de tal tarefa. Desse modo, paradoxalmente, ganha-se uma margem de manobra, pois se desvia para a na mão do psicólogo/psicanalista e sua equipe multidisciplinar a grande possibilidade de subtrair da representação imaginária da

soropositividade a conotação agônica, tão passível de se configurar nas vivências de tal adversidade, ou a presentificação de defesas dissociativas comprometedoras da manutenção de condutas relativas ao cuidado de si.⁷⁷

Importantíssimo, porém, é sublinhar que favorecer a integração da adversidade de forma mais branda não se faz, de maneira alguma, minimizando o impacto da soropositividade em uma vida, incorrendo o analista em grave erro, se o fizer. Dessa forma, se veriam sustentadas no rosto do analista e de sua equipe condutas que negligenciariam a seriedade e gravidade da doença, tão exigente e severa em disciplina de terapêutica médica para manter-se sob controle.

A meu ver, deve-se criar um campo relacional que conceda ao analista a possibilidade de dimensionar, na justa medida, em termos de importância e intensidade, a especial condição existencial. Do contrário, apartada da integração dessa condição adequadamente dimensionada, é a própria sobrevivência que se encontrará em risco.

⁷⁷ A atenção psicológica aos soropositivos acaba por impor a tarefa do favorecimento da integração dessa especial condição de vida, bem como de todos seus desdobramentos para que seja possível adotar medidas que lhe permitam, sobretudo, continuar sobrevivendo! As defesas dissociativas podem impedir que condutas adequadas em relação ao cuidado de si possam colocar-se em curso. Não faltam exemplos de pacientes que negligenciam o tratamento, apresentam sérios problemas relativos à correta e rigorosa adesão à medicação, comprometendo seriamente sua saúde física e, por vezes, encaminhando-se para o óbito. Nossa experiência tem nos demonstrado que, em raríssimos casos, a atitude de declinar do tratamento medicamentoso seja fruto de uma escolha, em posição de verdadeiro *self*. Em diversos casos, o que se dá é o estabelecimento de conduta lesiva à saúde em função da soropositividade manter-se extirpada enquanto um aspecto que compõe o si mesmo. Não acredito que seja possível atingir um nível razoável de integração da adversidade da soropositividade passando ao largo do reconhecimento de um pesar pela perda da saúde em sua integridade e pelas limitações impostas. Certamente, o estado pesaroso pode ser ultrapassado e o alcance de uma relação mais realista e esperançosa com a doença pode ganhar lugar, o que também, felizmente, acontece com inúmeros pacientes, tendo como resultado a estabilidade física e emocional.

Semelhante ao modelo materno, é na oferta do rosto como espelho que reflete o que está lá para ser visto; o analista poderá almejar atribuir a correta importância da condição de soropositividade para todo e qualquer paciente, mas, especialmente, para as crianças e jovens ainda em processo de constituição subjetiva.

Para Winnicott (1967/1975), o bebê necessita ser olhado pela mãe, que deve ser capaz de refletir através de seu rosto, como um espelho, o que está lá para ser visto. É na dependência das respostas faciais da mãe, que olha seu bebê como não-eu, que este poderá vir aperceber a si próprio.

Winnicott aponta uma diferença importante entre apercepção e percepção. Tal distinção se encontra nos esclarecimentos feitos por Abram (1996/2000):

“Apercepção”, o termo empregado por Winnicott para nomear a experiência subjetiva do bebê de estar fundido à mãe, nesse caso, envolve a relação com os objetos subjetivos. Como consequência, por apercepção entende-se ver a si próprio ao ser visto pela mãe. A “percepção” tem sua origem a partir da apercepção, e refere-se à capacidade de ver o conjunto dos objetos, o que é também a capacidade de estabelecer uma diferenciação entre eu e não-eu. (ABRAM, 1996/2000, p. 159)

O rosto da mãe, portanto, idealmente reflete a singularidade e a alteridade do bebê, o não-eu dela. Por outro lado, o bebê, ainda em processo de não diferenciação do eu e do não-eu, apercebe a si próprio através desse

rosto ao qual ainda experimenta subjetivamente como eu. A passagem da apercepção para percepção, apreciação dos fenômenos externos, é apontada poeticamente por Winnicott da seguinte forma:

Quando olho, sou visto; logo, existo.

Posso agora me permitir olhar e ver.

Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo.

Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto (a menos que esteja cansado). (WINNICOTT, 1967/1975, p. 157)

A abordagem criativa, não submissa, dos fenômenos externos só é possível a partir da apercepção. O próprio Winnicott comparou a tarefa psicoterapêutica com o vislumbre do *self* que o bebê tem a partir do rosto materno. Trata-se de uma espécie de apercepção criativa, a partir do rosto/espelho do psicólogo/psicanalista compadecido, que acredito poder favorecer a integração da soropositividade como condição existencial dos pacientes, especialmente dos jovens. O analista funcionará como rosto/espelho para aqueles que necessitam, completando a tarefa familiar na constituição subjetiva do paciente soropositivo. Em seu rosto, autenticamente comparecerá a esperança⁷⁸ e a seriedade com que deve ser tomada a doença, em função de seu grau de gravidade.

⁷⁸ Esta se funda, realisticamente, no possível alcance de uma vivência existencialmente serena a partir do já conquistado controle da doença, através dos avanços da pesquisa médica e farmacológica. A correta adesão ao tratamento traz uma margem muito grande e altamente confiável de proteção, impedindo a evolução da aids. As atualizações técnicas relativas a tais avanços, quando acessadas pelo psicólogo/psicanalista, não se constituem

A compaixão, revestida de seu caráter ético e não piedoso, manifestada no rosto que reflete o soropositivo, poderá, como elemento dimensionador, indicar a medida necessária para o cuidado de si, distante das agonias e das excessivas dissociações comprometedoras da sobrevivência. É a partir de sua personalidade que o psicólogo/psicanalista mantém a esperança sustentada pelas vivências concretas de compartilhamento de tratamentos bem-sucedidos com inúmeros pacientes. Por outro lado, pelo respeito à alteridade, que subjaz na singularidade de cada paciente, com elementos do *ethos* humano próprio ao sofrimento do “ser doente”, que poderá refletir o que está ali, objetivamente, para ser percebido.

Se, enfim, diante de pacientes que alcançam admirável estabilidade emocional frente à adversidade constituída pela doença, o psicólogo/psicanalista, no plano das ocorrências contratransferenciais, experimentar um arrefecimento do pesar e da tristeza compartilhada, certamente na dimensão ética do fenômeno contratransferencial a experiência compassiva não deixará de estar presente. Esta estará lá, permanentemente, na certeza do propósito de tornar mais leve o sofrimento do outro/semelhante, revestindo-se de menos paixão e mais enternecimento.

apenas em aquisições intelectuais, mas transformam-se, uma vez que integradas, no estofo concreto que proporciona a criação da verdadeira esperança a ser compartilhada com os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. (1971) *Dicionário de Filosofia*. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABRAM, J. (1996). *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Tradução de Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 305 p.

ALVES, R. *Mais Badulaques*. São Paulo: Parábola, 2004a. 175p.

ALVES, R. *O decreto da Alegria*. São Paulo: Paulus, 2004b. 23p.

AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev C S Col*. 2001;6(1): 63-7.

AYRES, J. R. *Adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional*. São Paulo: Office Editora e Publicidade, 2004 (Aids Novos Horizontes).

BARRICA, A. M. *Histórias vividas por crianças com aids*. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2001. 122 p.

BENJAMIN, W. (1936). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 7. ed. Tradução de Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 199-221.

BIRMAN, J. A. clínica na pesquisa psicanalítica. In: *Psicanálise e Universidade. Rev PUC-SP*. 1994; 2:8-37.

BLEGER, J. (1958). *Psicoanálisis y dialectica materialista*. Buenos Aires: Paidós, 1973. 206 p.

BLEGER, J. (1963). *A Psicologia de la conducta*. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 2007. 349 p.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS E DST. Ano V, n. 01, janeiro a julho 2008. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2008.

CASTANHA, A. R.; ARAÚJO, L. F. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da Aids. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2006; 8(1):17-30.

COMTE-SPONVILLE, A. (1995). *Pequeno tratado das grandes virtudes*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 392 p.

COSTA, J. F. Colóquio sobre Aids. *Cadernos de Subjetividade*. 1997; 5(1):199-204.

CRUZ, E. F. Infância, adolescência e aids. *Educação em Revista*. 2007; 46:363-84.

DUPONT, J. Sur les traces de Winnicott. *Le Coq-Héron*. 2003; 173:7-10.

ETCHGOYEN, R. H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Tradução de Cícero G. Fernandes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 528 p.

FERENCZI, S. (1921). Prolongamentos da técnica ativa. In: _____. *Sándor Ferenczi: Obras Completas. Psicanálise III*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 109-25.

FERENCZI, S. (1926). Contra-indicações da técnica ativa. In: _____. *Sándor Ferenczi: Obras Completas. Psicanálise III*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 365-75.

FERENCZI, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: _____. *Sándor Ferenczi: Obras Completas. Psicanálise IV*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-36.

FERENCZI, S. (1929). Princípio de relaxamento e neocatarse. In: _____. *Sándor Ferenczi: Obras Completas. Psicanálise IV*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 53-68.

FERENCZI, S. (1931). Análise de crianças com adultos. In: _____. *Sándor Ferenczi: Obras Completas. Psicanálise IV*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 69-83.

FERENCZI, S. (1932). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. 273 p.

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.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 15. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIGUEIRA, S. A. Algumas idéias sobre Winnicott. In: _____. *Nos bastidores da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 324-9.

FIGUEIRA, S. A. Introdução: Bases freudianas da contratransferência. In: _____ (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p.1-30.

FIGUEIRA, S. A. *A clínica do analista*. Agenda para uma clínica psicanalítica do século XXI. São Paulo: Lemos, 1995.189 p.

FIGUEIREDO, L. C. A tradição ferencziana de Donald Winnicott. *Rev Bras Psican.* 2002; 36(4):909-27.

FORTE, B. (1995). *À Escuta do Outro: filosofia e revelação*. São Paulo: Paulinas, 2003. 169 p.

FRANÇA-JR, I.; DORING, M.; STELLA, I. M. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Rev Saúde Pública.* 2006; 40:23-30.

FREDERICO, C. *A vanguarda operária*. São Paulo: Símbolo, 1979. 152 p.

FREUD, S. (1905). Fragmentos da análise de uma histeria. In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p.1-119.

FREUD, S. (1910). Perspectivas futuras da psicanálise. In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 125-36.

FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 147-59.

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.

FREUD, S. (1937). Análise terminável e interminável. In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 241-87.

FULGÊNCIO, L. As especulações metapsicológicas de Freud. *Natureza Humana*. 1999; 6(1):129-73.

FULGÊNCIO, L. A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza Humana*. 2004; 6(2):255-70.

GALANO, E. Adesão em crianças e jovens: nuances e singularidades. In: CARACIOLO, J. M. M.; SHIMMA, E. (Org.). *Adesão – da teoria à prática*. Experiências bem-sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007. p. 98-103.

GALANO, E. O uso do “Kit revelação diagnóstica” no trabalho com crianças e jovens portadores de HIV/aids. *CREPOP/CFP*. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/>>. Acesso em: 22 jul. 2009.

GAY, P. (1988). *Freud; uma vida para nosso tempo*. Tradução de Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. 719 p.

GERSON, A. C. et al. Disclosure of HIV to children: when, why and how. *Journal of Pediatric Health Care*. 2001; 15:161-7.

GIORGI, S. *Um lugar a partir do qual olhar: viagem através da dependência* [Tese de Mestrado em Psicologia]. 161 f. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2003.

GREENBERG, J. R.; MITCHELL, S. A. *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Tradução de Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 328 p.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Preocupação Materna Especial. *Psicologia Clínica*. 2003; 14(2):87-92.

GRANATO, T. M. M. *Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas* [Tese de Doutorado em Psicologia]. 266 f. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2004.

HEIMANN, P. (1950). Contratransferência. *Rev. Psican de Porto Alegre*. 1995; 2(1):171-6.

HERMANN, F. (1979). *Andaimos do real: o método da psicanálise*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 328 p.

HINSHELWOOD, R. D. (1997). Contratransferência. In: *Livro anual de psicanálise, XV*. São Paulo: Escuta, 2001. p. 161-82.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

INSTONE, S. L. Perceptions of children with HIV infection when not told for so long: implications for diagnosis disclosure. *Journal of Pediatric Health Care*. 2000; 14:235-43.

KERNBERG, O. Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1965; 13:38-56.

KOHON, G. Contratransferência: uma visão independente. In: _____. (Org.). *A escola britânica de psicanálise*. Tradução de José Otávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 40-56.

KUPERMANN, D. *Ousar rir*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 383 p.

KUPERMANN, D. A progressão traumática: algumas conseqüências para a clínica contemporânea. *Percurso*. 2006; 36:25-32.

LALANDE, A. (1926). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. Tradução de Fátima Sá Ferreira, Maria Emília V. Aguiar, José Eduardo Torres e Maria Gorete de Souza. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1967). *Vocabulário de Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LÉVINAS, E. (1991). *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Tradução de Pergentino Stefano Pivatto (Coord.). Petrópolis: Vozes, 2005. 302 p.

LUKÁCS, G. *Marxismo e teoria da literatura*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. 288 p.

MACHADO, M. C. L. *Universo em desencanto: conceito, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre a loucura e/ou doença mental* [Tese de Doutorado em Psicologia]. 3v.+anexos. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 1995.

MANFREDI, S. T. *As certezas perdidas da psicanálise clínica*. Tradução de Fiorella Birolini. Rio de Janeiro: Imago, 1998. 196 p.

MARQUES, H. S. H. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/aids e seus pais e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(3):619-29.

MAUTNER, A. V. Da fenomenologia à técnica de Ferenczi. *Percurso*. 1993; 10:9-12.

MCGUIRE, W. (Org.). *A correspondência completa de Sigmund Freud e Carl G. Jung*. Tradução de Leonardo Fróes e Eudoro Augusto Macieira de Souza. Rio de Janeiro: Imago, 1993. 650 p.

MEDEIROS, C.; VAISBERG, T. M. J. A. Reflexões sobre o holding na clínica winnicottiana. In: MOTTA, I. F. (Org.). *Psicanálise no século XXI: as conferências brasileiras de Robert Rodman*. Aparecida: Idéias e Letras, 2006. p. 21-35.

MENCARELLI, V. L.; BASTIDAS, L. S.; VAISBERG, T. M. J. A. *Oficinas de velas ornamentais com usuários de um programa de DST/Aids*. Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. São Paulo: Anais do I Seminário Temático SER e FAZER & Tecer, 2002. p. 92-6.

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.

MENCARELLI, V. L.; VAISBERG, T. M. J. A. Iluminando o self: uma experiência clínica psicanalítica não convencional. *Estudos de Psicologia*. 2005; 22(4):415-23.

MENCARELLI, V. L.; VAISBERG, T. M. J. A. Contratransferência e compaixão: encontro clínico com um rapaz HIV+. *Psicologia Clínica*. 2007; 19(1):93-107.

MENCARELLI, V. L.; BASTIDAS, L. S.; VAISBERG, T. M. J. A. A difícil notícia do diagnóstico da síndrome da imunodeficiência adquirida para jovens: considerações psicanalíticas com base na perspectiva winnicottiana. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2008; 10(2):106-20.

MEZAN, R. Problemas de uma história da psicanálise. In: Birman, J (Org.). *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p. 15-41.

MCDUGALL, J. (1997). *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 182 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral para gestantes. *Secretaria de Vigilância em Saúde*, Brasília, n. 46, 2006.

OLIVEIRA, B. S. M. Paula Heimann. In: Figueira, S. (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2007; 9(2):73-91.

PARKER, R.; CAMARGO, K. R. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16(Supl 1):89-102.

PAULA, A. R. *Asilamento de pessoas com deficiências: intitucionalização da incapacidade social* [Tese de Doutorado em Psicologia]. 2v.+ anexos. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 2000.

PEREIRA, S. A.; TEIXEIRA, L. M. Ferenczi e Winnicott: da inquietação à transicionalidade. In: MELLO FILHO J.; SILVA A. L. M. et al. *Winnicott, 24 anos depois*. São Paulo: Revinter, 1995. p. 167-74.

PIGMAN, G. W. (1995). Freud e a história da empatia. In: *Livro anual de psicanálise, XI*. São Paulo: Escuta, 1997. p.123-42.

PINHEIRO, T. Trauma ou Melancolia. *Percurso*. 1993; 10:50-5.

PLAZA, M. Os desafios de uma disciplina. In: *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. Textos coordenados por Alain Giani e Monique Plaza. Tradução de Zakie Yagizi, Riz Kallah e Laila Yazigi Massuh. Revisão de Latife Yazigi. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 228 p.

POLITZER, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Tradução de Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira. Lisboa: Presença, 1973. 192 p.

RACKER, H. (1948). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Tradução de José Cláudio de Almeida Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. 174 p.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para a prevenção do pé diabético. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22(1):17-23. [Online].

RODMANN, R. (1987). *O gesto espontâneo*. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 1990. 177 p.

RODRIGUES, F. F. L et al. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2009; 17(4):468-73. [Online].

ROUDINESCO, E.; PLON, M. (1997). *Dicionário de psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ROUSSILLON, R. Entrevista. *Trieb*. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro : Sociedade Brasileira de Psicanálise, 2000; 9:33-54.

SAFRA, G. A poética na clínica contemporânea. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. 159 p.

SAFRA, G. Transferência neurótica e transferência psicótica: estudo sobre as contribuições teóricas e clínicas de Margaret Little. *Profoco*. 2005. [CD ROM].

SAFRA, G. Transferência: o estar diante, o estar em, o estar com. *Profoco*. 2007. [CD ROM].

SANCHES, G. P. Para ler Ferenczi. *Percurso*. 1993; 10:64-71.

SANCHES, G. P. Os clássicos: Freud e Sandor Ferenczi. In: Figueira, S. A. (Org.). *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 328 p.

SATO, H. T. *Práticas psicanalíticas em instituição: oficina de arranjos florais* [Tese 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.

SANTOS, B. S. (2000). A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. In: _____. *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Cortez, 2005. 414 p.

SEIDL, E. M. F. et al. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus familiares: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005; 21(3):279-88.

STEWART, H. Winnicott. Balint et le groupe des Indépendants. *Le Coq-Héron*. 2003; 173:11-21.

TORRES, T. L.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da Aids e da terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2008; 10(1):64-78.

VAISBERG, T. M. J. A. O uso do objeto teoria: desconstrução e mudança de representações sociais de estudantes de psicologia sobre o doente mental. *Interações*. 1999b; 4(7):77-93.

VAISBERG, T. M. J. A. *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia* [Tese de Livre Docência em Psicologia]. 197 f. São Paulo: Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo, 1999a.

VAISBERG, T. M. J. A. (2002). Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In: _____. *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p. 9-21.

VAISBERG, T. M. J. A. (2003). 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.

VAISBERG, T. M. J. A. Ser e Fazer: Interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. In: _____. *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p. 23-58.

VAISBERG, T. M. J. A.; MACHADO, M. C. L. O método psicanalítico na pesquisa clínica ampliada. *Anais da Segunda Jornada Internacional de*

Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2008. p. 69-83.

VAISBERG, T. M. J. A.; MACHADO, M. C. L.; AYOUCHE, T.; CARON, R. et al. Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: Daniel Beaune (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art Dialogues*. Paris: L' Hartmattan, 2009. v. 1. p. 39-52.

WINNICOTT, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 112-32.

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. (1947). O ódio na contratransferência. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 277-87.

WINNICOTT, D. W. (1949). A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 332-45.

WINNICOTT, D. W. (1951). Fenômenos e objetos transicionais. In: _____. *O brincar e a realidade*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

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. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto clínico. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Tradução de Davy Bolomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-92.

WINNICOTT, D. W. (1955-6). Formas clínicas da transferência. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Tradução de Davy Bolomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 393-8.

WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

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. (1959-64). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Rio de Janeiro: Imago, 1983. p. 114-27.

WINNICOTT, D. W. (1960a). Contratransferência. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.145-51.

WINNICOTT, D. W. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In:_____. *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. (1960c). 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. (1960d). Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 89-100.

WINNICOTT, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 152-5.

WINNICOTT, D. W. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 163-74.

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. (1968a). O uso de um objeto. In: _____. *O brincar e a realidade*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p.121-31.

WINNICOTT, D. W. (1968b). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: _____. *Os bebês e suas mães*. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 79-92.

WINNICOTT, D. W. (1968c). A Imaturidade do Adolescente. In: _____. *Tudo Começa em Casa*. Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 137-63.

WINNICOTT, D. W. (1969) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: _____. *Explorações Psicanalíticas*. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. (1970). Assistência residencial como terapia. In: _____. *Privação e Delinquência*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 249-58.

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.