

Iluminando o *self*: uma experiência clínica psicanalítica não convencional¹

Shining the self: a non-conventional psychoanalytic experience

Vera Lúcia **MENCARELLI**^{2,4,5}
Tânia Maria José Aiello **VAISBERG**^{3,4,5}

Resumo

O artigo apresenta a narrativa de uma experiência psicanalítica em enquadramento clínico diferenciado com pacientes soropositivos para o HIV. Os portadores do HIV estão potencialmente sujeitos a vivências de estados agônicos em função do diagnóstico, do convívio e da severidade do tratamento de sua condição de soropositividade. As autoras foram levadas a buscar um enquadre clínico que contemplasse com maior pertinência o sofrimento existencial daquelas pessoas. A experiência clínica foi inspirada pela psicanálise winnicottiana. Utilizando a confecção de velas ornamentais como materialidade mediadora, isto é, como forma de contato com os pacientes, as autoras tomam “o brincar” como paradigma para a instalação do campo clínico e o “jogo do rabisco” como modelo. O artigo visa apresentar um empreendimento fielmente ancorado na utilização do método psicanalítico, aqui compreendido como ruptura/transformação do campo das agonias impensáveis.

Palavras-chave: enquadre diferenciado; materialidade mediadora; método psicanalítico; sofrimento humano.

Abstract

The paper presents the narrative of a psychoanalytic experience in a special clinical setting with HIV positive patients. HIV positive patients are likely to experience high levels of suffering because of the diagnosis, the involvement, and the harshness of the treatment for their condition. The authors had sought a clinical setting that encompassed those people's existential suffering of. The clinical experience was inspired by the Winnicottian psychoanalysis. Using the ornamental candles crafting as a materiality mediator, i.e., as a patients' consultation method, the authors uses the playing activities as a paradigm of the clinical setting establishment, and the Squiggle game as a model. The aim of the paper is to demonstrate a project faithfully anchored in the psychoanalytic method, here understood as rupture/transformation of the unimaginable suffering field.

Key words: non-conventional clinical setting; mediating materiality; psychoanalytic method; human suffering.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de V.L. MENCARELLI, intitulada “Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficina de velas ornamentais com pacientes soropositivos”. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2003.

² Ambulatório de Moléstias Infecciosas, Programa DST/AIDS do Município de Santo André, Prefeitura Municipal de Santo André. Rua das Silveiras, 73, Vl. Guiomar, 09071-100, Santo André, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: V.L. MENCARELLI. E-mail: <veramencarelli@hotmail.com>.

³ Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Ser e Fazer – Oficinas Psicoterapêuticas de Criação. São Paulo, SP, Brasil.

Ainda que tudo seja importante na dramática vida humana, algumas situações e acontecimentos especiais afetam de maneira contundente o fluir do viver. A comunicação e o convívio posterior com o diagnóstico de uma doença grave e fatal é, sem dúvida, um desses eventos capazes de marcar profundamente a trajetória vital. Na contemporaneidade, o adoecimento pelo vírus HIV configura-se como difícil experiência humana pelo imenso potencial de sofrimento para os que com ela convivem, em virtude de se apresentar sob o estigma de uma morte anunciada⁶. Este artigo visa partilhar com o leitor uma prática psicanalítica exercida de maneira não convencional, desenvolvida para atender a demanda de pacientes soropositivos por socorro psicológico, em um serviço especializado para seus cuidados em geral.

O contexto da idealização e da implantação deste trabalho deve-se à inserção de uma de nós como psicóloga da equipe do ambulatório de moléstias infecciosas da cidade de Santo André, no qual está locado o Programa DST/AIDS, braço, em nível municipal, do Programa Nacional Brasileiro para a Prevenção e Assistência em Aids. Por outro lado, ambas as autoras são pesquisadoras do Diretório de Pesquisa Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, que, para realizar suas investigações, criou as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação SER e FAZER, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Nosso foco de atenção é a pesquisa, teórica e metodologicamente fundamentada, de enquadres diferenciados em clínica psicanalítica de inspiração winnicottiana, tendo em vista contribuir para o desenvolvimento de práticas psicológicas passíveis de serem adotadas em instituições.

O contexto constituído pelo grupo de pesquisa revelou-se ambiente capaz de sustentar o trabalho de busca de resposta ao desafio que se impôs quando, diante da problemática de saúde pública, gerada pela soropositividade/AIDS, posicionamo-nos no sentido de *"ser um psicanalista fazendo outra coisa mais apropriada para a ocasião"*, como diria Winnicott ao se referir às atuações do analista diversas daquela que acontece em

uma análise padrão. Vale a pena recordar outra colocação sua:

... Em geral, análise há para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la. Quando me defronto com o tipo errado de caso, me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial (Winnicott, 1962/1983, p.154).

Mas como exatamente poderia se posicionar um psicanalista trabalhando com saúde pública? Como trabalhar com soropositivos que, mais do que interessados em conhecer seu mundo interno ou imaginário, almejam, sobretudo, encontrar alívio para o sofrimento, fruto de um evento real?

A Ser e Fazer

O estudo detido da obra de Bleger (1963/1984), que, por sua vez, foi profundamente influenciado pelo pensamento do filósofo francês Politzer (1928/1975), motivou a busca de interlocução com autores capazes de se manterem, em suas teorizações, próximos ao acontecer concreto da clínica e do viver. A leitura singular realizada no âmbito da Ser e Fazer encontra na psicanálise winnicottiana respostas satisfatórias a partir de uma perspectiva dialética. Winnicott introduz o registro existencial na psicanálise indo de encontro aos problemas levantados por Bleger e Politzer quando apontam a necessidade de distanciamento de modelos abstratos para a compreensão das condutas humanas e insistem na idéia de que não é possível apartar o fenômeno humano de toda e qualquer circunstância que o circunscreva (Aiello-Vaisberg, 2004). Colada no acontecer humano, e apenas dessa forma, a conduta pode ser compreendida.

Em nossas pesquisas seguimos, portanto, inspirados em Winnicott, autor que inova a psicanálise, evidenciando a importância do ambiente no processo de constituição do verdadeiro *self*. As idéias dos autores citados articulam-se em função de um posicionamento antropológico comum, aquele que entende o homem como ser criador, com capacidades transformadoras, ainda que seja constantemente atravessado por

▼▼▼▼▼

- Importante ressaltar que não ignoramos que para algumas pessoas a ocorrência da emergência de potencialidades até então inibidas, certamente, encontra ocasião em função da adversidade vivida. Nosso trabalho clínico é testemunha de acontecimentos dessa dimensão, porém, mesmo que assim afortunadamente o seja, não é na ausência de sofrimento que podemos observar tal desdobramento.

determinações socioculturais e econômicas. É desse homem que pode emergir o gesto espontâneo, aquele que testemunha sua passagem singular no acontecer humano.

Essas são as bases teóricas que acomodam nossas práticas de pesquisa e estudos que não se dissociam das intervenções clínicas. Pesquisa e intervenção clínica, em nosso grupo, ocorrem simultaneamente e elegemos a narrativa, ou apresentação do acontecer clínico⁷, como método privilegiado de comunicação de nossos trabalhos, assumindo radicalmente que a presença real do psicanalista/pesquisador é parte integrante e indissociável do fenômeno que estuda.

Fundamentado numa perspectiva que articula Bleger e Winnicott não apenas teoricamente, mas também antropológica e eticamente, pôde ser iniciado um trabalho que requeria à psicanalista que, diante do desafio que a clínica da soropositividade lhe apresentava, fosse capaz de criar/encontrar alternativas para um atendimento que pudesse beneficiar tais pacientes, reconhecendo suas necessidades.

Atribuições do psicólogo/psicanalista no ambulatório

A principal atribuição do psicólogo na equipe do ambulatório de moléstias infecciosas consiste em dar acolhimento pontual e permanente ao usuário do serviço. É ele quem recebe os casos novos, recentemente diagnosticados em outro serviço médico qualquer, sendo uma espécie de porta de entrada para o paciente. Também se mantém disponível - porta aberta - para os usuários antigos que procuram esse profissional, em rodízio de plantão, para auxiliá-los ou orientá-los em relação a alguma necessidade especial ou algum aspecto do tratamento.

As entrevistas de acolhimento de casos novos constituem prática de vivência emocional intensa tanto para o profissional como para o paciente, devido ao estado de grande sofrimento em que esse último se encontra. Essa entrevista guarda enorme complexidade,

pois se faz necessário, simultaneamente, dar sustentação humana ao paciente sofredor; procurar oferecer-lhe elementos que possam trazer-lhe confiança na possibilidade de ser ajudado, como, por exemplo, atenuar certas aflições sustentadas por um imaginário antigo que não mais corresponde à realidade da soropositividade vivida nos tempos atuais, e ainda colocar a andar o fluxo de ações pragmáticas previstas para o início de seu tratamento.

Além da inserção nesse dispositivo, o psicólogo deve dar assistência psicológica àquele que o procura. Foi exatamente em relação a esse outro dispositivo que vários questionamentos começaram a emergir. Agendando alguns pacientes que demandavam ajuda, pudemos perceber que muito raramente havia continuidade por tempo prolongado ou mesmo assiduidade nas entrevistas sistematicamente oferecidas de forma similar a um acompanhamento psicoterápico padrão. O paciente costuma procurar o psicólogo com um problema específico e depois de ouvido algumas vezes abdica da oferta de entrevistas continuadas, porém volta a demandar ajuda em um outro momento que eventualmente elicie maior ansiedade.

Existem momentos específicos, potencialmente aflitivos, na evolução do tratamento dos soropositivos. Muitas vezes, alguns pacientes vêm-se frente a sofrimentos caracterizados por Winnicott como agonias impensáveis, aquelas que acarretam o colapso de suas defesas em função da brutal invasão ambiental proporcionada por algum evento da doença que interrompe o sentimento de continuidade de ser (Winnicott, 1963/1994). Nesses momentos, alguns pacientes podem experimentar vivências de dissociação - defesa frente à perda da integração do *self* - ou caírem nas agonias impensáveis, deixando de experimentar seu *self* como uno e real.

Esses eventos potencialmente invasivos são: a recepção do diagnóstico, o início da terapêutica ARV⁸, o uso de terapêutica medicamentosa severa e conseqüente dificuldade de adesão⁹, a comunicação da soropositividade ao parceiro(a), a troca de esquema

▼▼▼▼▼

⁷ O termo apresentação guarda sua origem no próprio e restrito sentido que adquire no contexto da obra de Winnicott.

⁸ ARV: Esquema anti-retroviral, conhecido como *coquetel*. Constitui-se da reunião de três drogas que inibem a replicação do retrovírus HIV.

⁹ Os anti-retrovirais trazem grande intolerância orgânica no início do tratamento, como náuseas e diarreias. Com o uso continuado surgem sérios efeitos adversos como neuropatias, aumento severo dos índices de triglicérides e colesterol, anemias, etc.

ARV¹⁰, as infecções oportunistas, o aguardo do resultado da sorologia do(a) parceiro(a) ou de filhos, a falência dos esquemas ARV e a evolução fatal da doença. A evolução da infecção do HIV sempre traz a possibilidade de um acontecimento que pode ser vivido como traumático. Ainda que os esforços da ciência tenham conseguido ganhos na direção de uma maior estabilidade do estado geral do paciente, assemelhando a AIDS a uma doença crônica de controle, trata-se de uma doença fatal cuja inibição não é garantida.

O reconhecimento de toda essa problemática emocional, que pudemos identificar como freqüente, fez com que se tornasse possível isolar uma espécie de fenômeno clínico básico, para o qual nosso interesse passava a ser direcionado na busca de enquadramentos clínicos pertinentes terapêuticamente. Foi a partir da perspectiva da possibilidade de queda em agonias impensáveis e da ocorrência de fenômenos dissociativos, potencialmente emergentes em função das inúmeras invasões ambientais, que orientamos nosso trabalho.

Nessas circunstâncias, o modelo de intervenção clínica a ser adotado nos parecia distante do modelo tradicional da abordagem psicanalítica - nossa referência teórica - exercida classicamente. Nesse último, a interpretação é, usualmente, a ferramenta primordial de intervenção, visando, em última instância, à elucidação dos campos lógico-emocionais inconscientes a partir da enunciação da sentença interpretativa. Segue-se, assim, a idéia freudiana que preconizava tornar consciente aquilo que estava recalcado, segundo o esquema da primeira tópica, ou ainda fazer *ego* onde era *id*, de acordo com a segunda tópica. Ora, imaginar que esse tipo de operação clínica tenha, por si só, efeito mutativo, é uma crença que a experiência clínica, à medida que o próprio conhecimento psicanalítico avança, parece desconfirmar. De fato, alguns autores, como Winnicott (1990), têm enfatizado que o mero incremento do autoconhecimento nem sempre tem valor terapêutico:

O desejo de conhecer a si próprio parece ser uma característica do psiconeurótico. Para estas pessoas, a análise traz um aumento da autoconsciência e uma tolerância maior para com o que é desconhecido. Já os

pacientes psicóticos (e as pessoas normais de tipo psicótico), ao contrário, pouco se interessam por ganhar maior autoconsciência, preferindo viver os sentimentos e as experiências místicas, e suspeitando do autoconhecimento intelectual ou mesmo desprezando-o. Estes pacientes não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas aos poucos eles podem vir a ter esperanças de que lhes seja possível sentir-se reais (Winnicott, 1990, p.78).

O exame dessa citação permite verificar que a consideração de necessidades dos pacientes resulta na admissão da possibilidade de desenvolvimento de trabalho psicanalítico no qual não se opere pela via da enunciação de sentenças interpretativas. Assim, foi exatamente a sintonia que conseguimos estabelecer com relação ao sofrimento dos pacientes da clínica da soropositividade o que nos levou a perceber a infecundidade de manter nosso trabalho num registro interpretativo-representacional. Ainda que seja válida, em termos de estudo, a adoção de um recorte epistemológico que tome o psíquico como vértice, clinicamente apenas a experiência existencial, tomada em seu todo, poderia ser foco de esforços que contemplassem a demanda de tais pacientes que, diga-se de passagem, pareciam pouco interessados no conhecimento de seu mundo interior.

Em condições humanas limitantes, concretas e extremas, o *holding* e o manejo *do setting* apresentam-se como ferramentas privilegiadas para o exercício psicanalítico. Os dispositivos clínicos já enunciados - acolhimento e agendamento eventual de entrevista psicológica - passaram a adotar, de forma mais deliberada, os procedimentos clínicos winnicottianos.

Voltar a sensibilidade e a atenção ao fenômeno clínico de base, vale dizer, à ameaça de queda em agonias impensáveis, motivou a criação de um novo enquadre que pudesse acolher um número maior de pacientes. Teve, então, início, no âmbito do ambulatório, uma experiência clínica em enquadramento diferenciado. Ao modelo de outras iniciativas empreendidas pela SER e FAZER, propusemos a utilização de uma materialidade mediadora para o estabelecimento do campo de transicionalidade, sob o qual opera essa clínica, conforme inspiração winnicottiana.

▼▼▼▼▼

¹⁰ Necessária quando acontece a resistência ao esquema ARV que se torna falido. A resistência é esperada após certo período de uso, porém, problemas de adesão aceleram o surgimento de cepas virais resistentes.

A oficina de velas ornamentais

A utilização da mediação por uma materialidade tem como modelo inspirador o jogo do rabisco, que Winnicott (1968/1994) propunha para seus pacientes como forma de estabelecer um encontro devotado. Esse psicanalista gostava muito de desenhar e esse era o convite que fazia ao paciente: propunha uma espécie de jogo de traços e rabiscos no qual cada qual deveria se dedicar a dar finalização a um desenho apenas esboçado pelo outro. Dessa maneira, era possível chegar, muitas vezes no primeiro ou em poucos encontros, ao núcleo problemático daquele que demandava ajuda. O encontro desse núcleo, coração da experiência compartilhada, era vivido como surpreendente para o paciente (Winnicott, 1968/1994). Assim, o potencial transformador estava contido na própria experiência compartilhada com o outro. Assistimos aqui a uma mudança de paradigma que faz com que Winnicott (1971) afirme que a psicoterapia só se faz possível na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do analista.

É na instalação do campo clínico do brincar, da transicionalidade, que chegamos à nossa proposição da oficina de velas ornamentais. Cabe ainda considerar que a manutenção de nossa prática, como expressão diferenciada do método psicanalítico inspirada nos desenvolvimentos winnicottianos, guarda fundamentação nas precisas observações de Herrmann (2001) sobre o método psicanalítico.

Esse autor chama a atenção para a importância de evitar confundir o método com a técnica, que vem a ser uma forma de aplicação do primeiro. A seu ver, o método psicanalítico define-se, primordialmente, por fazer valer constantemente, no exercício de sua prática, a ruptura de campo. O autor refere-se, desse modo, ao rompimento de campos lógico-emocionais inconscientes que determinam as condutas humanas. Explicanos de maneira espirituosa que o psicanalista age sempre como se não tivesse educação, como se mudasse o tempo todo de assunto, procurando romper o discurso do analisando para remetê-lo a um sem fim

de significações que definiu como expectativa de trânsito.

Julgamos nos manter em um fazer psicanalítico quando adotamos o método psicanalítico, porém, utilizando-o de maneira diversa da tradicional. Em concordância com Herrmann, quando aponta que o coração do método está na ruptura de campo, propomos a ruptura, no entanto, não do campo discursivo e sim do campo agônico. É através da oferta de um novo campo, o campo do brincar, que propomos essa ruptura¹¹.

Dessa maneira, criamos o espaço da oficina de velas, de encontro humano devotado e de acolhimento ao paciente, partindo, ainda, da compreensão de que sua conduta, dissociada ou agônica, manifesta, em última instância, o que de melhor lhe foi possível alcançar em determinadas circunstâncias, expressando o anseio pela sobrevivência existencial (Bleger, 1963/2001; McDougall, 1997). Acreditamos ser esse um posicionamento ético, contido no cerne do próprio método psicanalítico, que compreende que não há limites para a compreensibilidade da conduta humana e que essa sempre guarda um sentido (Aiello-Vaisberg, 1999).

Escolhemos dois casos para ilustrar o enquadre diferenciado que utilizamos. O primeiro deles narra um único encontro, que mesmo sendo único, parece ter alcançado efeitos mutativos. O outro caso traz a narrativa de uma frequência assídua na oficina.

Um bem-vindo engano

Estávamos, naquela tarde, como de costume, com a sala já devidamente preparada para o início de mais um encontro psicoterapêutico. Nunca sabemos previamente quem irá comparecer, apesar de intuitivamente contarmos com a presença de alguns.

A parafina já se encontrava no fogo e os outros membros da equipe que passavam por nossa porta comentavam ser impossível deixar de saber quando estamos fazendo oficina de velas, pois o cheirinho começa a tomar conta da atmosfera de todo o ambulatório.

▼▼▼▼▼

¹¹ Apesar de subscrevermos as idéias fecundas de Herrmann a respeito do método, apresentamos uma concepção antropológica diferente daquela que advoga. Lembramos que partimos da observância de um campo vivencial, experiencial, enquanto Herrmann concebe a ruptura de campos de determinantes lógico-emocionais. Ainda seguindo nossas reflexões após a defesa pública da dissertação apresentada neste artigo, chegamos à conclusão de que de acordo com nosso uso singular das contribuições de Herrmann, talvez fosse mais preciso pensarmos em transformação e não ruptura de campos.

Dispostas sobre a mesa de fórmica estavam as fôrmas, a glicerina, os pavios e as bases feitas de pequenos pedacinhos endurecidos de parafina colorida e perfumada. O chão e as mesas que servem de apoio do consultório estavam devidamente forrados por um grosso papel devido à capacidade da parafina derretida deixar seus vestígios em tudo com que tenha contato. Esse cenário, mantido em porta aberta, pois o calor pode ser incômodo em função da permanência do fogo aceso, se configura como espaço que ganha aparência totalmente dissonante dentro de um equipamento de saúde. A privacidade é garantida pela escolha de um consultório bastante distante do local de maior trânsito de pessoas, estando mais isolado no andar superior de nossa unidade de saúde.

Tudo pronto, à espera dos pacientes que começavam a chegar. O interesse pelos elementos dispostos na mesa logo foi despertado e cada um escolheu sua fôrma e seus ornamentos e iniciou seu fazer. A conversa foi mantida, como de costume, ao redor de algo acontecido a alguém no trajeto entre sua moradia e o ambulatório, pelo interesse em relação a alguém que se espera, mas que ainda não havia chegado, ou seja, conversas sobre o cotidiano.

Naquele encontro em particular, o grupo acabou por se constituir apenas de mulheres, todas já participantes mais assíduas da oficina. Num dado momento, já atrasada, surge mais uma pessoa, que vinha pela primeira vez. Era Suzete, nome fictício, uma usuária do ambulatório. Timidamente, cumprimentou o grupo e, orientada pela psicoterapeuta, iniciou o fazer de sua vela. Essa paciente estivera afastada por um bom tempo do ambulatório e do tratamento, mas resolvera retornar, o que fizera durante a semana em curso, porque desejava voltar a se cuidar.

Um tanto calada, mas de maneira empática com o restante do grupo, Suzete fazia sua vela e observava o fazer das outras, bem como acompanhava os comentários que giravam ao redor do próprio fazer. Uma paciente consultava a outra a respeito de elementos ornamentais, cores ou algo semelhante. Em um determinado momento, talvez pela ausência de componentes masculinos no grupo naquele dia, o assunto encaminhou-se para o uso do preservativo. Algumas se

queixavam de seu uso, outras diziam não se incomodar, de maneira que uma espécie de enquete sobre preferências e gostos em relação ao preservativo foi se constituindo como tema de conversa.

O uso do preservativo feminino veio à baila. Algumas nunca tinham ouvido falar sobre ele, outras já haviam usado e compartilhavam suas experiências. Em determinado momento uma antiga e assídua paciente da oficina voltou-se para Suzete e perguntou-lhe se já havia feito uso do preservativo feminino. Suzete sustentou um olhar condescendente em direção à companheira, que aguardava uma resposta. O silêncio instalou-se, prenunciando uma situação muito delicada. Suzete, enfim, quebrou o silêncio que já tornara sua interlocutora apreensiva e a colocara à procura do olhar da psicanalista em busca de compreensão, dizendo:

"Eu não posso usar preservativo feminino porque sou uma bichete¹², você não percebeu?"

Lentamente, o grupo todo, que havia passado por um momento apreensivo e de suspense, pois, provavelmente, o mesmo engano havia cometido também outras pacientes presentes, retomou sua atividade.

Chegada a hora de desenformar as velas, Suzete mostrava-se curiosa e cheia de expectativas em relação a poder apreciar o que fizera. Sua pequena vela, entretanto, ainda não totalmente seca devido a um elemento que usou, saiu da fôrma com um defeito, de maneira que um pedaço ficou amassado e parcialmente desprendido do restante da vela. Novamente a apreensão tomou conta do grupo e Suzete, entristecida, olhou para sua velinha e disse:

"Eu não tenho sorte mesmo... tudo para mim dá errado... sai diferente do que quero..."

O grupo todo se uniu em busca de idéias para ajeitar a velinha defeituosa. Com o auxílio do calor do ferro elétrico, moldamos a parafina e conseguimos aderir o pedaço que se desprendia. O resultado ficou de fato um tanto diferente em relação às outras velas, mas o semblante de Suzete aos poucos voltava a se iluminar, conforme sua criação ganhava um aspecto melhor.

"Ah! Eu já estou gostando dela assim mesmo, ficou com este defeitinho, mas é a minha vela..."

Feliz com sua vela, despediu-se do grupo no final de nosso encontro, juntamente com a maioria das outras mulheres. A paciente que perguntara sobre o uso do preservativo feminino permaneceu na sala ao lado de outra companheira para conversar com a psicanalista sobre o “fora” cometido, podendo aí ser reassegurada.

Suzete não compareceu mais às oficinas. Entretanto, em encontro casual, pode contar à psicanalista que gostara muito daquela participação, porém andava impossibilitada de voltar, tinha muitas coisas para fazer e, além disso, decidira voltar para perto de sua família, que morava em outra cidade. Estava ali, então, para pedir sua transferência ao médico. A vivência que tivemos com essa pessoa na oficina, naquele momento, faz pensar em como poderia ser significativa a busca de proximidade da família para uma pessoa como ela. Em função do desprendimento que essa experiência estava ensinando, pensamos também que algumas perguntas sobre o destino de pessoas com quem vivenciamos importantes momentos ficariam sem respostas. Entretanto, algo indicava que um importante movimento mutativo havia ocorrido.

Retomando a continuidade do viver

A psicanalista conheceu Mércia em dia de plantão no acolhimento, no contexto de entrevista de entrada no ambulatório. Gestante de oito meses, muito jovem e delicada, aparentando ser uma menina, soube de sua condição de soropositiva através dos exames de pré-natal. Abandonada pelo pai da criança, que alegara não ser dele o filho, Mércia estava entregue aos cuidados de um irmão mais velho. Os pais eram falecidos.

A moça, durante todo o tempo da entrevista, perguntava quanto tempo ainda teria de vida. Todas as explicações a respeito da possibilidade de manter-se bem através do uso de ARV pareciam não repercutir como resposta à sua questão, de modo que insistia na pergunta: quanto tempo ainda vou durar?

▼▼▼▼▼

¹³ A gestante costuma iniciar o uso de ARV mesmo quando suas condições imunológicas encontram-se satisfatórias, com o objetivo de reduzir ao máximo as possibilidades de contaminação do bebê. O risco maior de contaminação ocorre no último trimestre da gestação e o ideal é que a gestante inicie o ARV antes desse período. O parto também representa grande perigo de contaminação devido ao contato com sangue materno. O uso de ARV pela mãe objetiva reduzir a quantidade de carga viral a índices de indetectação de vírus na corrente sanguínea. Ainda como medida profilática, logo no início do trabalho de parto, seja esse normal ou cesariana, a parturiente costuma receber uma grande dosagem do anti-retroviral Zidovudina (AZT). O bebê tomará, posteriormente, durante as seis primeiras semanas de vida um xarope de AZT e a amamentação é totalmente contra-indicada, pois o leite materno é veículo de contaminação.

Terminadas as explicações, a psicanalista resoluta a ouvir-lhe teve, diante de si, uma pessoa calada, de cabeça baixa, que, de tempos em tempos, retomava a mesma e fatal pergunta. Consciente do risco de gerar comportamentos submissos, o conselho para procurar desenvolver confiança em relação ao médico e à equipe foi enunciado e fortalecido pela lembrança de que o seguimento das recomendações poderia aumentar possibilidades de viver muito tempo. Seu foco de interesse, depois dessa intervenção, passou a ser a preocupação com a criança e queria saber quais seriam as chances do bebê nascer soropositivo. Foi-lhe explicado que faria uso de medicação com o propósito de profilaxia na tentativa de evitar a contaminação de seu filho¹³. Recebeu, ainda, orientações quanto aos procedimentos especiais na hora do parto e aos cuidados dedicados ao bebê depois de seu nascimento. Ainda incrédula, Mércia despediu-se recebendo da psicanalista a oferta de disponibilidade para atendimento quando julgasse necessário. Os encaminhamentos médicos foram providenciados imediatamente.

Mércia viria procurar atendimento com relativa frequência, antes e após o nascimento de seu bebê, sempre de posse de sua questão: vou demorar muito ainda para morrer? Fazia perguntas, sem, no entanto, confiar nas respostas. Objetivava alcançar respostas, enquanto a psicanalista buscava lhe incutir confiança no tratamento e na possibilidade de manter-se viva.

A paciente havia desenvolvido um bom vínculo com sua médica. Assintomática, tendo deixado de usar ARV logo após o nascimento da criança devido a sua ótima condição imunológica, a moça demonstrava enorme dificuldade em acreditar nas informações que lhe eram passadas pelos profissionais da equipe, contudo, apesar de sua insegurança, nunca deixou de acatar todas as recomendações médicas.

Mércia parecia ter vivenciado falhas no processo de evolução maturativa que leva o indivíduo da dependência absoluta para a independência. Provavelmente, não pôde contar com um ambiente

suficientemente bom no início de sua vida que pudesse proporcionar a ilusão de encontrar no mundo compartilhado ocasião de ver suas necessidades respondidas.

Segundo Winnicott, a dependência dos bebês em relação ao ambiente é um fato real evidente. A boa provisão ambiental deve ser proporcionada pela mãe ou algum sucedâneo de forma que possa prover, naturalmente, à criança a satisfação de suas necessidades psicossomáticas. No início da vida, a dependência é absoluta, uma espécie de prolongamento da vida intra-uterina. As pequenas falhas adaptativas da mãe em relação às necessidades do bebê, que naturalmente passam a existir em função de seu deslizar do estado de preocupação primária em direção ao retorno de sua vida costumeira, farão com que o infante se dê conta, de certa forma, de sua dependência. Auxiliado pelo começo da compreensão intelectual, permitida pela apresentação constante do mundo pelo manejo contínuo da mãe, que por sua vez, permanece sendo sempre ela mesma, o bebê ingressará no estágio da dependência relativa (Winnicott, 1963/1994). Alcançando esse estágio o bebê poderá seguir rumo à independência.

Era possível perceber algum tipo de falha ocorrida com Mércia em relação a todo esse delicado processo, pois era notável sua impossibilidade de estabelecer confiança no ambiente que lhe era oferecido empaticamente. Existia, entretanto, um grau de submissão que lhe permitia acatar as recomendações a partir de uma espécie de formação de falso *self*, mas não pela via de uma apropriação do mundo, um novo mundo que ela pudesse integrar a seu verdadeiro *self*.

Depois de algum tempo sem atendimento psicológico individual, Mércia compareceria à oficina de velas ornamentais a conselho de sua médica infectologista. Foi recebida com devoção. Tímida e calada, entretanto, logo foi tomada por uma espécie de excitação que acomete os novatos e os torna ávidos na feitura de velas. Fez inúmeras e pequenas velas durante o decorrer dos encontros aos quais compareceu, mas dizia que jamais acenderia nenhuma delas: *não queria desfazer-se de suas velinhas!*

Com o passar do tempo começou a fazer velas mais encorpadas, maiores, utilizando-se de formas

arredondadas e de cores delicadas como o amarelo, o branco ou o rosa, porém enriquecidas com elementos de cores mais fortes e usados em profusão.

Em uma determinada ocasião, durante o acontecer de um encontro na oficina, resolveu perguntar a respeito do local que deveria levar seu bebê para realizar consulta infectopediátrica e vir a saber sobre as condições de sorologia para o HIV em relação à criança. Mércia havia acatado todas as recomendações médicas com exceção desta: ainda não sabia se seu filho era soropositivo ou não!

Recebeu a orientação necessária para que pudesse buscar auxílio pediátrico especializado. Seu medo de constatar a soropositividade da criança, que na época já contava um ano e seis meses, era enorme. As orientações e informações foram apresentadas tendo em vista o modelo das tarefas maternas, ainda que, nesse caso, o mundo a ser apresentado seja sempre um viver difícil.

Durante os encontros seguintes na oficina, Mércia não deixou de manter a psicanalista informada acerca de seus passos na busca de cuidado ao filho, até poder comunicar, com alegria, que a criança apresentava reagência negativa para o HIV e havia recebido alta do pediatra infectologista. Pensamos que Mércia, dessa vez, não agiu por submissão, mas pôde, enfim, estabelecer um vínculo de confiança com o ambiente provedor que lhe proporcionava informações. A moça, entretanto, continuaria não acendendo suas velas, antes presentearia pessoas de seu círculo com elas.

Mércia acabou por conhecer um rapaz, também usuário soropositivo do serviço, com quem estabeleceu um relacionamento amoroso sério. O rapaz pensa em casamento e diz pretender assumir seu filho. Mércia parece muito satisfeita com o retomar da continuidade de sua vida e deixou de enunciar sua fatal pergunta.

Uma das mais interessantes reflexões que pudemos elaborar a partir dessa experiência clínica é que a oficina de velas ornamentais parece se constituir para esses pacientes como espaço de descanso de seus sofrimentos. Na medida em que não os toma unicamente como seres doentes, sem, no entanto, negar o fato, possibilita um (re)encontro com eles mesmos, que vivenciam a si mesmos como seres unos e reais (Mencarelli, 2003).

Referências

- Aiello-Vaisberg T.M.J. (1999) *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de livre docência em Psicologia, não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Aiello-Vaisberg T.M.J. (2003). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Psicologia USP*, 14 (1), 95-128.
- Aiello-Vaisberg T.M.J. (2004) Ser e fazer: *enquadres diferenciados na Clínica Winnicottiana*. São Paulo: Idéias e Letras.
- Bleger, J. (1994). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1963).
- Herrmann, F. (2001). *Andaimes do real: o método da psicanálise* (3.ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McDougall J. (1997). *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mencarelli, V.L. (2003). *Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficina de velas ornamentais com pacientes soropositivos*. Dissertação de mestrado em Psicologia, não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Politzer, G. (1975). *Crítica dos fundamentos da psicologia: a psicologia e a psicanálise* (2.ed., v.1). Lisboa: Editorial Presença. (Originalmente publicado em 1928)
- Winnicott D.W. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D.W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1962)
- Winnicott D.W. (1994). O medo do colapso (Breakdown). In D.W. Winnicott. *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-75). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1963)
- Winnicott D.W. (1994). O jogo do rabisco. In D.W. Winnicott. *Explorações psicanalíticas*, (pp. 230-243). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicada em 1968)
- Winnicott D.W. (1975). O brincar: uma exposição teórica. In Winnicott D.W. *O brincar e a realidade* (pp. 59-77). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott D.W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Recebido para publicação em 2 de junho de 2004 e aceito em 10 de julho de 2005.

