UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica

Mestrado em Psicologia Clínica

Robson Thiago Barbosa Nakagawa

**Considerações sobre o cuidado na obra de Sigmund Freud:
dos fundamentos à constituição da clínica psicanalítica**

São Paulo

2015

Robson Thiago Barbosa Nakagawa

**Considerações sobre o cuidado na obra de Sigmund Freud:
dos fundamentos à constituição da clínica psicanalítica**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof^ª Dr^ª Ivonise Fernandes da
Motta

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Freud, Sigmund, 1856-1939

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Nakagawa, Robson Thiago Barbosa.

Considerações sobre o cuidado na obra de Sigmund Freud: dos fundamentos à constituição da clínica psicanalítica / Robson Thiago Barbosa Nakagawa; orientadora Ivonise Fernandes da Motta. -- São Paulo, 2015.

165 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Cuidado 2. Freud, Sigmund, 1856-1939 3. Ética 4. Psicanálise I. Título.

RC504

NAKAGAWA, R. T. B. Considerações sobre o cuidado na obra de Sigmund Freud: dos fundamentos à constituição da clínica psicanalítica. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da Bolsa de Mestrado com apoio financeiro para a realização desse estudo.

As muitas pessoas que me acompanharam nos últimos três anos na trajetória desse trabalho:

Minha orientadora Ivonise Fernandes da Motta pela confiança e pelo auxílio na condução dessa dissertação de mestrado, bem como por todos os anos que trabalhamos juntos no Laboratório de Pesquisas sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade (LAPECRI) da Universidade de São Paulo.

Os amigos do Núcleo de Abrigos do LAPECRI/USP, fundamentalmente minha supervisora Denise Sanchez Careta, pelo empenho e pela disponibilidade sempre cordial e precisa em seus conselhos e orientações.

Os professores que estiveram presentes diretamente e indiretamente na elaboração e desenvolvimento desse trabalho, como Daniel Kupermann, Nelson Coelho Junior, Ecléa Bosi e Luís Claudio Figueiredo.

Os amigos da Universidade de São Paulo que acompanharam esse percurso trocando e acolhendo opiniões e angústias, especialmente Paulo Henrique Dias, Priscila Checulli e Rodrigo Salles.

Os amigos do grupo de orientação: Vinicius Aguiar, Claudia Yaisa, Lucia Basuglia e Leliane Moreira.

Meus pais e minha irmã por compreenderem meus momentos de ausência por conta da realização desse trabalho.

Minha querida companheira Gabriela Marko por todo cuidado, compreensão, disponibilidade e ajuda nesse percurso.

A Leslie Marko pelo acolhimento e pela ajuda sempre marcada pela ternura.

“A vida é a arte do encontro, embora

haja tanto desencontro pela vida”.

Samba da Benção – Vinicius de Moraes.

Resumo

NAKAGAWA, R. T. B. **Considerações sobre o cuidado na obra de Sigmund Freud: dos fundamentos à constituição da clínica psicanalítica.** Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

A tarefa do cuidado está presente de maneira fundamental na existência e na sobrevivência dos seres humanos. Desde seu nascimento o bebê humano precisa da ajuda de alguém que seja capaz de compreender suas necessidades essenciais e prover algo em seu favor. Esse gesto originário representa não apenas um momento de zelo, mas uma atitude de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Essas qualidades presentes no gesto de cuidado revelam sua dimensão ética alicerçada na consideração e no reconhecimento à alteridade. Embora as atividades que desempenham a função de cuidar ao longo da vida do ser humano possam ser caracterizadas por distintas propostas de intervenção e diante de situações diversas, compreendemos que a essência do cuidado está embasada em sua dimensão ética. Nesse sentido, o cuidado pode ser definido não apenas pela execução de determinadas tarefas, mas pelo reconhecimento e consideração ao outro em suas características mais singulares. O objetivo do presente trabalho consiste em realizarmos uma discussão teórica a respeito da noção de *cuidado* na obra freudiana, ressaltando os aspectos presentes no trabalho psicoterapêutico, bem como as contribuições que o pensamento de Freud oferece ao tema do cuidado no desenvolvimento humano. Temos como foco de trabalho a obra do autor no período compreendido entre 1895 e 1915, o qual representa as experiências iniciais que fundamentam a clínica psicanalítica até sua formalização em 1915, sob a forma denominada clínica clássica. Notamos que a psicanálise surge com proposta de intervir nos estados de sofrimento psíquico, incluindo a dimensão subjetiva do paciente em uma época na qual as doenças eram compreendidas apenas como reflexos de alterações nas estruturas fisiológicas. Ao devolver a fala ao paciente, Freud abre a possibilidade de escutar e acolher sua história e seus sofrimentos, compreendendo as vicissitudes de sua vida afetiva e os efeitos que elas produzem em seu psiquismo. Nesse sentido a clínica psicanalítica pode ser caracterizada pela abertura a alteridade, incluindo a dimensão inconsciente do sujeito. Seu trabalho está fundamentado na consideração e no respeito à condição singular do paciente, de modo que as intervenções buscam uma “tomada de consciência” não restrita ao plano

intelectual, mas resultado de uma vivência afetiva na qual os conflitos oriundos da sexualidade infantil possam ser assimilados à história e à consciência do indivíduo. O método desenvolvido por Freud pressupõe uma posição empática do analista, capaz de acolher e favorecer as experiências transferências, manejando-as de tal maneira que possam ser elaboradas e significadas pelo sujeito. Se, por um lado, o autor desenvolve um trabalho cuja proposta está alicerçada no cuidado humano, por outro lado, à abertura a alteridade que seu método possibilita, permite-nos compreender que o cuidado inicial oferecido pela mãe, além de ser essencial na constituição do indivíduo e retirá-lo da condição de desamparo, é responsável por produzir marcas em sua vida afetiva, as quais estarão nas raízes de seu sofrimento neurótico derivado das imposições da cultura e da sociedade sobre suas formas mais primitivas e originais de satisfação.

Palavras-Chave: Cuidado; Sigmund Freud; Ética; Psicanálise.

Abstract

NAKAGAWA, R. T. B. Considerations on the notion of care in Sigmund Freud's works: from the foundations to the constitution of psychoanalytic clinic. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

The task of caring is present in a fundamental way in the existence and survival of human beings. From his birth onwards, the human baby needs the aid of someone who is able to understand his essential needs and to provide something in his benefit. This original gesture represents not only a moment of zeal, but also an attitude of preoccupation, accountability and affective involvement with the other. It is this quality of involvement present at the gesture of care that reveals its ethical dimension sustained on the consideration and recognition of alterity. Although the activities that perform the function of caring throughout the life of the human being may be characterized by different proposals of intervention and distinct situations, we understand that the essence of care is based in its ethical dimension. In that regard, care may be defined not only through the execution of certain tasks, but through the recognition and consideration of the other in its most singular characteristics. The objective of this present research consists in realizing a theoretical discussion regarding the notion of *care* in Freudian literature, emphasizing the aspects that are present in psychotherapeutic work, as well as the contributions that Freud's perspective offers to the subject of care in human development. Our research focus is the author's work regarding the period between 1895 and 1915, which represent the initial experiences that establish psychoanalytic clinic until its formalization in 1915, under its form recognized as classical clinic. We note that psychoanalysis arises with a proposal to intervene in the states of psychical suffering, which includes the subjective dimension of the patient at a time in which the diseases were understood only as reflexes of alterations of physiological structures. When giving back to the patient his own discourse, Freud opens up the possibility of listening and receiving his history and suffering, understanding the particularities of his affective life and the effects it produces in his own mental life. In that regard, psychoanalytic clinic may be understood as openness to alterity that includes the unconscious dimension of the subject. Its work

is based on the consideration and respect to the singular condition of the patient, in a way that the interventions search for a “onset of awareness” not limited to the intellectual realm, but as a result of an affective experience in which the conflicts emerging from infantile sexuality may be assimilated into the history and consciousness of the individual. The method developed by Freud presupposes an emphatic position of the analyst, capable of receiving and favoring the transferential experiences, handling them in a manner in which they can be elaborated and signified by the patient. If, on the one hand, the author develops a work which its proposal is based in human care, on the other hand, the openness to alterity that his method enables allows us to understand that the initial care offered by the mother, besides being essential in the constitution of the individual and removing him from his condition of helplessness, is also responsible for producing imprints in his affective life, which will be at the roots of his neurotic suffering derived of the impositions of culture and of society in its most primitive and original forms of satisfaction.

Keywords: Care; Sigmund Freud; Ethics; Psychoanalysis.

Sumário

Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Introdução.....	13
Metodologia.....	24
 Parte 1: Os sentidos do <i>cuidado</i> nas relações humanas	
1.1. As ações do cuidado presente nas atividades de cuidar.....	32
1.2. Os significados do conceito de cuidado.....	39
1.3. O cuidado como atenção especial.....	43
1.4. A fábula-mito sobre o Cuidado comentada.....	47
1.5. O cuidado como produção de sentidos às experiências humanas.....	50
1.6. As Dimensões do cuidado e sua ética na coletividade.....	58
1.7. As qualidades da presença do cuidador e suas funções nas atividades de cuidado.....	63
 Parte 2: Perspectivas sobre o <i>cuidado</i> na obra de Freud	
2.1. Adoecimento psíquico e subjetividade.....	68
2.2. Trauma, memória e afeto nos preâmbulos da clínica psicanalítica.....	72
2.3. O cuidado na gênese do desenvolvimento e seus efeitos no psiquismo infantil....	81
2.4. A escuta do desejo e a consideração à realidade psíquica na clínica freudiana....	105
2.5. Perspectivas sobre o cuidado no desenvolvimento da clínica freudiana.....	115
2.6. A clínica freudiana como suporte para experiências de cuidado.....	127
 Considerações Finais.....	 150
 Referências	 157

Introdução

Dentro do rol dos conceitos que fazem parte da construção da humanidade e que melhor definem a sua condição no mundo, estão as noções de liberdade, justiça, felicidade e amor. Ademais, acreditamos que a noção de *cuidado* também poderia ser inserida nessa categoria de elementos que, por mais difícil que seja a tarefa de defini-los objetivamente, todo ser humano é capaz, à sua maneira, de reconhecê-los, bem como de perceber a importância deles em suas vidas.

Podemos considerar que sem o cuidado humano o indivíduo é incapaz de sobreviver, se desenvolver e vir à existência sendo reconhecido e reconhecendo-se como alguém. Desde o nascimento, o bebê necessita de cuidados específicos relativos à maternidade, passando a ser alvo de outros tipos de atenção e cuidado ao longo da vida. Além do acompanhamento pediátrico que o recém-nascido recebe, gradativamente vão surgindo outras formas de atenção e cuidado visando contemplar às necessidades esperadas para o desenvolvimento e também às necessidades decorrentes de situações particulares, como os machucados, doenças contraídas, entre outras situações que podem vir a fazer parte de sua vida.

Enquanto no início de vida o cuidado materno busca proteger a criança pequena das possíveis ameaças às quais está exposta e facilitar o seu processo de crescimento que ocorre tanto em nível físico quanto mental, o cuidado proporcionado pela educação, mais a frente no desenvolvimento da criança, tem como objetivo favorecer uma experiência de mediação entre ela e os elementos da cultura e da sociedade. Podemos considerar que, embora o germe desse cuidado oferecido pela ação de educar já esteja presente na relação inicial dos pais com a criança, ele vai adquirindo maior complexidade e se efetivando a partir desse novo tipo de relação.

Gradativamente surge o cuidado dos amigos, dos professores, dos dentistas, dos enfermeiros, bem como das inúmeras pessoas que acolhem as fragilidades do sujeito e que auxiliam nos momentos de dificuldade. Diante disso, podemos notar que as ações responsáveis pelo cuidado nos seres humanos, adquirem diversas facetas, ou modos de se apresentar nas relações, buscando oferecer algo em provimento do sujeito que vá de encontro às suas necessidades essenciais.

Dessa maneira, compreendemos que a condição do ser humano é marcada desde sua origem pelo estado de fragilidade, necessitando sempre de uma ajuda alheia capaz de ir ao encontro de suas necessidades fundamentais e possibilitando assim, sua continuidade na existência. Sem o cuidado presente nas relações humanas, o homem encontra-se em estado de total desamparo, exposto diretamente aos riscos e ameaças presentes no mundo, sem qualquer possibilidade de refúgio.

No primeiro século antes de Cristo, o escritor romano Higino (64 a.C. – 17 a.C.) escreveu uma fábula-mito com intuito de representar a presença e a importância do cuidado na criação e no desenvolvimento da vida humana. Rocha (2011, p.75) traduz essa fábula da seguinte maneira:

Cuidado, ao atravessar um rio, viu uma massa de argila, e, mergulhado em seus pensamentos, apanhou-a e começou a modelar uma figura. Enquanto deliberava sobre o que fizera, Júpiter apareceu. Cuidado pediu que ele desse uma alma à figura que modelara e facilmente conseguiu. Como Cuidado quisesse dar o seu próprio nome à figura, Júpiter o proibiu e ordenou que lhe fosse dado o seu. Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam, apareceu Terra, a qual também quis que o seu nome fosse dado, a quem ela dera o corpo. Escolheram Saturno como juiz e este equitativamente assim julgou a questão: “Tu, Júpiter, porque lhe deste a alma, Tu a receberás depois de sua morte. Tu, Terra, porque lhe deste o corpo, Tu o receberás depois que ela morrer. Todavia, porque foi Cuidado quem primeiramente a modelou, que ele a possua enquanto ela viver. E, agora, uma vez que, entre vós, existe uma discussão sobre o seu nome, que ela se chame Homem, porque foi feita do húmus [da terra].

Em uma primeira aproximação dessa fábula-mito, percebemos que a função do cuidado é responsável por formar e dar origem ao ser humano, incumbindo-se de auxiliá-lo e acompanhá-lo ao longo de sua trajetória de vida. Isso significa que muito antes de poder ser compreendido como um conjunto de tarefas realizadas por alguém, o cuidado é o modo pelo qual a pessoa pode se estruturar e se realizar no mundo com os

outros, sendo esse modo de *ser-no-mundo* responsável por fundar as relações entre as pessoas (BOFF, 2005).

Nesse sentido, por mais que pudéssemos definir as diversas formas de cuidado desempenhadas ao longo da vida do sujeito e diante das situações mais adversas, as ações do cuidado nas relações humanas parecem ser conduzidas e reproduzidas por um mesmo princípio ético. Como cita Boff (2012b), o cuidado pode ser compreendido como uma *atitude diante da vida*, abrangendo mais do que um momento de zelo, sendo representado, portanto, por uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Essa atitude presente nas formas mais diversas de cuidado é expressa, como menciona Plastino (2009) pela consideração ao outro e por suas necessidades, revelando uma dimensão ética alicerçada no reconhecimento da alteridade.

Diante disso, podemos considerar que nem todas as formas de atenção – mesmo que tenham como proposta oferecer algum auxílio ao indivíduo – trazem consigo o gesto do cuidado. De acordo com os autores citados acima, o cuidado humano está relacionado à capacidade de preocupação e responsabilização marcadas pela consideração afetiva ao outro em suas condições e necessidades mais particulares. Nesse caso, não se trata de uma consideração que ocorre em nível exclusivamente intelectual, responsável por desenvolver uma compreensão pautada apenas razão, mas, do contrário, de considerar o outro incluindo nessa experiência a dimensão afetiva, de modo que sofrimento ou condição de desamparo pode ser sentido pelo sujeito como algo seu, convocando-o, a partir disso, ao gesto de cuidado.

Ao pesquisarmos os significados da palavra “cuidar” em dicionários etimológicos, encontramos que sua origem vem do latim “*cogitare*”, significando *cogitar, pensar, refletir, meditar sobre, considerar, conceber, imaginar, preparar, tratar de algo ou alguém, dar atenção a algo ou alguém, ter cuidado com a saúde de alguém, curar* (BUENO, 1968; CUNHA, 1983; NASCENTES, 1932; DICIONÁRIO HOUAISS DA LINGUA PORTUGUESA, 2001).

Bueno (1968) cita ainda que a relação entre “pensar” (*cogitare*) e “cuidar” foi se estabelecendo a partir do momento em que se pode considerar que *sempre pensamos naquilo ou em quem cuidamos*. Esse ponto na etimologia do conceito de cuidado revela

que a ação de cuidar está relacionada com a capacidade do indivíduo de preocupar-se com alguém, de maneira que esse alguém passa a ocupar seu pensamento. É nesse sentido que “cuidado”, do latim *cogitatus*, adquiriu o significado de algo *meditado, pensado, preparado, refletido, que provoca agitação no espírito e remói no pensamento* (DICIONÁRIO HOUAISS DA LINGUA PORTUGUESA, 2001).

Dessa maneira, esse conceito pode ser entendido como uma atitude humana que integra o plano intelectual ao plano emocional, fazendo do cuidado um gesto provido de atenção e afeto, bem como de responsabilidade e consideração ao outro. Se, por um lado, ele pode ser definido como uma atitude ética diante do outro, assegurando sua dignidade e integridade frente aos estados de desamparo e fragilidade dos quais o ser humano está exposto, de outro lado, ele é responsável por proporcionar às experiências fundamentais de constituição, proteção, amparo e confiança para o sujeito.

Do ponto de vista da prática, existem diversas modalidades e ações de cuidado que buscam intervir em situações específicas na vida das pessoas. Nesses casos, encontramos as diversas profissões criadas pelo homem que possuem como proposta prover o ser humano dos cuidados necessários para sua sobrevivência no mundo. Na medida em que essas áreas do conhecimento estão constantemente desenvolvendo e aprimorando suas técnicas para melhor servir à humanidade, é esperado que essas evoluções possam carregar consigo os preceitos éticos condizentes com o cuidado humano, marcado pelo gesto de consideração e respeito à alteridade.

No entanto, nem sempre o desenvolvimento das técnicas e das propostas de trabalho sobre o sofrimento humano conseguiram manter um vínculo com as proposições fundamentais que estão presentes no cuidado. Esses trabalhos, ainda que tragam em seu escopo uma proposta de cuidar das pessoas, muitas vezes caminham de forma dissociada à condição humana, mantendo sua ênfase nos aspectos da racionalidade e da supremacia da técnica, perdendo o contato com a dimensão da subjetividade e dos afetos.

Com o advento da ciência moderna – cujo paradigma está sustentado na busca e na validação da verdade por meio do método científico –, essa dissociação no plano dos cuidados pôde ser mais enfatizada. Nessa situação, a exigência de objetivação, generalização e universalização acerca dos elementos que compõe o ser humano, foi

responsável por produzir uma ciência, como menciona Sauret (2003), que acabou por excluir de si os fatores ligados às subjetividades e às singularidades. Dessa maneira, o homem passou a ser contemplado apenas por sua porção quantificável, mensurável e controlável, representada pela sua fisiologia.

No contexto da neurologia e psiquiatria do século XIX, as doenças mentais eram compreendidas como resultantes de lesões ou alterações presentes na estrutura anatômica do sistema nervoso, direcionando seus estudos para a investigação exclusiva da fisiologia do sistema nervoso (HUGHES, 1989). Não podemos deixar de considerar que esse ponto de vista ainda pode ser encontrado na atualidade, fazendo com que os aspectos relacionados à história singular de cada pessoa e suas condições subjetivas sejam desprezados em prol da ação de remédios que prometem a cura para os sofrimentos psíquicos.

Entretanto, a enorme ocorrência dos quadros de histeria nessa época, caracterizados pela manifestação de sintomas como espasmos, atonia e convulsões não conseguiram revelar a presença das esperadas alterações fisiológicas (HUGHES, 1989). Ainda assim, os pacientes que apresentavam o estado de sofrimento dessa doença eram considerados muitas vezes mentirosos e manipuladores, deviam obter algum ganho por meio da simulação da doença, já que não haviam causas orgânicas relacionadas aos sintomas.

Enquanto as posturas científicas tradicionais buscavam encontrar no paciente um equivalente às amostras estudadas nos laboratórios e apresentavam-se, dessa forma, com um olhar frio e saturado sobre a condição do paciente, Sigmund Freud buscava compreender o que essas pessoas revelavam acerca de seu estado de sofrimento e sua subjetividade, colocando-se de maneira disponível ao aparecimento de elementos novos e singulares. Diante dessa conjuntura o autor pôde desenvolver os trabalhos que culminaram com a criação do método e da teoria psicanalítica.

Juntamente com o médico Joseph Breuer e por meio da escuta dos pacientes, Freud pôde compreender que na origem dos sintomas apresentados na neurose residem vivências traumáticas esquecidas. Tratava-se de experiências cuja ocorrência foi responsável por mobilizar uma intensa e desagradável carga afetiva no sujeito, fazendo com que o psiquismo se defendesse e retirasse a imagem dessa experiência de sua

consciência, impedindo, com isso, a descarga do afeto. Nesse caso, o paciente não conseguia recordar-se dessas situações, sofrendo, todavia, dos efeitos do afeto sufocado, que não pôde ser vivenciado na ocorrência traumática.

Nesse contexto do final do século XIX, o trabalho psicoterapêutico era conduzido pelo médico com a tarefa de auxiliar o paciente a rememorar as experiências traumáticas, permitindo com que ele pudesse, ao se lembrar dessas experiências, revivê-las na sessão terapêutica e descarregar o afeto sufocado que estava relacionado aos sintomas.

Freud observou que o sintoma trazia consigo um traço ou uma relação de contiguidade com a experiência traumática desencadeante, de maneira que comportava alguns elementos semelhantes à situação que deveria ser rememorada. No caso do sintoma de hidrofobia da paciente Anna O., apresentada nos “Estudos sobre a Histeria” (1895), sua manifestação estava relacionada com o momento em que ela encontrou sua governanta oferecendo água a um gatinho sujo em um recipiente de bastante apreço seu, sendo tomada pelo sentimento de nojo, asco e raiva. Diante da mobilização desses afetos, o psiquismo defendeu-se retirando da consciência a representação da experiência penosa, fazendo com que as emoções despertadas fossem sufocadas e buscassem outras representações para manifestar-se, produzindo o sintoma de hidrofobia. Como ilustra Ocariz (2003), essas são lembranças de acontecimentos reais que não puderam ser recordados em estado de vigília, mas que não se consegue esquecer, retornando na forma de sintomas neuróticos.

No que diz respeito à essência da metodologia desenvolvida por Freud na época dos “Estudos sobre a Histeria”, Kupermann (2008a) comenta que já se apresentavam nesse momento os elementos fundamentais que embasariam a criação e a evolução da clínica psicanalítica nos anos posteriores. Nesses elementos, complementa o autor, encontramos a sobreposição de um método investigativo sobre o psiquismo humano e de um método terapêutico para cura dos sofrimentos provenientes da vida emocional das pessoas.

De acordo com Schneider (1993b), a construção dos casos clínicos presentes no contexto dos “Estudos sobre a Histeria”, nasce da troca humana entre paciente e analista, encarregando-se de diversas funções que surgem *à posteriori* na clínica

psicanalítica como já preenchidas. Dentre essas funções podemos encontrar: a) um caminho etiológico, relacionado ao conhecimento da origem da doença; b) um caminho terapêutico, apontando para a cura desta doença; e c) um caminho epistemológico, enquanto a revelação do método que poderá ser aplicado a outros casos (SCHNEIDER, 1993b).

Desse modo, Freud nota que os conteúdos inconscientes exercem grande influência na vida das pessoas, sobretudo nos seus estados de adoecimento, como na neurose. Ademais, compreende que esses estados de adoecimento estão relacionados fundamentalmente à vida afetiva do sujeito, seja diante de experiências reais traumáticas, ou de fantasias e desejos cujo caráter proibido os tornou inconscientes, como ficará evidente a partir da “Interpretação dos Sonhos” em 1900.

Durante os vinte anos após a publicação dos “Estudos sobre a Histeria” (1895), é possível notar um período de desenvolvimento e consolidação do método e da teoria psicanalítica, culminando em 1915 com a publicação dos “Artigos sobre a Técnica”. Durante esse período, Freud traça os elementos fundamentais que norteiam o trabalho clínico, buscando também evidenciar a diferença do método psicanalítico das psicoterapias baseadas na sugestão, chegando, dessa maneira, ao modelo que podemos considerar como padrão, ou clássico da clínica psicanalítica.

Como cita em 1905 no seu texto “Sobre a Psicoterapia”, o trabalho do analista é orientado por uma postura que não coloca sobre o psiquismo do paciente elementos novos e externos ao seu funcionamento com intuito de barrar a manifestação dos sintomas da doença, mas, do contrário, retira os excessos que impedem com que a origem dos conteúdos patogênicos se revelem. É nesse sentido, que a psicanálise se mostra como uma psicoterapia que busca conhecer e compreender a dinâmica psíquica do paciente, respeitando seu funcionamento, suas defesas e resistências.

Além da tarefa de rememoração e da análise dos conteúdos dos sonhos, outro elemento que se torna evidente no trabalho analítico é a ocorrência do fenômeno da transferência (*Übertragung*). Já observado desde o contexto de 1895, quando a paciente Anna O. desenvolve um estado de apaixonamento por Breuer, a transferência surge como a manifestação afetiva ligada aos conteúdos inconscientes do paciente, portanto, de seu passado infantil, e vivenciados no presente junto à figura do analista.

Apesar dos sentimentos – como medo, raiva e apaixonamento – despertados através desse fenômeno e dirigidos à figura do analista dificultarem a tarefa de fala e rememoração do paciente, é por meio da transferência que o tratamento consegue chegar aos estratos mais profundos da mente humana. Nesse sentido, o paciente revive os afetos e os conflitos que estiveram presentes na ocasião do surgimento da doença, tornando esse fenômeno o motor do processo terapêutico.

Ao considerarmos os impactos afetivos produzidos na relação do paciente com a analista, o curso da análise pode ser definido, como cita Kupermann (2008b), como o espaço e o tempo em que o manejo da transferência ocupa um papel central no processo de investigação e cura do paciente.

O trabalho do analista se fundamenta na possibilidade de acolhimento e consideração não apenas ao sofrimento do indivíduo, mas dos elementos que estão implicados em sua vida inconsciente e que emergem na forma dos sonhos, das falas e da relação transferencial na sessão analítica. Dessa maneira, o analista atua acolhendo e facilitando a expressão desses elementos e permitindo com que o paciente possa “tomar consciência” de uma realidade marcada pelo seu passado infantil, bem como por suas motivações e fantasmas inconscientes, podendo assim, realizar um movimento de libertação frente a essa realidade (SCHNEIDER, 1993b). Como cita essa Schneider (1993b), a “tomada de consciência” que Freud sugere no processo de cura é caracterizada como um movimento de ruptura, instaurador de um espaço em que é possível não apenas o sujeito ver a sua história, mas assimilá-la, fazendo-a sua.

A neurose demonstra que os procedimentos ditos tradicionais de psicoterapia, muito antes de poder cuidar do sofrimento do paciente, produzem uma relação em que o processo psicopatológico e suas origens são cada vez mais ocultados pela razão biomédica, que busca nas evidências fisiológicas e no comportamento supostamente desajustado do paciente o foco de sua ação.

Como menciona Kupermann (2008a) a constituição de um “novo saber”, proposto pela psicanálise acerca da realidade psíquica do sujeito e sua dimensão inconsciente, inaugura uma ética psicanalítica, afastando-a de qualquer concepção adaptativa e moralizante sobre o ser humano. Nesse sentido, o trabalho psicanalítico desenvolve-se a partir da destituição de uma postura pragmática de tratamento que visa

apenas à remoção dos sintomas dos pacientes, sem considerar os aspectos subjetivos e singulares presentes no processo de adoecimento.

A postura ética presente na clínica psicanalítica pode ser compreendida, como cita Coelho Junior e Barone (2007), como a morada do diálogo analítico, aberta para a alteridade, de forma que esta abertura refere-se à capacidade de receber e sustentar a alteridade radical implicada no inconsciente do paciente. Ética entendida, nesse caso, como a capacidade de esperar o inesperado, de sustentar a posição instável de uma presença que deve ser também, paradoxalmente, uma ausência (COELHO JUNIOR; BARONE, 2007), necessária para a emersão do inconsciente na relação.

Diante dessas considerações poderíamos dizer que a psicanálise, tal como proposta por Freud, constitui-se como uma forma de cuidado humano? Em caso afirmativo, de que maneira então ela oferece contribuições para a noção de cuidado nas relações humanas?

No entanto, antes de podermos responder a essas indagações vale ressaltar um aspecto importante sobre a relação da psicanálise com o tema do cuidado.

Em um breve levantamento sobre esse conceito e sua relação com a psicanálise utilizando acervo bibliográfico do *Sistema Integrado de Bibliotecas* (SIBi) da Universidade de São Paulo, bem como algumas bases de dados nacionais como *Biblioteca Virtual da Saúde* (BVS), podemos notar que ele surge predominantemente vinculado a autores como Sandor Ferenczi, e outros mais contemporâneos como Donald Winnicott. No entanto, as ocorrências que incluem essa relação com o pensamento freudiano estão quase ausentes.

Essa baixa ocorrência denota que a grande maioria dos trabalhos científicos realizados nos últimos anos e que relacionam a psicanálise ao cuidado – seja com as diversas modalidades de sofrimento presentes na atualidade, ou com relação ao papel do analista no processo de cura – estão fundamentados em autores posteriores a Freud. Se por um lado essas pesquisas abrem a possibilidade de expandir esse campo de estudo e intervenção para novos horizontes, contemplando a perspectiva de autores importantes do universo psicanalítico, por outro lado correm o risco de excluir, em alguma medida, as contribuições de Freud ao tema do cuidado.

Acreditamos que a possibilidade de exclusão das ideias freudianas nesse contexto pode se relacionar com a proliferação de concepções que propõem separar a psicanálise contemporânea de seus pressupostos originais. Esse movimento consiste muitas vezes em considerar que as modalidades clínicas desenvolvidas por autores como Winnicott romperiam com o paradigma psicanalítico tradicional (LOWENKRON; VIDAL, 2008; LOPARIC, 2006), propondo dessa maneira, uma redescritção na base epistemológica da psicanálise.

Ao lado dessas propostas adeptas à ruptura de paradigma, encontram-se as concepções que enfatizam os elementos teóricos e conceituais da psicanálise, retirando da originalidade clínica freudiana a presença e o valor do cuidado.

Kupermann (2008a) comenta que é possível constatar atualmente uma supremacia do discurso teórico sobre o clínico na psicanálise, de maneira que a epistemologia centrada na metapsicologia freudiana – caracterizada pelo trabalho de definição e elaboração dos conceitos psicanalíticos – é desenvolvida de maneira dissociada aos problemas da prática clínica. Nesse sentido, comenta o autor, a partir do momento em que a cura deixa de ter qualquer relação com os sintomas e o sofrimento psíquico daquele que procura ajuda na psicanálise, está aberta a possibilidade de supremacia do “teorismo” e de um enfraquecimento dos elementos fundamentais da clínica psicanalítica.

Diante disso, a prática analítica corre o risco de ser conduzida pelo uso irrestrito de conceitos teóricos e técnicos desarticulados ao contexto psicoterapêutico, desconsiderando, dessa maneira, os aspectos relativos à condição singular e ao contato afetivo com o paciente. Essas são situações em que os princípios orientadores da postura do analista – como a regra da abstinência, a neutralidade e a interpretação – podem se tornar prejudiciais para o processo de cura, levando-o a apresentar-se de maneira fria e pouco interessada às questões afetivas do paciente. Como cita Figueiredo (2008a), são situações equivocadas essas em que o processo analítico é conduzido estritamente pelo uso da interpretação com a pretensão de revelar o inconsciente do analisado a todo custo, fazendo dessa modalidade de intervenção uma ferramenta excessivamente intrusiva e configurando uma relação transferencial regida pela autoridade do analista.

Frente a essas questões, Kupermann (2008a) comenta que é derivado das noções de cura e sofrimento psíquico que o melhor e o pior da psicanálise pôde ser desenvolvido. O seu melhor, complementa o autor, deu origem a uma ética que norteia a prática clínica, evitando que o tratamento constituísse em mais uma prática adaptativa e moral para o “zelo” da alma humana. No entanto, o seu pior permitiu com que se fosse “longe demais” no que Maud Mannoni chamou de “loucura de saber”. Compreendemos que essa “loucura” pode ser caracterizada pelas posturas que na busca compulsiva pelo “saber” do inconsciente, o encontro humano e a consideração à alteridade são aviltados.

A proposta de resgatar o pensamento freudiano compreendendo de que maneira está presente a noção de cuidado em sua obra, abre margem para que possamos observar a importância desse conceito no desenvolvimento da clínica psicanalítica, bem como na relação do analista com o paciente no processo psicoterapêutico. Ademais, pensar no cuidado na obra de Freud possibilita recuperar a ética e a potência criativa de seu pensamento, revitalizando suas ideias na contemporaneidade e abrindo espaço entre as tendências que defendem a ruptura de paradigma e as que prezam pela supremacia do teórico sobre o clínico.

É dessa forma que Rocha (2013) indaga se a clínica psicanalítica, tal como foi elaborada por Freud e ainda hoje continua sendo adotada por seus discípulos como a “clínica padrão” ou “clássica”, mereceu e vem realmente merecendo o nome de uma clínica do cuidado.

Outro ponto fundamental de contribuição do método freudiano é a sua capacidade de proporcionar uma compreensão a respeito do desenvolvimento psíquico focalizando os aspectos ligados à vida afetiva infantil e como o cuidado oferecido pelos pais, ou quem cumpre essa função, é responsável não apenas por garantir as condições de sobrevivência e crescimento do indivíduo, mas por produzir marcas em psiquismo que serão responsáveis pela constituição de sua personalidade.

Dessa maneira, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma discussão a respeito da noção de *cuidado* na obra freudiana, ressaltando os aspectos presentes no trabalho psicoterapêutico, bem como as contribuições que o pensamento freudiano oferece ao tema do cuidado no desenvolvimento humano.

Metodologia

O presente trabalho parte da proposta de realizarmos uma discussão sobre a noção de cuidado presente na obra freudiana.

Como estratégia de trabalho, dividimos nosso estudo em duas partes. Na primeira parte buscamos abordar a noção de cuidado em uma perspectiva que permita compreender suas características e seus fundamentos, diferenciando-o das demais formas de comportamento e relações humanas. Para essa tarefa utilizamos referenciais teóricos oriundos da área da filosofia, psicologia, bem como de compreensões advindas de outras áreas da saúde. Também fizemos uso de referenciais etimológicos e filológicos com intuito de favorecer o nosso entendimento a respeito desse conceito.

A proposta de utilizarmos o material proveniente de vocabulários e dicionários etimológicos, filológicos e conceituais deriva-se da necessidade de nos aproximarmos da raiz histórica do conceito e dos sentidos possíveis que a palavra *cuidado/cuidar* foi adquirindo com o tempo e com as influências culturais, bem como dos diversos significados que estão presentes em seu uso na atualidade de nossa língua. Uma vez que compreendemos que a língua é viva, possuindo uma característica dinâmica em que novos sentidos vão sendo agregados ou alterados no uso corrente das palavras. A consideração por esses aspectos torna-se válida e importante para o desenvolvimento do nosso trabalho.

Utilizamos como referência bibliográfica, para abordar a noção de *cuidado*, autores contemporâneos que tratam desse tema como Leonardo Boff, Zeferino Rocha, Luís Claudio Figueiredo, entre outros, bem como autores clássicos da filosofia como Simone Weil e Walter Benjamin. A escolha por esses autores clássicos para compor a primeira parte do nosso estudo se dá em função de suas contribuições para o campo das relações humanas e fundamentalmente para o campo da ética, responsável por sustentar essas relações. São pensadores que trazem em suas obras o olhar crítico sobre a condição humana, construído em meio aos contextos das guerras modernas e dos efeitos do desamparo sobre os seres humanos. A referência à ética e ao cuidado humano surge, portanto, de forma rica e esclarecedora em suas obras, fornecendo subsídios para compreender a noção de *cuidado*.

Uma vez que abordamos a noção de *cuidado* em uma perspectiva que nos permita compreender as suas características e seus fundamentos, diferenciando-a das demais formas de comportamento e contato humano, a segunda parte desse trabalho visa apresentar alguns pontos da obra freudiana em que a relação de cuidado humano pode ser evidenciada, ou que contribui para a compreensão desse fenômeno.

Por *obra freudiana*, entendemos a base e o conjunto responsável por construir o edifício psicanalítico, a partir dos trabalhos e do pensamento de seu fundador, Sigmund Freud. A respeito da construção do edifício psicanalítico, Freud (1923/1969) menciona que em sua base está presente a sustentação de três pilares fundamentais e indissociáveis: o primeiro refere-se ao método de tratamento dos distúrbios neuróticos; o segundo, ao procedimento de investigação dos processos mentais inacessíveis pelos métodos convencionais da ciência; e o terceiro, converge esses dois primeiros planos para a construção de um campo de conhecimento sobre o psiquismo humano. Em outras palavras, a psicanálise possui três dimensões inseparáveis: um método terapêutico, um método investigativo e uma teoria sobre o psiquismo humano, de forma que uma dimensão está em condição de interdependência com a outra, apoiando-se e conferindo legitimidade uma a outra.

Em seu trabalho sobre os paradigmas da clínica psicanalítica, Hughes (1989) menciona que a genialidade de Freud é atribuída não apenas à criação de um método de investigação dos processos inconscientes dos seres humanos e um método terapêutico derivado do processo investigativo, mas sobretudo, da possibilidade de construção de um campo e de um pensamento capaz de evoluir em diversas direções, mantendo sempre a relação com suas origens. Isso significa que a psicanálise desenvolve-se de uma maneira em que os elementos presentes em sua origem, derivados da descoberta freudiana, vão adquirindo maior complexidade e profundidades com as descobertas posteriores, sem ultrapassar ou romper com os anteriores e originários.

Nesse sentido, as formas em que ocorrem a produção e o desenvolvimento do conhecimento em psicanálise possuem uma especificidade que a diferencia das formas encontradas no domínio das científicas, como ressalta Foucault (1969/2000). Na psicanálise as produções do conhecimento trazem sempre consigo o “signo do retorno à Freud” (FOUCAULT, 1969/2000), de modo que o desenvolvimento de seus conceitos e

da técnica psicanalítica não ocorre de forma independente, mas sempre em interlocução com o pensamento freudiano.

Essa referência às origens, no entanto, não se baseia na possibilidade de obediência submissa ou aprisionada às ideias de Freud, mas sim, que suas ideias produziram a regra fundamental para a produção de outros textos psicanalíticos, abrindo um horizonte novo de experiências a serem exploradas em variadas direções e compreendidas de diferentes ângulos (FIGUEIREDO, 2009c).

Outros autores, como Laplanche (1980), também citam que as produções psicanalíticas são marcadas pela referência ao texto de Freud, entretanto, que é preciso ter cautela para não invocar Freud como argumento de autoridade, a fim de validar determinado conhecimento. Trata-se, contrapondo-se à ideia de Foucault, da utilização de um “recurso a Freud”, ou um “retorno sobre Freud”, como marca da produção de saber nesse meio. Isso consiste em retomar os argumentos de Freud, não no sentido de validar certo conhecimento por meio da autoridade, mas de reencontrar em Freud elementos e formas de compreensão que se relacionam e que podem dar origem a novas ideias.

Ao propormos uma pesquisa sobre a noção de cuidado na obra freudiana, estamos considerando que o trabalho e o pensamento desse autor trazem elementos significativos para se pensar no cuidado humano na contemporaneidade, seja na clínica orientada pela psicanálise, bem como nas relações humanas em geral.

Segundo Laplanche (1980), os elementos que organizam e definem a psicanálise ao longo do tempo não podem ser concebidos como em um modelo de desenvolvimento linear e cronológico, uma vez que suas descobertas são muitas vezes *identificadas posteriormente*. Isso significa que, tanto no desenvolvimento do indivíduo em sua vida particular, quanto no próprio processo analítico de um determinado paciente, não é possível utilizar o conceito de causalidade linear, uma vez que o antes nunca determina de maneira puramente mecânica o depois, tampouco que um elemento de sua história possa separar-se das demais, produzindo uma ruptura dialética, definitivamente consumada, com o passado (LAPLANCHE, 1980).

Ao observarmos o desenvolvimento dos conceitos psicanalíticos, é possível notar, mesmo na produção de Freud, a manifestação de determinados elementos que só

puderam ser formulados posteriormente. Podemos perceber a manifestação do *fenômeno transferencial* desde os “Estudos sobre a Histeria” em 1895, mas que só recebeu um estatuto formalizado na teoria psicanalítica a partir de 1912. Da mesma forma, a atitude/técnica que ficou denominada como *atenção flutuante*, na qual a clínica psicanalítica é norteadada, já demonstrava seus princípios e fundamentos desde a interpretação dos sonhos, em 1900, quando Freud realizava a auto-análise dos seus sonhos.

Dessa maneira, como descreve Laplanche (1980), a noção de *posterioridade*, representada pela descoberta de algo que já parecia postulado há certo tempo, está presente de forma substancial no desenvolvimento do pensamento psicanalítico.

Assim como a experiência analítica está sujeita ao que Freud denominou de *compulsões à repetição* e ao processo de *recalcamento*, a produção de conhecimento em psicanálise também parece ser alvo, segundo Laplanche (1980), da influência desses fenômenos. Nesse sentido, torna-se difícil a sustentação de uma ideia que comporte a noção de superação do passado, de maneira que seja capaz de excluir, ou romper com o que foi formulado anteriormente. Tal concepção, embasada em um ponto de vista linear sobre a produção de conhecimento em psicanálise, incorre no risco de negligenciar uma infinidade de elementos presentes na obra de determinado autor, mas que até o momento não puderam ser abordados. Outra possibilidade decorrente dessa postura é a sugestão de que determinada obra ou pensamento poderia encontrar cedo ou tarde seu ponto de saturação, tornando-se obsoleta para a produção de novos sentidos e significados no campo da psicanálise.

Vale citar, por exemplo, o caso do “Projeto para uma Psicologia Científica”, escrito por Freud em 1895 mas publicado apenas em 1950, onze anos após a morte do autor. O que, seguindo uma linha de raciocínio linear sobre campo da ciência, poderia se esperar a publicação de uma obra ultrapassada, na verdade foi responsável por trazer inúmeras contribuições para o pensamento psicanalítico e para a produção de novos significados. Outro exemplo, ainda mais evidente que segue nesse caminho, diz respeito aos inúmeros trabalhos de traduções das obras do Freud, direto do alemão para o português, que vêm sendo realizados na atualidade, sugerindo a necessidade dos profissionais e pesquisadores aproximarem-se da obra original, tentando resgatar, apreender ou descobrir nela novos sentidos.

Laplanche (1980) comenta que Freud escreveu a história da psicanálise segundo uma ótica muito particular, em que a verdade de certas reinterpretações está intimamente misturada à deformação de determinados elementos factuais. Nesse caso, a verdade contida na obra está em oposição ao *saber* já constituído, sistematizado, cuja essência está em função de ações defensivas, levando a processos de intelectualização e à racionalização, enquanto modalidades de recusa de afeto. A verdade é o que está para ser descoberto a cada aproximação e interpretação da obra freudiana (LAPLANCHE, 1980).

Nesse sentido, Laplanche (1980) sugere que o estudo e o ensino da psicanálise sejam norteados por uma postura psicanalítica, de forma que leve em consideração as categorias temporais elucidadas pelo freudismo, como a noção de *repetição*, ocultação ou *recalque*, de *retorno do recalcado*, e de *posterioridade*. Ademais, que o ensino possa ser interpretativo, baseado nas concepções de *associação livre*, por parte do paciente e *atenção flutuante*, por parte do analista; resultando em uma desestruturação e aplainamento dos conteúdos. Em outras palavras, devem-se interpretar os textos psicanalíticos com o método psicanalítico, de forma que haja uma transposição do método clínico para o nível da leitura dos textos, situando o leitor em um campo intermediário, onde funcionaria a interpretação. Pois, como relembra Laplanche (1980), *encontrar o objeto, é na verdade, reencontrá-lo* (FREUD, 1905b/1969).

A respeito da estrutura epistemológica presente na obra freudiana, Mezan (1988) cita que ela pode ser organizada e dividida em quatro dimensões fundamentais descritas a seguir.

- 1) **Teoria da Gênese do Desenvolvimento** ou Teoria do Desenvolvimento – Espécie de modelo esquemático universal, que cada indivíduo refaz e preenche em sua própria história concreta, por exemplo, a sucessão das fases libidinais, a travessia do complexo de Édipo etc.
- 2) **Concepção de Processo Psicanalítico** ou Teoria do Processo Terapêutico – Modalidades de intervenção capazes de modificar em certa medida o funcionamento psíquico e dos obstáculos que se antepõem a esta finalidade, tanto do lado do analista quanto do lado do paciente. Nesse ponto se situam as noções de transferência, resistência e interpretação.

- 3) **Teoria Geral da Psiquê** ou Metapsicologia – é expressa em termos de um “aparelho psíquico” constituído por vários lugares ou instâncias em conflito entre si, e nas quais circula “algo” caracterizado em termos metafóricos como energia suscetível de variações quantitativas e geográficas. Há uma instância tópica, uma dinâmica e uma econômica do psiquismo.
- 4) **Teoria do Funcionamento Normal e Patológico** ou Teoria Psicopatológica – Como consequência das duas primeiras dimensões, existe uma teoria das várias soluções possíveis para os conflitos fundamentais, soluções que determinam a emergência de estruturas neuróticas, perversas ou psicóticas, com suas fixações e defesas características.

A partir do exposto por Mezan (1988) sobre a obra de Freud, notamos que enquanto a dimensão metapsicológica e psicopatológica aproximam-se e circunscrevem-se no funcionamento do aparelho psíquico em um nível intrapsíquico, condizendo à realidade interna do sujeito; as dimensões relacionadas à gênese do desenvolvimento humano e do processo psicoterapêutico sustentado pela psicanálise estão fundamentadas na relação entre o sujeito e o outro, abrindo margem para as relações intersíquicas e intersubjetivas. São as situações que compreendem os efeitos da relação dos pais com a criança, e do analista com o paciente.

Nossa premissa é que as relações de cuidado possam ser compreendidas na obra de Freud a partir dessas duas vertentes, formando dois caminhos de abordagem sobre o tema para nos enveredarmos nessa pesquisa. O primeiro caminho, que diz respeito ao *cuidado na gênese do desenvolvimento humano*, permite pensar nas relações de cuidado que os pais estabelecem com o filho ao longo de seu desenvolvimento e os efeitos que esse cuidado essencial produz no psiquismo da criança. Ao contemplar os aspectos ligados à subjetividade da criança, bem como os elementos da sexualidade infantil, Freud contribui de forma substancial para compreensão do desenvolvimento humano.

O segundo caminho, que diz respeito ao *cuidado na concepção do processo psicoterapêutico*, está relacionado à proposta de pensar no cuidado que o psicanalista sustenta diante dos quadros de adoecimento psíquico dos pacientes. Ao elaborar uma clínica que tem como base o tratamento dos estados de sofrimento neurótico, Freud

desenvolve não apenas conceitos teóricos e técnicos, mas inaugura uma forma de cuidar específica para esses casos, norteadas por uma ética singular.

Desse modo, trabalhar a noção de cuidado nessas duas dimensões, implica em apresentar e discutir as contribuições da psicanálise em relação aos cuidados dos pais e os efeitos que eles produzem na subjetividade dos filhos, bem como o cuidado que os psicanalistas oferecem aos seus pacientes, em relação à sua condição de sofrimento.

Dentro da perspectiva do cuidado e sua relação com a gênese do desenvolvimento humano, utilizamos como referência bibliográfica os textos de Freud que tem como temática o processo inicial de desenvolvimento humano e a função dos pais nesse processo, evidenciando o estado de desamparo do bebê e as necessidades de cuidado nessas circunstâncias, culminando na organização sexual infantil e as vicissitudes decorrentes dela. Dentro da perspectiva do cuidado e sua relação com o processo psicoterapêutico, utilizamos como referência bibliográfica os textos de Freud que tratam da construção da clínica psicanalítica, bem como da questão da técnica e da postura do analista diante do paciente e do processo psicoterapêutico.

Vale ressaltar que nosso estudo está debruçado sobre os trabalhos e as ideias do autor condizentes com período que antecede a criação da psicanálise (1895), acompanhando seu desenvolvimento até os “artigos sobre a técnica” (1915). Essa escolha deu-se em função da possibilidade de contemplarmos a noção de cuidado presente no início da clínica e do pensamento psicanalítico, acompanhando sua evolução até a formalização do que ficou conhecido como modelo clássico da clínica psicanalítica. Notamos que com advento da segunda teoria das pulsões, realizada nos anos 20, a discussão a respeito da noção e cuidado, sobretudo relacionada à concepção de processo psicoterapêutico, toma contornos diferenciados, necessitando de outros estudos mais aprofundados que vão além dos objetivos circunscritos a esse trabalho.

Como comentadores para nos auxiliar na compreensão da obra de Freud nessas temáticas, utilizamos textos de autores como Jean Laplanche, Renato Mezan, Luís Claudio Figueiredo, Nelson Ernesto Coelho Junior e Daniel Kupermann, os quais desenvolveram muitos estudos sobre o pensamento e a obra de Freud, contemplando aspectos que são condizentes com nossos objetivos.

O Sentido do *Cuidado* nas Relações Humanas.

1.1. As ações do cuidado presentes nas atividades de cuidar.

Ao realizarmos uma breve pesquisa com a palavra “cuidado” e “cuidar” em algumas bases de dados científicas importantes como a *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)* e a *Web of Science*, notamos que a ocorrência desse conceito aparece majoritariamente vinculada ao campo da enfermagem.

A relação que a enfermagem possui com o tema do cuidado é evidenciada, como cita Pessoa *et al.* (2006), pelo desenvolvimento de estudos e teorias que contribuem para a formação de uma base fundamentada sobre a prática da enfermagem, reunindo proposições para se pensar na assistência ao paciente, evidenciando seus propósitos, seus limites e as relações entre profissionais e clientes *que cuidam e são cuidados*. Nesse sentido, as pesquisas na área da enfermagem apontam para proposições técnicas acerca do cuidado com o paciente, atravessadas pela postura de consideração à relação subjetiva entre as pessoas envolvidas na ação do cuidado.

O acompanhamento especializado da enfermagem incide sobre aquelas situações em que o sujeito encontra-se com sua saúde, seja física ou mental, fragilizada a tal ponto que sua autonomia tona-se prejudicada. Se, de um lado, o período da intervenção médica pode ser compreendido como aquele em que o médico realiza o diagnóstico da parte doente do paciente e o encaminha para o tratamento, representado pelas diversas intervenções medicamentosas e cirúrgicas; o momento da enfermagem pode ser compreendido como aquele no qual o paciente é acompanhado em sua totalidade e intimidade, de onde os contatos afetivos recíprocos podem se estabelecer. Não estamos dizendo que a relação afetiva do médico com o paciente esteja fadada a um processo de assepsia, em que a subjetividade do paciente é descartada; do contrário, estamos evidenciando que o espaço da enfermagem é aquele onde não apenas as limitações impostas pela doença são observadas, mas os aspectos mais singulares dos pacientes podem ser contemplados. Como afirma Paganini (2000), é por meio do *cuidado* com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência da Enfermagem se constrói a partir da relação com o *outro*.

No espaço relacional contemplado pela enfermagem, os pacientes podem apresentar-se a partir de sua singularidade, conversando mais livremente sobre os

aspectos da doença e os efeitos que ela produz em suas vidas, bem como apresentando suas fragilidades, dores e medos diante dos procedimentos, expondo suas intimidades e seu corpo. Em função dessas condições e de seu estado de fragilidade e dependência, os pacientes manifestam, diante dos enfermeiros, a necessidade serem acolhidos, olhados e respeitados. Como cita Decesaro *et al.* (1999), o *cuidado* é mais que uma conduta ou uma realização de tarefas, pois envolve a compreensão exata dos aspectos da saúde e a relação interpessoal entre enfermeiro e o paciente.

Essa margem de espaço que possibilita a emersão das subjetividades no trabalho da enfermagem é explorada de diversas formas nos roteiros de filmes conhecidos, denotando que se trata de um espaço propício para a construção de narrativas da história e dos sentimentos dos pacientes e profissionais envolvidos. São filmes como *Fale com Ela* (2002) do diretor espanhol Pedro Almodovar, *Pearl Harbor* (2001) do norte-americano Michael Bay; *O Homem Elefante* (1980) do famoso e também norte-americano David Lynch; *Um Estranho no Ninho* (1976) do tcheco-eslovaco Milos Forman, entre tanto outros, que encontram no espaço criado entre o trabalho da enfermagem e a condição do paciente, um terreno para a construção dessas narrativas.

Uma definição primeira sobre a noção de *cuidado*, proveniente do campo da enfermagem e que se relaciona com o que estamos apresentando, descreve o cuidado como sendo os *esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na doença, no sofrimento e dor, bem como na existência* (WALDON, 2006).

A partir dessa definição, é possível observar que a noção de *cuidado* surge ligada à atenção aos estados de adoecimento dos indivíduos, todavia, não se limitando à atenção apenas em termos fisiológicos, mas incluindo a dimensão subjetiva dos pacientes nesse processo. Essa proposição baseia-se na necessidade do agente responsável pelo cuidado em conceber o paciente a partir de sua totalidade, e colocar-se na relação de uma maneira que possa respeitar sua condição de fragilidade, considerando que a intimidade da vida do paciente e de seu corpo estão expostas de maneira radical nessas situações. Ao incluir a dimensão das relações humanas no processo de cuidado, as quais pressupõem o vínculo afetivo entre as pessoas, o enfermeiro não cuida apenas dos aspectos doentes do paciente, ligados ao sofrimento, mas oferece um olhar e um amparo à sua própria condição existencial. Isso significa

proporcionar ao paciente uma experiência de cuidado que favoreça o reconhecimento de seu estado de fragilidade, limitação e sofrimento, oferecendo a possibilidade de criação de sentidos novos a essas questões, perpassando pelo gesto de acolhimento e confiança. Nesse sentido, cuidar é mais que sanar a fonte de um sofrimento, é dar sentido às experiências que envolvem a dor e o adoecimento, inerentes à vida humana.

Esses aspectos da relação de cuidado, presentes na função do enfermeiro, levam a profissão da enfermagem a ser reconhecida por autores como Silva *et al.* (2005), como a “arte de cuidar”. A diferenciação entre técnica e arte reside no fato de que enquanto a primeira está relacionada a um conjunto de processos mais ou menos definidos, cujo objeto e o objetivo de intervenção possuem um caráter fixo, a segunda relaciona-se com aspectos que se originam ou se fundamentam na subjetividade dos seres humanos, aproximando-se mais da atividade de criação do que de reprodução de algo. Diferentemente da aparente frieza que a replicação de uma técnica comporta, a *arte do cuidado* é uma criação que ocorre de forma única em cada caso e a partir da condição física e emocional de cada pessoa envolvida. Todavia, não se trata do aviltamento dos princípios que regem as modalidades técnicas, presentes, por exemplo, na condução de um procedimento de assepsia, de imobilização, bandagem ou aplicação de um medicamento; mas da constatação sobre a importância dos aspectos afetivos e da singularidade no cuidado com o ser humano.

A inserção dos cuidados em enfermagem, entretanto, não se limita apenas à atenção às situações nas quais as pessoas se encontram em estados temporários de adoecimento, mas são imprescindíveis também naqueles casos em que o paciente apresenta uma doença crônica, ou mesmo sofra das limitações impostas pela idade ou por alguma condição física ou mental permanente. Essas são situações nas quais a ação do cuidado é representada pela função de acompanhamento de idosos, bem como no acompanhamento de pessoas portadoras de necessidades especiais, que por conta da condição de fragilidade que se encontram, dependem da atenção permanente desses profissionais.

Outras profissões que carregam esse gesto humano de cuidado em seu escopo são, por exemplo, aquelas em que os profissionais são responsáveis pelos cuidados de crianças, principalmente diante da ausência ou carência da família ou dos pais. Encontramos situações como essas nos casos das instituições de acolhimento, onde as

crianças são acompanhadas e cuidadas em tempo integral, uma vez que foram separadas dos pais por motivos de abandono ou de risco à integridade. A preocupação com o cuidado dessa população na atualidade tornou-se foco de grande atenção política e social, a partir das circunstâncias das guerras e conflitos armados modernos, nos quais as crianças eram retiradas de seus lares e alojadas em regiões distantes dos ataques, ou mesmo naquelas situações em que os pais sucumbiam vítimas dos conflitos e bombas, deixando seus filhos à orfandade. Fatos como esses se tornaram conhecidos principalmente após as situações de evacuação ocorridas na Segunda Guerra Mundial, bem como nas situações dos orfanatos europeus que recebiam um grande contingente de crianças sem famílias.

Essa temática adquiriu tamanha importância, sobretudo no que diz respeito ao cuidado da infância, que no ano de 1946 foi criado o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund – UNICEF) pela Organização das Nações Unidas (ONU) com o intuito de subsidiar as questões relativas aos cuidados das crianças que perderam suas famílias na Segunda Guerra Mundial e encontravam-se privadas desse tipo de atenção fundamental. Vale ressaltar que, na atualidade, foram criados diversos dispositivos legais com objetivo de proteger e cuidar das crianças e adolescentes que se encontram em situações de risco ou vulnerabilidade social e pessoal. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entrou em vigor no início da década de 1990, reconhecendo todas as crianças e adolescentes brasileiros como cidadãos e, portanto, sujeitos de direitos, que necessitam de proteção e cuidado por parte da família, da sociedade e do Estado.

A questão do cuidado ligado à infância, fundamentalmente aquela desprovida do cuidado e atenção de uma família, possui um aspecto essencial que o diferencia em certa medida das modalidades de cuidado citadas anteriormente. Nesses casos, além da atenção necessária para um desenvolvimento físico e intelectual saudável, existe ainda a necessidade de que a criança receba cuidados afetivos de alguém que seja capaz construir com ela uma relação estável e de confiança, tornando-se um objeto de referência capaz de vincular-se afetivamente e ajudando a consolidar essas experiências emocionais ao longo do tempo e do seu desenvolvimento.

Um grande pesquisador que observou a importância dos pais, ou alguém que realize essa função no período inicial de vida da criança, foi o austríaco René Spitz

(1887 – 1974). No contexto das instituições para crianças desprovidas de família no período do pós-guerra, Spitz (1979) constatou que os bebês que ali residiam adoeciam fisicamente e apresentavam diversos prejuízos no desenvolvimento cognitivo, embora fossem acompanhados por uma equipe de saúde adequada. Apesar da presença de médicos e enfermeiros qualificados, bem como a provisão de um ambiente adequado em termos de alimentação e higiene, os bebês acabavam desenvolvendo um estado de adoecimento que ficou conhecido como *síndrome de privação afetiva* (SPITZ, 1979). Uma vez que os pais são reconhecidos como as figuras responsáveis pelo cuidado e pelas trocas afetivas com a criança, essa experiência constatou que a ausência desse cuidado no início de vida do bebê, produz efeitos negativos não apenas para o desenvolvimento de sua personalidade, mas também para o seu desenvolvimento físico e cognitivo.

A questão que Spitz apresenta, ilustra as problemáticas envolvidas em uma proposta de cuidado baseada apenas na atenção aos aspectos fisiológicos do ser humano, desconsiderando os aspectos emocionais e subjetivos de cada indivíduo. Embora os bebês ainda não falem, eles já apresentam características e manifestam inúmeras reações que lhes são singulares.

Alguns bebês, por exemplo, apresentam-se mais sensíveis a estímulos externos como ruídos e luminosidade, necessitando que o ambiente que seja capaz de se adaptar minimamente às suas características, reduzindo esses estímulos e preservando a criança. Outros bebês, no entanto, mostram-se mais necessitados de receberem determinados estímulos específicos, como por exemplo, um contato mais prolongado com o cuidador, capaz de adaptar-se ao seu ritmo de alimentação, ou do tempo necessário para que se tranquilize ou durma. Vemos casos em que os bebês possuem certas dificuldades em receber e assimilar os alimentos, exigindo maior tempo para que possam se satisfazer. Enquanto isso, outros bebês mostram-se com menos dificuldades e maior voracidade, satisfazendo-se rapidamente com o alimento oferecido.

No entanto, essas características só podem ser reconhecidas pelo cuidador na medida em que ele é capaz de estabelecer um vínculo afetivo com o bebê, aproximando-se, observando e considerando as suas manifestações e reações mais particulares. O *reconhecimento sensível* dessas características singulares, em contrapartida ao *reconhecimento racional*, que ocorre por uma via intelectualizada, permite com que se

estabeleça uma sintonia na relação capaz de adaptar-se ao ritmo e às necessidades do bebê. A possibilidade de reconhecimento dessas singularidades e o estabelecimento de um ritmo pessoal para cada criança tornam-se impossíveis de serem constituídos mediante uma atenção mecanizada, oferecida de maneira indiscriminada e centrada apenas em cumprir as exigências fisiológicas do sujeito.

A respeito da condição de extrema fragilidade e dependência das crianças pequenas, dois pesquisadores da Universidade de Cornell (EUA) realizaram na década de 1960 um experimento que ficou conhecido como “Abismo Visual” (*Visual Cliff*). Gibson e Walk (1960) avaliaram se crianças de seis meses a um ano e dois meses de idade reconheceriam a presença do perigo caso estivessem expostas a situações de quedas letais. Para realizar esse experimento foi colocada uma placa de um material rígido e perfeitamente transparente sobre uma espécie de fenda, formando uma plataforma invisível entre duas bases seguras e criando a percepção visual de um pequeno abismo entre as bases. Os pais das crianças foram colocados na extremidade oposta a que encontravam seus filhos, depois da plataforma invisível. O resultado observado foi que a grande maioria das crianças atravessou a plataforma, ignorando a presença do perigo. Os mesmos pesquisadores, realizando o experimento de forma semelhante com filhotes de outros animais, observaram que o bebê humano foi o que demonstrou menos recursos para reconhecer as situações de perigo em que estavam expostos. Apesar do desenvolvimento motor e do reconhecimento da figura dos pais, esse estudo demonstrou a vulnerabilidade e a incapacidade do bebê humano em proteger-se diante de situações semelhantes na vida real.

De acordo com Laplanche (1992), os dados desse experimento demonstram que não existe no ser humano um instinto biológico, ou caráter inato, que permitiria uma adaptação ao ambiente no início de vida. Dessa maneira, ainda que tenha desenvolvido suas habilidades motoras, o bebê humano é totalmente dependente da proteção e do cuidado dos pais para sua sobrevivência. O reconhecimento das situações de perigo, tal como se apresenta na criança maior e no adulto, são decorrentes do processo de aprendizagem ao longo da infância, junto à figura dos pais ou das pessoas responsáveis pelo cuidado.

Nesse breve levantamento não poderíamos esquecer de mencionar as pessoas que são responsáveis pelo cuidado daqueles sujeitos que já passaram pelas etapas da

infância e da vida adulta e que chegaram na velhice. Em função das limitações e das fragilidades impostas pela idade, os idosos apresentam por vezes aspectos semelhantes às necessidades de atenção encontradas nas pessoas doentes e nas crianças pequenas. No entanto, uma característica se evidencia, ainda que também esteja presente, em alguma medida, nas etapas anteriores da vida. Nesse momento da vida, o sujeito depara-se com a necessidade de elaborar o luto proveniente da perda das capacidades que antes desempenhava com tranquilidade e das mudanças relacionadas ao corpo. Diante disso, a morte também começa a figurar de forma mais presente, exigindo da pessoa que cuida a possibilidade de acolhimento dos sentimentos despertados nesse processo, bem como de auxílio na construção de um novo sentido para a vida a partir dessa etapa.

Outro agente responsável pelo cuidado humano que tem uma participação fundamental na vida das pessoas é aquele responsável por preparar e inserir os novos integrantes da comunidade humana na vida social. O educador é aquele que, além de transmitir os conhecimentos produzidos pela sociedade às futuras gerações, atua como mediador entre as pessoas e o universo da cultura e do conhecimento. Nesse contexto, o cuidado aparece de uma forma mais complexa e abrangente. Ao invés de uma relação predominantemente dual, caracterizada pelas situações citadas anteriormente, o cuidado do educador permite com que as relações se tornem mais amplas, atingindo os diversos grupos relacionais e a sociedade como um todo. Sua atenção reside no respeito à condição de aprendizagem do indivíduo, considerando o tempo e as formas de assimilação singulares de cada sujeito. Por ser responsável pela transmissão da cultura e dos conhecimentos humanos, o educador apresenta as dimensões que compõem o tempo histórico da humanidade, representado pelo passado, presente e futuro.

Desse modo, podemos considerar que a noção de *cuidado* se institui no ponto de encontro entre os seres humanos, envolvendo-os em uma relação íntima e particular. Isso consiste em considerar que o cuidado humano é sempre um estado de ligação afetiva entre duas pessoas, e que a sua base de sustentação está na possibilidade de se considerar a condição de fragilidade e incompletude do ser humano diante das adversidades da vida, e os aspectos mais singulares de cada um. Em contrapartida a uma relação mecanizada, a relação de cuidado é marcada pela tentativa de se estabelecer uma sintonia, um ritmo entre quem cuida e quem é cuidado, observando e compreendendo sensivelmente as reações e necessidades do sujeito que é cuidado. A construção dessa relação é caracterizada pelo respeito à intimidade e pelo acolhimento à condição de

fragilidade e sofrimento, permitindo com que se construa um sentido humano a essas condições. Assim sendo, o cuidado humano aparece vinculado a uma posição ética, que consiste em proteger, promover e preservar a humanidade entre as pessoas.

1.2. Os significados do conceito de cuidado.

Dentro de uma perspectiva etimológica, alguns autores como Bueno (1968), Cunha (1982), Nascentes (1932) e Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), descrevem que a palavra “cuidar” tem origem na palavra latina *cogitare*, e suas variações, *cogitatum*, *cogitavi*, *cogitas* e *cogito*; tendo aparecido nos escritos de língua portuguesa por volta do século XIII d.C. (CUNHA, 1986).

Com relação aos seus significados, esses autores apontam para a ação de *cuidar* enquanto:

Cogitar, pensar, refletir, meditar sobre, considerar, conceber, imaginar, preparar, tratar de algo ou alguém, dar atenção a algo ou alguém, ter cuidado com a saúde de alguém, curar.

Bueno (1968) cita que a relação entre “pensar” (*cogitare*) e “cuidar” foi se estabelecendo a partir do momento em que se considerou que “*sempre pensamos naquilo que cuidamos*”. Esse ponto etimológico revela que a ação de cuidar para o ser humano está relacionada com a capacidade de preocupar-se, de ocupar o pensamento com quem ou com aquilo que cuidamos.

Autores que se baseiam em estudos mais contemporâneos como Aulete (1970), Ferreira (1999) e Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001) definem *cuidar* como a ação de:

Empregar a atenção, o pensamento, a imaginação; meditar com ponderação; preocupar-se com; interessar-se por; responsabilizar-se por; tomar conta de; olhar; reparar; ponderar; prevenir; acautelar-se; tratar algo com atenção.

Com relação à palavra “cuidado”, as referências etimológicas revelam que sua origem é proveniente da palavra latina *cogitatus*, que significa “*meditado, pensado, refletido, agitar no espírito, remoer no pensamento, projetar, preparar*”, como cita o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001).

Acerca de sua definição, Aulete (1970), Ferreira (1999) e Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001) descreve “cuidado” como:

Submetido à rigorosa análise; meditado, pensado (sobre uma afirmação ou em um estudo consistente); ter atenção especial ou precaução com a aplicação intelectual e/ou dos sentidos sobre alguma tarefa ou pessoa; aplicação do espírito a alguma coisa ou em fazer algo; comportamento vigilante, precavido; diligência, zelo, desvelo de quem se dedica a alguém ou algo; solicitude; vigiar algo para que se conserve ou dê bom resultado; ter cuidado com alguém ou alguma coisa; vigiar para que não lhe suceda algum mal; prover as necessidades e ou bem estar; ter responsabilidade por alguém ou algo; encargo, incumbência; inquietação de espírito (como no cuidado com os filhos); dar cuidado; importar-se; dar carinho; atuar.

A partir desse levantamento podemos observar que a noção de *cuidado/cuidar* faz referência a um modo do ser humano relacionar-se com os outros e com o mundo ao redor. No entanto, não se trata de um modo qualquer de relação, mas de uma maneira específica que implica a presença de alguns elementos importantes.

No trecho a seguir, buscamos organizar e contextualizar os elementos que essas referências oferecem sobre o conceito de *cuidado/cuidar* no contexto das experiências da vida humana. Para isso utilizamos a palavra “Objeto”, com a inicial em maiúscula, nas situações em que o objeto que é alvo de cuidado pode ser definido como uma pessoa humana, ou como um objeto que é algo da ação do cuidado. Vale ressaltar que nosso intuito não é realizar uma aproximação que possa assemelhar a relação humana entre as pessoas com a relação das pessoas com os objetos, mas identificar, a partir das

definições oferecidas por essas fontes, os processos e os elementos que estão presentes no gesto do agente cuidador sobre o que ele cuida.

Notamos que na relação de cuidado, a atenção oferecida pelo sujeito parte de um estado de preocupação com relação ao Objeto. Sua atenção e interesse são motivados na relação de cuidado pela *produção, em seu espírito, de um estado de inquietação*. É como se o Objeto fosse capaz de *suscitar* no sujeito um sentimento, cuja intensidade convoca-o e passa a ocupar seu pensamento. Trata-se de um estado de “pré-ocupação” com relação ao Objeto. No entanto, a aproximação e a relação que é conduzida pelo sujeito com o Objeto, não ocorrem de forma displicente ou brusca. O agente do cuidado necessita apresentar-se de maneira *ponderada, precavida e zelosa*, tomando cuidado para que seu gesto de aproximação não cause dano ou prejudique o Objeto. Em contrapartida, o agente do cuidado coloca-se *solícito, vigilante e atento*, observando o Objeto e percebendo de maneira sensível suas características e seu funcionamento. Na medida em que ocorre essa aproximação e interação, o sujeito torna-se capaz de perceber a maneira com que o Objeto reage a seus gestos, a fim de poder modulá-los a favor do Objeto. Da mesma maneira, o cuidado pode ser visto pela possibilidade do agente distanciar-se e manter-se observando o Objeto, prevenindo com que algo externo possa danificá-lo ou machucá-lo. A *responsabilidade* que advém do sujeito, se dá pela importância afetiva que o Objeto tem para ele, bem como de sua presença na preservação e no cuidado com o Objeto.

Dentro dessas definições, as capacidades de *imaginar, cogitar, pensar e conceber* surgem na relação com o Objeto na medida em que ele é sempre um enigma para o sujeito. Em sua tenra idade, o bebê ainda é desprovido de linguagem e necessita da imaginação dos pais para *conceber* o que se passa em seu interior e do que necessita. Os pais precisam *pensar e cogitar*, de forma que sejam capazes de compreender se as reações da criança relacionam-se com sensações provenientes de estados de desconforto, como frio, fome, ou mal estar, por exemplo. A presença da preocupação, no sentido da vida e do bem estar do bebê possui grande importância para eles, permite com que se debrucem e tentem *imaginar* o que ocorre com seu filho. O cuidado exige uma atenção do sujeito que seja capaz de desvendar as particularidades de quem é cuidado.

Essa dinâmica é semelhante ao trabalho do arqueólogo que busca decifrar e descobrir os mistérios contidos em uma escritura antiga ou em um objeto proveniente de tempos remotos. Utilizando sua capacidade imaginativa, o arqueólogo busca agrupar as pistas e os sinais que o objeto revela, a fim de compreender a verdade que está por trás de seus símbolos e sinais desconhecidos. Na mesma medida, ao debruçar-se sobre o material frágil, porém precioso do objeto, o arqueólogo necessita acautelá-lo para não causar danos irreparáveis em sua estrutura, comprometendo com isso a possibilidade de conhecer as verdades que o objeto pode revelar. É por meio dessa *atenção especial*, marcada pela *aplicação intelectual e dos sentidos*, e de sua capacidade imaginativa, que se espera que o objeto revele seus segredos. Nesse caso, não é possível arrancar o que está escondido por meio da força bruta, pois a própria ação do pesquisador acaba por destruir o que anseia.

O gesto de cuidado traz consigo a *exigência de uma atenção que seja pensada e sentida a partir da condição e das necessidades do outro*. Isso significa que estão presentes no cuidado humano tanto as dimensões afetivas quanto intelectuais, contemplando o ser humano de maneira integral. A relação pautada nesses aspectos permite considerar e compreender a condição daquele que está sendo cuidado, seja em termos subjetivos e objetivos, e prover algo que seja em seu favor.

Com relação às metas presentes nas definições da palavra “cuidado”, encontramos:

Possibilidade de prevenir ou impedir que algo ruim aconteça; conservar a integridade, a saúde e o bem-estar de algo ou alguém; preparar para o desenvolvimento; curar alguma doença.

Notamos que o cuidado humano é construído por meio de uma relação bilateral. Nele, encontra-se a *atenção especial* do sujeito que cuida e as necessidades mais primordiais do sujeito que é cuidado. Essas necessidades não se relacionam apenas à possibilidade de resolução de um determinado problema ou questão, mas consiste na necessidade do ser humano ser olhado, respeitado e acolhido em sua singularidade. Essa *atenção especial* possibilita com que o sujeito se coloque em disponibilidade na relação, permitindo ser suscitado pelas necessidades de quem é cuidado. Esse processo é

totalmente diferente de uma relação regida pela unilateralidade, na qual o cuidador submete o outro que é cuidado às suas ações e seus conhecimentos, desprezando a dimensão sensível e subjetiva do ser humano.

1.3. O cuidado como *atenção especial*.

Ao apresentar o conceito de *atenção* no pensamento de Simone Weil (1909 – 1943), Ecléa Bosi (2003) focaliza a dimensão ética que a filósofa francesa oferece a esse conceito, enquanto atributo e condição do ser humano diante do mundo. Para Simone Weil, o caminho que possibilita a compreensão dos fenômenos da vida não é a interpretação intelectual pautada no domínio pela razão, mas a capacidade de olhar esses fenômenos “até que jorre a luz deles” (p.209). No entanto, essa tarefa consiste em um abandono relativo do sujeito aos valores preconcebidos que impedem o objeto de “revelar seu próprio brilho” (p.209).

Essa compressão revela uma total oposição às concepções oriundas da racionalidade moderna, na qual o conhecimento e apreensão da verdade sobre o mundo decorrem dos métodos que visam *jogar luz sobre as profundezas e a escuridão do desconhecido*, e que trazem em sua essência a tentativa de domínio da natureza pelo homem, bem como do instinto e das paixões, pela razão.

Nesse sentido, comenta Bosi (2003), a atenção humana é um *exercício de inteligência voltada para o bem*, para a possibilidade de uma percepção totalmente nova para o sujeito.

É bom ver uma criança acompanhar dia a dia o crescimento de uma planta em suas pequenas e contínuas mutações; ou o crescimento de um animalzinho. Não para ter noções de Botânica ou Zoologia, mas para sair de si mesmo, alegrar-se com uma vida que não é a sua. Observando, assim, a criança consegue transcender o ego e procura escutar e ver sinais da natureza e do outro (BOSI, 2003, p.210).

Dessa maneira, a *atenção humana* não visa enquadrar os objetos e os fenômenos dos quais o sujeito se depara no mundo, em uma dimensão fria e estritamente racional, como no campo científico da botânica e da zoologia, por exemplo. Antes de tudo, a atenção refere-se a um tipo de experiência essencial, fundada em uma ética que norteia o sujeito a uma abertura para *outro* e para o mundo. Nesses termos que Bosi (2003, p.211) refere-se à qualidade da atenção no pensamento de Simone Weil como “uma alta forma de generosidade”, a qual convida a privar tudo o que é chamado de “eu”, da luz da atenção, transferindo-a para o que está fora do sujeito.

Na medida em que o indivíduo reserva um espaço essencial para a manifestação do *outro* em seus aspectos particulares, instaura-se o campo de uma relação permeada pela experiência humana. Simone Weil demonstra-nos que aspectos como a atenção, a generosidade e o respeito, estão na base das relações humanas e sustentam o que se pode chamar de civilização. Do contrário, a negação ou o aviltamento das formas de relação humana permeadas por esses valores, institui, segundo a autora, o estado de barbárie.

Compreendemos que a *generosidade*, da maneira como é expressa em seu pensamento, representa o gesto humano desprovido de interesses egoístas, portanto, contrário à afirmação e ao domínio de uma verdade sobre as outras. Essa abertura para o fenômeno e a descentralização da atenção do eu para o outro, caminha de forma oposta ao desenvolvimento de uma “relação de apego ao objeto”, cujo intuito baseia-se na necessidade do sujeito referendar suas premissas ou sanar seus interesses, por meio da relação com o *outro* (BOSI, 2003). Nesse sentido, a abertura para a alteridade, presente nesse estado de *atenção especial*, pode ser definida como uma experiência que situa o indivíduo diante de si e do mundo.

Dessa maneira, podemos notar que os elementos que estão presentes, e que caracterizam essa modalidade especial de atenção do ser humano, constituem a essência do que podemos considerar o cuidado humano, uma vez que essa experiência de cuidado está sustentada na premissa ética de abertura e respeito à alteridade. O cuidado humano, portanto, pode ser caracterizado por essa forma de *atenção especial*, permitindo com que se construam e se fundamentem as bases éticas que estruturam a civilização, em oposição ao estado de barbárie.

No entanto, Simone Weil nos alerta que existem esforços da atenção, que têm o efeito contrário ao fim procurado, pois são acompanhados por um “empenho quase muscular de apreensão” dos fenômenos da vida. Esses esforços, nas palavras da autora, trazem consigo a tentativa de “negação da miséria interior do sujeito”, conduzindo-o em uma relação com o *outro*, suplantada por suas necessidades individuais, e fazendo, por fim, com que o “brilho do objeto escape à sua atenção”. Do contrário, existem esforços da atenção que são sempre úteis, mesmo que não tenham êxito, pois eles revelam a “atenção continuamente concentrada na distância entre o que se é e o que se ama” (BOSI, 2013).

Essa distância necessária entre o sujeito e o “que se ama”, se estabelece como um espaço primordial que, por reassegurar as condições que possibilitam a emersão e a preservação do “brilho singular do fenômeno”, permitem com que ocorra o *encontro* entre esses dois polos. Trata-se, como podemos ver, de um espaço que comporta o paradoxo do separar-se para encontrar-se, resguardando a singularidade dos elementos. O amor, nesses termos, pode ser entendido em oposição ao domínio e a posse, respeitando e contemplando a existência desse objeto, em toda sua particularidade.

Bosi (2003) menciona que esse recuo diante do “objeto amado” pode ser traduzido pela “luta da contemplação contra o consumo”, entendendo o sintoma do consumo na modernidade, como uma forma de posse e satisfação por meio do *outro*, com intuito de engrandecimento do eu, sustentado pela “negação da miséria interior do sujeito”. Em contrapartida, o estado de *contemplação* é sustentado pela possibilidade de abertura e respeito à alteridade, de modo que a verdade não pode ser extraída por meio da força e do controle do sujeito.

Em seu estudo sobre o tema do cuidado, Boff (2005) explica que esse gesto nas relações humanas origina-se quando a existência de alguém é carregada de importância, e o sujeito passa a se dedicar a essa pessoa, dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas.

Em um levantamento realizado acerca da filologia da palavra *cuidado*, o autor (2005) nos conta que a palavra *cuidar*, vem de sua corruptela *coidar*, *coyedar*, chegando a forma original *cogitare*, de onde também advém a expressão latina *cura*, *coera*. Diz ele que, em seu formato mais antigo, essa expressão era aplicada aos contextos das

relações humanas marcados pelos sentimentos de amor e amizade; passando a ser aplicada, com o tempo, em situações relacionadas à atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação, sobretudo pela pessoa amada.

Segundo Boff (2005), o cuidado possuiu duas significações básicas e intimamente ligadas entre si. A primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o *outro*; a segunda, que nasce desta primeira, assinala a preocupação e a inquietação pela pessoa do *outro*, uma vez que nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro. Cuidar, portanto, é mais do que um ato singular, *é a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas* (BOFF, 2005).

A partir dessas definições oferecidas por Boff (2005), notamos que a ação do cuidado está intimamente ligada à presença dos afetos nos seres humanos. Seu desenvolvimento na história da humanidade permitiu com que as relações permeadas pelo cuidado transcendessem a esfera das relações íntimas, caracterizadas pelos sentimentos de amor e amizade, e pudesse encontrar espaço e finalidade nas atitudes de desvelo e preocupação com outras pessoas, em outros tipos de relação.

Dessa maneira, podemos compreender que a origem do cuidado deriva do contato íntimo e afetivo entre pessoas que são carregadas de importância na vida do sujeito, ampliando-se para uma esfera de relacionamento que, embora não possam ser definidas pelos sentimentos de amor e amizade, são marcadas por afetos que levam o sujeito a se preocupar e querer o bem dessas pessoas, apresentando-se de forma atenta e solícita, como nos exemplos que mencionamos no início desse capítulo.

No entanto, além da ação de cuidar constituir-se como um ato singular, no qual se presentificam os afetos e comportamentos singulares de cada pessoa, o cuidado é a maneira pela qual a pessoa, por receber esse tipo de *atenção especial*, pode se estruturar e se realizar no mundo e no contato com o *outro*.

1.4. A fábula-mito sobre o *Cuidado* comentada.

No primeiro século antes de Cristo, o escritor romano Higino (64 a.C. – 17 a.C.) escreveu uma fábula-mito com intuito de representar o cuidado na vida humana. Rocha (2011, p.75) traduz essa fábula da seguinte maneira:

Cuidado, ao atravessar um rio, viu uma massa de argila, e, mergulhado em seus pensamentos, apanhou-a e começou a modelar uma figura. Enquanto deliberava sobre o que fizera, Júpiter apareceu. Cuidado pediu que ele desse uma alma à figura que modelara e facilmente conseguiu. Como Cuidado quisesse dar o seu próprio nome à figura, Júpiter o proibiu e ordenou que lhe fosse dado o seu. Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam, apareceu Terra, a qual também quis que o seu nome fosse dado, a quem ela dera o corpo. Escolheram Saturno como juiz e este equitativamente assim julgou a questão: “Tu, Júpiter, porque lhe deste a alma, Tu a receberás depois de sua morte. Tu, Terra, porque lhe deste o corpo, Tu o receberás depois que ela morrer. Todavia, porque foi Cuidado quem primeiramente a modelou, que ele a possua enquanto ela viver. E, agora, uma vez que, entre vós, existe uma discussão sobre o seu nome, que ela se chame Homem, porque foi feita do húmus [da terra].

Boff (2012a) explica que a fábula-mito de Higino pode ser considerada uma fábula, porque apresenta uma estrutura em forma de narrativa imaginária, composta por personagens que podem ser caracterizados como personificações de qualidades e virtudes humanas, possuindo o objetivo de transmitir lições morais ou tornar concreta uma verdade abstrata. Ao mesmo tempo, a história contada por Higino pode ser classificada como um mito, por apresentar uma forma de comunicação que utiliza símbolos e representações divinas, com intuito de explicar a origem do ser humano.

Nessa fábula que conta o mito da criação do ser humano, o Cuidado enquanto entidade personificada é o responsável por receber a inspiração artística e dar forma ao homem. Ele utiliza como matéria prima para sua obra, o material proveniente de *Tellus*, a deusa da Terra, bem como a alma oferecida por *Júpiter*, deus do Céu, formando a estrutura fundamental de um composto humano primordial. (ROCHA, 2011).

Na versão original da fábula, Rocha (2011) cita que Higino emprega o verbo latino *fingere* para descrever o ato de modelar a figura humana. Em nossa língua, essa palavra pode ser entendida como a ação de *formar, esculpir, fazer, criar, produzir, compor (uma obra literária), imaginar, conceber, figurar* . Nesse contexto, a criação do ser humano pode ser concebida, como sugere o autor, como uma ação semelhante à composição de uma obra de arte, em que a atividade da imaginação do artista e sua habilidade no manejo da matéria prima, formam o conjunto de seu ofício.

Rocha (2011) menciona que, da mesma forma como acontece com os artistas quando concluem uma obra importante, o personagem Cuidado ficou tão fascinado com o trabalho que desejou com que a figura criada não fosse apenas uma estátua de barro, mas que pudesse “ser animada pelo sopro da vida”. Pediu então para que o deus *Júpiter* lhe desse uma alma, que os latinos chamavam de *spiritus* e os gregos de *pneuma* (sopro).

Boff (2012a) nos atenta para a simbologia presente nessa fábula-mito, comentando a união entre a Deusa da Terra (*Tellus*) e o Deus do Céu (*Júpiter*), entidades representadas concomitantemente pelos aspectos femininos e masculinos, possibilitando a geração de um novo ser. Segundo o autor, nas culturas ancestrais, a terra era concebida como a grande mãe, esposa do grande pai do céu, cujo casamento entre essas duas entidades dava origem a todas as coisas existentes. Se de um lado a terra é responsável por receber as sementes e gerar os frutos, os elementos provenientes do céu, como o sol e a chuva, são responsáveis por permitir com que as sementes germinem e as plantas cresçam.

Nesse sentido, na fábula-mito de Higino, a Terra surge “reivindicando sua mais alta ancestralidade”, pois forneceu o material no qual se moldou o ser humano, enquanto *Júpiter* aparece respectivamente, doando a vida para esse ser. De um lado, a Terra representa a “dimensão imanente da realidade”, de outro, *Júpiter* configura a “plenitude da divindade, a dimensão transcendente da realidade” (BOFF, 2012a).

Esses elementos, *realidade e transcendência* , estão presentes na existência do homem, de modo que ele não pode ser concebido apenas em uma dimensão. De um lado, o homem traz consigo uma realidade material que lhe confere necessidades inerentes à sobrevivência do seu corpo biológico, de outro lado, por possuir uma alma

que habita o seu corpo, ele permite com que ele transcenda a essa realidade, conferindo-lhe sentimentos e necessidades afetivas.

Frente ao dilema do nome que deveria receber a figura criada por Cuidado, *Saturno*, deus do Tempo é convocado para pronunciar o julgamento. Trata-se, de acordo com Rocha (2011), do ponto mais significativo da narrativa de Higino. Diante da decisão de *Saturno*, coube a *Tellus*, que ofereceu seu corpo à figura, recebê-lo de volta quando ela morrer; e *Júpiter*, que lhe deu a alma, recebê-la ao fim de sua vida; no entanto, como foi Cuidado que a concebeu, imaginou e modelou, este será responsável por ela enquanto possuir vida. Ao receber a sentença de cuidar do homem enquanto ele estiver vivo, cuidado e vida tornam-se então indissociáveis.

Essa fábula nos permite pensar na importância do cuidado no momento em que antecede e acompanha a criação, e sua permanência ao longo da vida do ser humano, seguindo-o em sua trajetória, até a morte. Em contrapartida a imortalidade dos deuses, o homem possui sua vida revestida pelo traço da mortalidade, fato que o torna dependente do cuidado enquanto única possibilidade de garantir sua existência.

A respeito da simbologia de *Saturno*, Boff (2012a) descreve que sua origem romana deriva-se do deus grego *Chronos*, o deus do tempo. Segundo o autor, o tempo possui o poder de submeter tudo que existe à sua vontade. Diante dele tudo se cria e tudo se ceifa, bem como é soberano sobre o destino de todas as pessoas. Isto significa que o ser humano encontra-se enredado no tempo e está lançado na duração temporal, constituindo-se enquanto um ser histórico que tem passado, presente e futuro e que constrói sua identidade no percurso do tempo.

Diferentemente da versão da fábula-mito apresentada por Rocha (2011), em que concebe a função do “húmus” como apenas a matéria na qual o homem é criado e de onde recebe seu nome, Boff (2012a) ressalta que “húmus” é responsável por moldar a sua imagem, mas ao realizar essa tarefa, transmite ao homem sua característica essencial que é a da fertilidade. Essa ressalva acrescenta uma qualidade fundamental à existência humana, que é a possibilidade de criar e dar vida a outras coisas. Quando encontramos na tradição bíblica cristã que *Deus criou o homem à sua imagem e semelhança* (Gênesis 1:26), podemos compreender que a ação criativa divina é herdada pelo homem, tornando-o capaz de criar o seu mundo e propagar esse gesto ao longo de sua existência.

Nesse sentido, o cuidado não é apenas uma forma de atenção e zelo à vida humana, mas uma atividade criativa, capaz de gerar a vida e sentidos novos para ela.

1.5. O cuidado como *produção de sentidos* às experiências humanas.

Saindo do campo da fábula-mito e retornando ao campo das relações humanas, podemos mencionar que o cuidado, antes de poder ser entendido como um conjunto de ações e um tipo de fazer diante do outro, ele é uma *atitude diante da vida*. Nesses termos, o cuidado abrange mais que um momento de zelo, “ele representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2012b, p.37).

Essa atitude presente no gesto de cuidado é expressa pela *consideração ao outro e por suas necessidades, revelando uma dimensão ética alicerçada no reconhecimento da alteridade* (PLASTINO, 2009). Essa atitude, como pontua Plastino (2009), se situa no sentido oposto às posturas narcisistas e caracterizadas pela onipotência, uma vez que a abertura para o *outro* é sempre marcada pelas incertezas e pelos imprevistos, exigindo do sujeito uma implicação capaz de lidar com suas próprias dúvidas, inseguranças e faltas.

Por ética, do grego *éthos* e sua variação *êthos*, compreendemos além dos *hábitos* e *costumes*, aquelas ações e posturas que constituem a *morada do ser humano* no mundo (DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2001). Segundo Boff (2012c), *ethos* representa aquela porção do mundo que o ser humano reserva para organizar, cuidar e construir seu habitat; e o conjunto de princípios que regem de maneira transcultural o comportamento humano para que seja realmente humano no sentido de ser consciente, livre e responsável; por meio do *ethos* se constrói pessoalmente e socialmente o habitat humano.

Desse modo, a dimensão ética presente no cuidado pode ser entendida como a possibilidade de construção de uma morada essencial para que o sujeito possa existir e ocupar um lugar no mundo humano, a salvo das situações que ameacem sua existência.

Figueiredo (2009a) cita que o ingresso do recém-nascido na vida e no mundo propriamente humano é marcado por um conjunto complexo de acontecimento.

Segundo o autor, esses acontecimentos conduzidos pelo gesto humano visam estabelecer as condições e as formas de sua recepção nesse mundo, e por consequência, de seu *vir-a-ser humano*. Cada cultura, cada sociedade em cada época caracteriza-se por seus procedimentos próprios, mas sempre estão presentes algumas dimensões que parecem universais na condução dessas formas de recepção.

Embora no começo da vida tais acontecimentos sejam muito evidentes, orientados pela condição de extrema dependência e fragilidade dos novos habitantes do mundo, esses acontecimentos repetem-se e são esperados em outros momentos da vida, indo além da fase adulta do ser humano. Como mencionamos anteriormente [ver 1.1], existem os cuidados relativos às pessoas que estão doentes, aos idosos, e inclusive aqueles cuidados que possibilitam o sujeito a construir um entendimento sobre sua cultura e o mundo, mediado e transmitido pelo educador, capacitando o aprendiz a enfrentar os desafios da vida.

O cuidado aparece intimamente ligado aos processos que constituem o ser humano, desde sua concepção e gestação, passando pelo nascimento e vida adulta, até chegar à morte. É na fábula-mito de Higino que encontramos essa afirmação da maneira mais poética. Isso implica em compreender que o ser humano está em processo de constituição até fim de sua vida, necessitando de alguém que possa acompanhá-lo em uma atitude de cuidado ao longo desse percurso.

Nessas situações, a figura e a *qualidade da presença* do cuidador apresenta-se de diferentes maneiras, mudando de acordo com a condição e o momento da vida do sujeito, indo desde provedor das necessidades mais essenciais para a sobrevivência e existência, como alimentação, proteção e cuidados básicos, a funções como de auxílio frente às etapas de mudança na vida, nos momentos de sofrimentos e dificuldades, e como mediador e transmissor da cultura humana.

A atitude presente no cuidado humano, caracterizada pela abertura e pelo acolhimento à condição singular do sujeito frente às adversidades impostas pela vida é responsável, como cita Figueiredo (2009a), pela possibilidade de *produção de sentidos subjetivos* diante dessas experiências. São situações da vida humana em que o sujeito encontra-se desprovido de recursos prévios ou suficientes para compreendê-las e assimilá-las. Inserem-se nesse contexto não apenas aquelas pessoas que são totalmente

ou relativamente dependentes do amparo físico e afetivo de alguém, mas todo indivíduo, que por sua condição de vivente, está constantemente sendo confrontando com as incertezas da vida e com situações que são sentidas como ameaças à sua existência.

Sobre essa tarefa de *produção de sentido*¹, Figueiredo (2009a) menciona que se trata da possibilidade de oferecer ao sujeito um *suporte facilitador que o auxilie no estabelecimento de ligações, bem como na tarefa de dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos de sua vida*. Essas tarefas representam uma ajuda essencial para o sentimento de existência do indivíduo, auxiliando-o no processo de composição de *experiências integradas* diante dos fatos da vida, e de *experiências de integração* diante de si mesmo. São essas experiências integradoras que possibilitam com que o ser humano sinta-se vivo e existindo no mundo.

Essa compreensão baseia-se na perspectiva de que as pessoas necessitam, ao longo de suas vidas, que suas experiências adquiram um *sentido humano* e que não sejam apenas acontecimentos desconexos, desprovidos de lógica e compreensão. No caso das crianças pequenas, que estão conhecendo a realidade do mundo pela primeira vez, as percepções fundamentais como a sensação de calor e frio, por exemplo, só adquirem um sentido humano na medida em que alguém é capaz de auxiliá-la a compreender o que sente quando está em contato com essas sensações. Por si só, a criança pequena não é capaz de compreender a sensação de frio quando seu pé descalço toca o chão frio, pois ela precisa da intervenção de alguém que mostre e nomeie que aquela sensação despertada em seu corpo tem um nome e que ela pode sentir essas mesmas sensações em contato com outras coisas. Essa relação, permeada por experiências fundamentalmente estéticas tem como função integrar as experiências em sua vida, dando um sentido as sensações corporais e afetivas.

Como mencionamos anteriormente [ver 1.1], as crianças pequenas não possuem percepção acerca dos riscos que estão expostas, de modo que são totalmente dependentes dos cuidados de alguém que possa protegê-las dessas situações, e que transmita para elas, na medida do tempo, a percepção acerca da realidade que as cerca. Outro exemplo dentro dessa questão, diz respeito à descoberta da morte e a da finitude

¹ Figueiredo (2009) menciona que as tarefas de produção de sentido na vida humana são semelhantes às tarefas de corte, costura e modelagem que realizamos

da vida. Quando a criança se depara pela primeira vez com a morte de algo ou alguém, ela necessita do auxílio de uma pessoa que a ajude a compreender esse fenômeno tão aterrador, dando-lhe um sentido humano e integrando-o à sua vida. Da mesma maneira, a experiência de descoberta da sexualidade humana representa uma situação em que se produzem diversas sensações que são confusas para as crianças, cujo papel do cuidador é fundamental para organizar e auxiliar a compreensão dos sentimentos e sensações despertadas nesse contexto.

No decorrer da vida, outras situações apresentam-se ao ser humano exigindo a produção de sentidos e a integração dessas experiências na sua história. Cada sujeito está exposto, na medida em que vive e evolui, à ocasiões diversas, indo desde o desmame e a separação inicial da mãe, à entrada na vida social, ao encontro com os possíveis adoecimentos ou perda de entes queridos, a separação ou divórcio dos pais, as experiências de apaixonamento, as situações de doença, frustração e decepção, entre tantas outras experiências que exigem a tarefa, como cita Figueiredo (2009a), do sujeito *realizar cortes, costuras e modelagens em sua vida psíquica, buscando construir novos sentidos e integrá-los a sua vida.*

Considerando que o ser humano constrói sua identidade no percurso do tempo e na relação com o *outro*, é importante que as experiências vivenciadas nesse percurso sejam acompanhadas por um olhar atento e que possa auxiliá-lo na construção de sentidos que favoreçam sua relação com a vida e consigo mesmo. No sentido oposto às experiências de construção de sentidos subjetivos estão, como menciona Figueiredo (2009a), as experiências marcadas pelas faltas, falhas e excessos que desafiam a vida humana. Quando exposto a essas condições, ocorre que o sujeito constrói e adquire sentidos distorcidos sobre a realidade, e que não possuem, portanto, certa coerência com a experiência vivida. São os casos de pessoas que acabam enxergando e sentindo em determinadas situações coisas muito além ou em intensidades muito maiores do que o fato em si comporta. O sujeito, por exemplo, vê em uma gripe passageira os indícios iniciais de uma pneumonia; ou em uma divergência no trabalho, o motivo para lhe despedirem; ou ainda, ao receber uma pequena crítica acerca de um detalhe em algo que realizou, acredita que não consegue realizar nada de maneira adequada em sua vida.

No momento, nossa proposta não é aprofundarmos na questão da distorção do sentido das experiências humanas, mas demonstrar que as tarefas de *produzir sentido* às

experiências vividas são fundamentais para o ser humano e estão relacionadas ao tema do cuidado. Essas atividades possibilitam com que o sujeito dê forma para suas experiências e, logo, para sua existência. Isso permite que ele seja capaz de construir uma imagem acerca de si mesmo e de sua história, comportando passado, presente e uma proposta para seu futuro.

As ações e esforços presentes no cuidado humano, ao terem como fundamento a consideração e o respeito ao *outro* em sua condição singular e de fragilidade, embasam, como cita Figueiredo (2009a), *a tessitura de um solo humano para existência, de um lugar humano para existir*. Esse lugar humano que possibilita a existência do sujeito, portanto, a existência de alguém singular, com sua própria história e impressões sobre essa história, é um lugar marcado pelas vivências compartilhadas entre os seres, ou seja, pela possibilidade de “*con-vivência humana*”.

Nas palavras de Boff (2012d), o que conduz o cuidado humano é o sentimento de ternura entre os indivíduos, de maneira que exclui de suas motivações as propostas que levam a condutas de controle e domínio sobre o *outro*. Seguindo as palavras do autor (2012d), *cuidar implica em ter intimidade com quem se cuida, em senti-lo dentro de si, em acolhê-lo e respeitá-lo, em dar-lhe sossego e repouso quando é necessitado*.

Cuidar, portanto, pode ser definido pela *tentativa se entrar em sintonia com a alteridade, intuindo e prevendo de maneira sensível suas necessidades*. Nesse sentido, como complementa Boff (2012d), o que está na base do cuidado humano não são as estruturas do *logos*, orientadas pela razão e pelos elementos de compreensão intelectual; mas o *pathos*, centrado no sentimento, na capacidade de simpatia e empatia, e na dedicação com o diferente.

É o sentimento que nos faz sensíveis ao que está a nossa volta, que nos faz gostar ou desgostar. É o sentimento que une às coisas e nos envolve com as pessoas. É o sentimento que produz encantamentos face à grandeza dos céus, suscita veneração diante da complexidade da Mãe-Terra e alimenta enternecimento face à fragilidade de um recém-nascido (BOFF, 2012d, p.115)

Dessa maneira, o autor nos conta que na essência do cuidado está o afeto, de maneira que é esse afeto que torna os homens sensíveis ao mundo e ao *outro*, envolvendo e unindo os seres humanos. Ademais, é diante desse afeto que o homem é capaz de venerar a imensidão da vida e encher-se de ternura frente às condições de fragilidade e desamparo, das quais o ser humano está sujeito desde seu nascimento.

Em seu trabalho sobre a origem das línguas, Rousseau (1759/1978) considera que muito antes da linguagem humana poder ser compreendida como uma instância eminentemente simbólica, cuja função baseia-se na construção de representantes simbólicos para as coisas do mundo, a linguagem possui a função de propiciar o encontro entre os seres humanos. O autor descreve que na origem das línguas encontram-se as paixões e as necessidades morais do homem, estabelecendo um primeiro e rudimentar contato com a vida social (p.266).

Diz ele que:

Todas as paixões aproximam os homens [...] Não é a fome ou a sede, mas o amor, o ódio, a piedade, a cólera, que lhes arrancaram as primeiras vozes. Os frutos não fogem de nossas mãos, é possível nutrir-se com eles sem falar; acossa-se em silêncio a presa que se quer comer; mas, para emocionar um jovem coração, para repelir um agressor injusto, a natureza impõe sinais, gritos e queixumes. Eis as mais antigas palavras inventadas, eis por que as primeiras línguas foram cantantes e apaixonadas antes de serem simples e metódicas (1759/1978, p.266).

Diante do exposto, podemos compreender que a comunicação humana, em sua essência, tem como objetivo permitir o contato entre os seres. Essa proposição diferencia-se do uso da linguagem com a intenção apenas de comunicar um ocorrido a outra pessoa, e deriva-se da necessidade de suscitar em alguém alheio os sentimentos e as impressões que são sentidas pelo sujeito, por isso, comportando um caráter passional.

A originalidade de Rousseau não está apenas na escolha da função emotiva como substrato da comunicação, como cita Schneider (1993a), mas na solidariedade instaurada entre esta troca passional e o instrumento verbal. Trata-se de perceber no

outro que ele é capaz de sentir os mesmos sentimentos que o sujeito está sentindo, que está além do simples processo de comunicação. A capacidade de “emocionar um jovem coração” é justamente a indicação de que apenas o entendimento intelectual não é o bastante. É preciso suscitar no *outro* o afeto que estou sentindo (SCHNEIDER, 1993a).

Desse modo, as tarefas que visam auxiliar o indivíduo na construção de um sentido para suas experiências, e conseqüentemente, para sua existência, exigem a presença de alguém que esteja disponível emocionalmente e intelectualmente, e seja capaz de colocar-se no lugar do sujeito, em sua ‘própria pele’. Não se trata apenas de uma consideração aos sentimentos do *outro*, mas da condição de “sentir-se na pele do *outro*”, envolvido de forma que os sofrimentos do outro possam ser sentidos em sua própria existência. A essa condição dá-se o nome de *empatia*.

Empatia tem sua origem na palavra grega *empathia*, e relaciona-se com a palavra *pathos*, também de origem grega. Seu significado consiste na capacidade do indivíduo de envolver-se e colocar-se no *pathos* do outro, de pode sentir seus sentimentos, suas paixões, emoções, dores e sofrimentos. Portanto, é uma disponibilidade não apenas para a compreensão do *outro*, mas de um *sentir com*, junto ao outro.

Acompanhando os pensamentos de Rousseau (1759/1978) e Boff (2012b), podemos considerar que nas relações permeadas pela ação do cuidado, a linguagem surge como um elemento capaz de unir os seres humanos por uma via cuja essência não está fundamentada apenas pela razão e pelas estruturas de compreensão intelectual, mas, sobretudo, pela condição afetiva dos seres humanos, centradas nos sentimentos, na capacidade de simpatia e empatia, e na dedicação com o diferente. Na medida em que na essência da linguagem é transmitido o *pathos* do sujeito, a possibilidade de recebimento e de acolhimento desses afetos, constituem uma experiência que pode ser significada de maneira humana.

Muito a respeito do cuidado foi desenvolvido pela psicanálise ao longo de sua história, desde as contribuições de Sándor Ferenczi em meados da década de 1920, nas contribuições de Michael Balint, discípulo de Ferenczi, nos anos 30, e fundamentalmente com Donald Winnicott a partir de 1940. No entanto, estamos nos abstendo de mencionar essas contribuições no presente trabalho com intuito de não

gerar confusões conceituais que poderiam comprometer os objetivos e o entendimento dessa pesquisa.

Todavia, gostaríamos de ressaltar um ponto importante no qual acreditamos que não comprometerá nossa proposta, e que ajudará a ilustrar outro aspecto presente nas relações marcadas pelo cuidado. Acerca do cuidado materno, fundamental para o desenvolvimento e constituição da personalidade do ser humano, o pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott (1896 – 1971) fala em sua obra sobre a necessidade de um cuidado que *seja suficientemente bom* para que os processos de desenvolvimento ocorram. Essa noção, que denota um aparente aspecto quantitativo, revela um elemento importante para se pensar no cuidado. Boff (2012e) atribui a esse elemento o caráter de regra de ouro da relação de cuidado e o denomina como a *justa medida do cuidado*.

Por *justa medida do cuidado* ou *cuidado suficientemente bom*, compreendemos aqueles esforços e ações que não são nem insuficientes, nem mais que suficientes no trato do cuidado. Enquanto o cuidado insuficiente é capaz de deixar o sujeito desamparado, largando-o totalmente exposto aos riscos da vida e de ter sua existência anulada; o cuidado mais que suficiente e em excesso, antecipa-se diante das necessidades do sujeito, produzindo uma relação submissão e de dependência passiva, em que as potencialidades do sujeito podem ser abolidas. De um lado o indivíduo sente-se abandonado em uma solidão existencial, de outro, sente-se sufocado e com a possibilidade de desejar e realizar suas escolhas na vida impedida.

Boff (2012e) menciona que é especialmente no campo da ética que a justa medida assume sua importância fundamental. Trata-se, segundo o autor, de encontrar o ótimo relativo, o equilíbrio entre o mais e o menos, respeitando e relacionando-se de forma sensível e humilde com o outro. A justa medida do cuidado é alcançada pelo reconhecimento da realidade, de modo que os limites do *outro* e do próprio sujeito, possam ser revelados.

1.6. As dimensões do cuidado e sua ética na coletividade

Uma definição que apresenta novos elementos sobre o cuidado nas relações humanas é descrita por Figueiredo (2014a) como “cuidado” sendo o *campo das ocupações e preocupações recíprocas em que dependências e interdependências individuais são tomadas como ‘fatos da existência’, apresentando-se como o mais próprio da condição humana e do nosso ‘ser no mundo’; sua dimensão ética consiste no habitar e compartilhar, recebendo e transmitindo o mundo humano.*

Essa definição aborda a noção de cuidado de modo que suas dimensões nas relações humanas tornam-se mais evidentes. Em um primeiro plano, as relações de cuidado são estabelecidas em um nível interpessoal, relacionando-se ao conjunto de ações e preocupações entre os indivíduos, marcados pela condição de dependência e vulnerabilidade na qual o ser humano se encontra ao longo da vida. É nesse contexto que ocorrem as tarefas ligadas a sobrevivência, bem como as tarefas responsáveis por auxiliar no processo de ascensão do indivíduo a uma existência singular.

Na medida em que os indivíduos são capazes de desempenhar as ações de cuidado, estabelecendo relações de interdependência entre os seres humanos, vemos a possibilidade de construção de uma rede permeada pelos elementos presentes no gesto de cuidado, todavia, que transcende a esfera interpessoal. É por meio dessa rede de atenção, proteção e cuidado humano, que a humanidade é capaz de construir um solo para a existência.

Como complementa o autor, a dimensão ética presente no cuidado, vista por meio dessas duas dimensões complementares, baseia-se na possibilidade do ser humano construir essa sua “morada”, recebendo e compartilhando, por meio das ações de cuidado, os elementos que a constitui.

Desse modo, podemos notar que a condição humana que se constitui por meio das relações de cuidado não é estabelecida apenas pelos conjuntos de práticas, ocupações e preocupações entre os indivíduos, mas, sobretudo, pela dimensão ética presente nas relações de cuidado em um nível coletivo. Como menciona Boff (2012c), essa dimensão ética, transcende os hábitos e costumes dos indivíduos, formando um *ethos* no qual a humanidade reserva para organizar, cuidar e construir um habitar

propício para sua existência, e que é alicerçada, como cita Plastino (2009), no reconhecimento e respeito à alteridade.

O gesto de cuidado em sua dimensão coletiva, portanto, advém do modo como o homem é capaz de habitar o mundo, compartilhando e transmitindo “sua morada” ao próximo e às futuras gerações. Um exemplo que permite compreender essa dimensão do cuidado presente nas relações humanas é oferecido pelo filósofo alemão Walter Benjamin (1936/1994) sob a ideia do *narrador*.

Benjamin comenta que o personagem do *narrador*, presente na cultura humana desde tempos remotos, pode ser entendido como àquele capaz de reunir as pessoas e transmitir por meio das narrativas, os saberes da humanidade. Nas narrativas são contadas as experiências que fazem parte da existência humana, representadas por temas relacionados ao cotidiano, as crenças e costumes, os medos e desafios, bem como a vida e a tradição de determinado povo.

Segundo o filósofo (1936/1994), o narrador retira das experiências vividas e testemunhadas os conteúdos de suas narrativas, incorporando essas experiências contadas à experiência dos seus ouvintes. Trata-se, não apenas de escutar e conhecer as características de povos distantes ou sobre os antepassados, ou mesmo sobre os fenômenos da natureza e sua relação com o plantio e a colheita, mas de vivenciar as experiências do ser humano diante do mundo e dos desafios que a vida coloca sobre ele. O ouvinte escuta e vivencia, concebendo e imaginando os detalhes da história que o narrador conta, incorporando essas imagens e as emoções suscitadas à sua vida. Essa relação é muito próxima ao que Simone Weil chama de abertura do sujeito para o mundo, como comentamos anteriormente [ver 1.3]. Todavia, nesse caso, o narrador é aquele responsável por apresentar o mundo aos seus ouvintes.

O narrador é aquele personagem que vivenciou muitas coisas e viveu o bastante para contar algo (BENJAMIN, 1936/1994). Comumente são histórias de marinheiros e suas viagens a terras distantes, descrevendo o comportamento das correntezas, do barco e da tripulação. Ele conta sobre o medo, a coragem, a finitude da vida e a superação dos desafios; conta também sobre paisagens diferentes e como o homem se espanta diante delas. As narrativas fazem referência à vida comum das pessoas, sendo contadas pelos

camponeses e artesãos, e nelas são transmitidas as experiências humanas e a cultura de um povo e suas tradições.

Acerca da relação entre a narrativa e a experiência humana, Benjamin diz que:

Podemos ir mais longe e perguntar se a relação entre o narrador e sua matéria – a vida humana – não seria ela própria uma relação artesanal. Não seria sua tarefa trabalhar a matéria-prima da experiência – a sua e a dos outros – transformando-a num produto sólido, útil e único? (1936/1994, p.221).

O narrador trabalha de forma artesanal com a matéria prima das experiências da vida humana, buscando transformá-las em um produto sólido, útil e único, que pode ser contemplada e transmitida. É um gesto semelhante à construção artesanal de objetos tradicionais nos quais as contas são trançadas e organizadas em filamentos compondo imagens e servindo de adereços, típicos daquela comunidade. Nesse caso, *ao serem narradas, as experiências são trabalhadas, organizadas e significadas, constituindo um elemento fundamental da vida e da espécie humana*. A forma artesanal com que o narrador trabalha sobre as experiências humanas é semelhante às tarefas de corte, costura e modelagem que Figueiredo (2009a) comenta acerca das tarefas de *produções de sentido* às experiências da vida.

Além das experiências individuais, significadas na coletividade em que o narrador conta sua narrativa, os conteúdos transmitidos em suas histórias também se relacionam com os conhecimentos e crenças desenvolvidos pela comunidade acerca de sua relação com o meio ambiente, sua sobrevivência e sua cultura. São os conhecimentos relacionados ao artesanato, pesca, caça e agricultura, bem como a arte e a religião, que o grupo social adquiriu e desenvolveu ao longo do tempo, e que marca sua singularidade perante outros grupos e a de seus integrantes.

A esse respeito, Benjamin (1936/1994) menciona que:

[a narrativa] tem sempre em si, às vezes de forma latente, uma dimensão utilitária. Essa utilidade pode consistir seja

num ensinamento moral, seja numa sugestão prática, seja num provérbio ou numa norma de vida (p. 200).

A narrativa, portanto, é capaz de transmitir o *mundo humano* tanto do ponto de vista das experiências subjetivas, quanto do ponto de vista da coletividade, preparando os indivíduos para se inserirem no mundo e auxiliarem na construção e preservação do mundo humano. Nesse sentido, a narrativa pode ser considerada como uma forma de comunicação e preservação do conhecimento humano, anterior a qualquer escrita (BENJAMIN, 1936/1994).

Acerca da relação entre a narrativa e a preservação da memória de um povo, Benjamin menciona que:

a reminiscência funda a cadeia da tradição, que transmite os acontecimentos de geração em geração. Ela corresponde à musa épica no seu sentido mais amplo [*Mnemosyne* – deusa da reminiscência e musa da poesia épica]. Ela inclui todas as variedades da forma épica. Entre elas, encontra-se em primeiro lugar a encarnada pelo narrador. Ela tece a rede que em última instância todas as histórias constituem entre si. Uma se articula a outra, como demonstraram todos os outros narradores (1936/1994, p. 211).

No entanto, como relata Benjamin (1936/1994), na modernidade, a figura do narrador e o que a narrativa proporciona ao ser humano, está em declínio. Na condição da atualidade, o homem encontra-se privado de uma faculdade que outrora parecia segura e inalienável, que é a faculdade de intercambiar experiências. Um exemplo dessa privação, exemplifica o autor, pode ser ilustrado por meio do emudecimento com que os combatentes da primeira guerra regressavam dos campos de batalha, demonstrando que não voltaram mais ricos, mas mais pobres de experiências comunicáveis (p.198).

A modernidade também se impôs sobre as narrativas e o que elas proporcionam, por meio do domínio informativo produzido pela imprensa. Nesse caso, relata Benjamin (1936/1994) o processo que envolve a produção das informações é caracterizado pela

busca da maior objetividade possível aos fatos e a redução considerável dos conteúdos transmitidos. Com isso, as informações se proliferam em forma de objeto e bens para serem consumidos, perdendo o potencial de subjetivação, composto pela matéria prima das experiências humanas.

No modelo promovido e compartilhado pela imprensa, a informação necessita ser imediata à ocorrência dos fatos que são informados para que se consiga alcançar algum sentido. Nesse caso, a vida útil da informação compartilhada é reduzida ao momento instantâneo de sua comunicação, perdendo o sentido logo em seguida. Na narrativa, suas forças se conservam e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver, produzindo diversos sentidos ao longo do tempo e da história (BENJAMIN, 1936/1994).

O narrador participa da humanidade transmitindo e mediando as experiências do homem diante do mundo, da comunidade e de si mesmo. Isso torna as narrativas diferentes das fábulas, pois as fábulas trazem consigo uma lição moral que restringe a produção de novos sentidos às experiências humanas. Nesse caso, o narrador atua de uma maneira em que seus ouvintes são interlocutores e não estão submissos à sua voz.

Como cita Benjamin (1936/1994), contar histórias é conservá-las, e quanto mais o ouvinte se esquece de si mesmo, mais profundamente se grava nele o que é vivido. Ao ouvir, adquire o dom de contá-las, tecendo uma rede em que está guardado o dom narrativo. Essa ideia também se aproxima consideravelmente da proposta de Simone Weil, na medida em que a apreensão do *outro*, só se torna possível para o sujeito quando ele é capaz de se privar da luz da atenção e a transferi-la para fora de si, no outro.

Figueiredo (2009a) cita que uma das metas do cuidado é a de levar o sujeito que é cuidado a desenvolver as capacidades cuidadoras, diante de si mesmo e dos outros. Nesse sentido, compreendemos que o narrador age de forma semelhante, com a função de permitir com que o ouvinte desenvolva a capacidade de tornar-se narrador, construindo suas próprias narrativas.

Desse modo, a transmissão do “mundo humano” proporcionada pelas relações de cuidado entre os seres humanos, não está relacionada apenas as condutas marcadas por ocupações e preocupações recíprocas, mas no gesto de consideração e respeito ao

próximo que é passada de sujeito para sujeito e de geração para geração, construindo a morada (*ethos*) para a existência humana.

1.7. As *qualidades da presença do cuidador* e suas funções nas atividades de cuidado.

Embora as atividades que comportam as ações de cuidado possam configurar-se de maneiras diversas e com objetivos distintos, tal como descrevemos no início dessa primeira parte do trabalho [ver 1.1], Figueiredo (2009a) menciona que a *presença do cuidador* na relação de cuidado com o outro, possui duas formas ou qualidades distintas de se apresentar, e que são fundamentais no desenvolvimento do ser humano.

A primeira qualidade da presença do cuidador pode ser caracterizada como uma forma de “presença implicada”, na qual sua pessoa apresenta-se de maneira comprometida e atuante na relação com o sujeito pelo qual é responsável por cuidar. O exemplo emblemático desse tipo de presença é apresentado por meio da relação da mãe com o seu bebê recém-nascido. Nessa situação, em que a condição da criança é de total fragilidade e dependência dos cuidados do *outro*, a mãe, ou quem exerce essa função, possuía a tarefa, como descreve Figueiredo (2009a), de *sustentar e conter* o bebê que acabou de vir ao mundo, bem como as experiências que decorrem desse contato inicial, agindo de forma a acolhê-lo, alimentá-lo, agasalhá-lo e hospedá-lo no mundo humano.

Essa atenção implicada que a mãe oferece, está ligada à necessidade de crescimento e expansão do seu filho, preservando-o de faltas e rupturas excessivas, que podem comprometer seu processo de desenvolvimento. Desses cuidados decorrem as experiências que são capazes de “dar forma e voz às vivências e aos estratos mais profundos do psiquismo” do sujeito, bem como de integrar e dar sentido a sua existência (FIGUEIREDO, 2009a)

Mais adiante no processo de desenvolvimento da criança, a presença implicada do agente cuidador realiza as tarefas que estão ligadas as experiências que transmitem o sentido de *reconhecimento* por parte da criança. Diferentemente do momento anterior, no qual o agente cuidador ainda não era capaz ser percebido como “um outro”, diferente do sujeito, nessa situação já podem ser reconhecidos, como cita Figueiredo (2009a)

duas pessoas exercendo uma para a outra a função de *reconhecimento*, embora caiba uma responsabilidade especial para o agente cuidador.

Essa atividade de reconhecimento refere-se à possibilidade de prestar atenção e reconhecer na criança, ou em alguns casos, no sujeito adulto, o que ela tem de mais próprio e singular, testemunhando e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem. A qualidade dessa experiência é responsável, segundo o autor (2009a), pela instalação da autoimagem e da autoestima do sujeito, compondo dimensões essenciais do seu *self*.

Uma terceira função da *presença implicada* do agente cuidador está relacionada à experiência de *interpelação*. Nesse caso, a pessoa que é responsável pelo cuidado passa a ser reconhecida como “outro diferente” do bebê, marcado pela sua diferença e incompletude. Dessa maneira, a existência da pessoa que cuida passa a ser fonte de questões e enigmas para o sujeito. Como cita Figueiredo (2009a), esse momento é caracterizado pelo despertar dos impulsos sexuais infantis, e que possuem uma exigência de uma resposta. É, portanto, apenas diante da possibilidade de uma resposta a esta exigência que o sujeito pode “*vir-a-ser*”, *ascendendo às relações interpessoais e à humanidade*.

Essa experiência vivenciada pela criança é semelhante à situação na qual uma pessoa recebe um nome ou apelido, fazendo com que seja chamada e convocada a responder a esse chamado, passando, dessa forma, a existir enquanto um indivíduo. Nas palavras do autor, o sujeito só pode *vir-a-ser* alguém como resposta a *interpelação que a mãe lhe faz, reclamando sua presença viva e interativa*.

Em decorrência desse processo de “descoberta” da alteridade, outro ponto que se apresenta a partir da função de interpelação, é o reconhecimento pelo sujeito da presença do *confronto* e do *limite* na vida humana. Uma vez que podemos considerar que foi capaz de ascender à existência e se reconhecer como alguém, a percepção decorrente do mundo e da vida, o confronto pela primeira vez com os fatos da existência, que além da alteridade, podem ser compreendidos como a morte, a finitude e a apresentação da Lei.

Diferentemente da *presença implicada*, a segunda qualidade da presença do cuidador, pode ser caracterizada como uma “presença em reserva”, na qual se oferece

ao sujeito uma companhia na forma de um espaço desobstruído, não saturado pela presença do *outro* e de seus afazeres. Nesse espaço, cuja tarefa do cuidador é mantê-lo livre e vazio, protegendo-o contra a presença excessiva de objetos e representações externas, é que o sujeito torna-se capaz de exercitar sua capacidade para brincar, sonhar, alucinar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo à sua medida, e segundo suas possibilidades (FIGUEIREDO, 2009a).

Segundo Figueiredo (2014a), a qualidade da “presença em reserva” pode ser entendida como uma forma de espera e uma aposta no sujeito que é cuidado, de maneira que o cuidador deposita uma espécie de confiança em suas capacidades, aguardando o seu gesto e sua possibilidade de vir a participar como agente de trocas e compartilhamentos. Como menciona o autor, é essa estrutura de espera encarnada e materializada na situação de cuidado, que se aproxima consideravelmente da proposta psicanalítica tal como desenvolvida pelo trabalho de Sigmund Freud.

Retornando a origem da palavra “cuidado”, é possível encontrar ainda mais um significado em sua constituição. Na cultura grega antiga existe um equivalente tão remoto quanto a noção de *cogitare* da língua latina. Segundo Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), a expressão *therapeía*, traz o consigo o sentido de *curar, tratar e cuidar* de algo ou alguém, tonando-se uma terminologia científica designada como *terapia* tempos depois, sobretudo a partir do século XIX depois de Cristo. Da mesma forma, Machado (1956) comenta que em sua raiz grega, a noção de *cuidado* recebe a expressão *therapeía*, derivada da palavra *tērēō-ō*, que significa *guardar, conservar, observar, vigiar e respeitar qualquer preceito*.

Essas definições aproximam a noção de terapia, presente em nossa língua na atualidade como um conjunto de práticas e técnicas que visam a cura de determinando sofrimento ou doença, a partir do conceito de cuidado humano tal como desenvolvemos nessa primeira parte do trabalho. Como menciona o psicanalista francês Pierre Fedida (1988), a noção de *therapeía* transmite a necessidade humana de atenção e preocupação entre os homens, uma vez que tudo o que passa entre eles é revestido pelo véu da fragilidade. Nesse sentido, em contraposição à imortalidade dos deuses, a finitude humana é capaz de produzir uma comunhão entre os homens, marcada pelo gesto de cuidado.

Diante dos elementos que apresentamos nessa primeira parte do nosso trabalho surge a necessidade de pensarmos de que maneira ocorre a emersão das ações do cuidado na obra desenvolvida por Sigmund Freud, ressaltando a presença desse elemento no trabalho *psicoterapêutico*, bem como as contribuições desse autor ao tema do cuidado no desenvolvimento humano.

Perspectivas sobre o *Cuidado* na Obra Freudiana.

2.1 – Adoecimento psíquico e a subjetividade.

Foi em meados do ano de 1880, quando o jovem Sigmund Freud (1864 – 1939), ainda finalizando sua graduação em medicina na Universidade de Viena, Áustria, ingressou no campo dos estudos neurológicos. Nesse contexto da neurologia do final do século XIX, sustentava-se uma concepção na qual as origens das doenças mentais relacionavam-se exclusivamente a esfera das desordens do sistema nervoso, descartando outras percepções, alheias ao conhecimento passível de ser comprovado pelos meios científicos.

Principalmente em solo alemão e austríaco, berço da formação de Freud, esse ponto de vista era sustentado com entusiasmo, podendo ser ilustrado, como menciona Lopes (2001), por meio da expressão: “doenças mentais são doenças cerebrais”, do célebre neurologista alemão Wilhelm Griesinger (1817 – 1868). Esse ponto de vista direciona os estudos das doenças mentais para o estudo exclusivo da anatomia do sistema nervoso, afastando as explicações subjetivas, ou de cunhos religioso e espiritualista, desse domínio.

Nesse momento histórico, quando a psiquiatria afastava-se dos manicômios e ingressava nas universidades, a pesquisa, fundamentalmente de caráter experimental, passou a se ocupar das questões relativas à estrutura e ao funcionamento do sistema nervoso central, buscando evidências anatômicas que explicassem as desordens psíquicas (HUGHES, 1989). A ênfase nos estudos e investigações dos processos de adoecimento eram conduzidas pelos estudos experimentais e circunscritas ao espaço dos laboratórios com seus instrumentos de medição e análise característicos.

Desse modo, a ciência médica empreitou-se na busca das estruturas cerebrais e das alterações nessas estruturas, responsáveis pelas possíveis manifestações das doenças mentais. Justificava-se ainda, como aponta Hughes (1989) que lesões muito pequenas, supostamente não diagnosticáveis no momento da investigação, poderiam se tornar evidentes na medida em que a doença e os estudos pudessem avançar. Essa aspiração científica, pautada em uma concepção biomédica a respeito do psiquismo e da doença psíquica, enfatiza a fisiologia como meio de encontrar a verdade sobre o sofrimento dos pacientes.

Em muitos casos, nos quais os exames médicos não conseguiam revelar a presença de alterações no corpo que pudessem ser responsáveis pela manifestação dos sintomas físicos que os pacientes apresentavam, essas situações eram compreendidas não como uma ineficiência no método investigativo, mas como fruto de manipulações produzidas pelos pacientes, que supostamente encontrariam no sofrimento uma forma de conseguir alcançar outras coisas.

A dificuldade em compreender a queixa dos pacientes que manifestavam paralisias em determinados membros do corpo, e ao mesmo tempo não apresentavam lesões ou alterações no conjunto dos nervos, músculos e todo o restante da estrutura fisiológica relacionada ao movimento desses membros, colocava um problema para a ciência médica da época. Em muitos casos, a resposta imediata para essa questão era atribuir ao paciente a intenção de produzir esses sintomas e o sofrimento deles decorrente.

Se por um lado, esse posicionamento sustenta uma fé quase inabalável no conhecimento proveniente do universo científico, apoiado estritamente nos avanços dos estudos fisiológicos para explicação dos estados de adoecimento humano, por outro lado, há uma recusa dos aspectos subjetivos e emocionais presentes nesse processo, desacreditando na verdade do paciente, e atribuindo a ele a responsabilização por seu sofrimento.

O paradigma da ciência nesse momento histórico, sustentada pela exigência de objetivação, generalização e universalização do conhecimento, bem como baseada na confiabilidade do método experimental de investigação, foi responsável por produzir uma ciência, como aponta Sauret (2003), que exclui o sujeito e sua subjetividade do saber científico. Nessa conjuntura, ao atribuir e comprovar por meio desse método que a causa do sofrimento está relacionada unicamente ao plano fisiológico, seja esse sofrimento físico ou mental, a ciência produz na relação do médico com o paciente um abismo, em que o médico está ao lado da verdade sobre a doença, e o paciente ao lado do não saber, da ignorância quanto a sua própria condição e sofrimento. Nesse sentido, a subjetividade do paciente é excluída tanto do processo de adoecimento quanto do diagnóstico e do tratamento da doença.

Nesse paradigma, a relação entre a causa do sofrimento do paciente, ou fator desencadeante da doença, e o sofrimento propriamente dito é transposta da esfera das doenças físicas para as doenças psíquicas, no entanto, mantendo ainda a causa atrelada ao aspecto fisiológico. O cuidado nesse campo pode ser entendido como o cuidado exclusivo ao corpo do doente, de maneira que, uma vez o corpo estando bem, a mente não tem motivos para apresentar alterações. Esse olhar sobre o ser humano reduz todo o campo dos afetos, das singularidades e das subjetividades, fundamentais a existência, ao plano do que pode ser observado e comprovado pelos achados biomédicos.

Na época em que Freud se aproximava dos estudos sobre o sofrimento psíquico, já havia sido desenvolvido um sistema de classificação de doenças mentais com objetivo de nomear e agrupar essas enfermidades de acordo com suas características sintomatológicas. Foi William Cullen (1710 – 1790), expoente médico britânico, que cunhou o termo “neurose” para se referir às desordens relacionadas aos nervos, e cujos sintomas poderiam ser caracterizados por espasmos, atonia e convulsões (HUGHES, 1989).

Entretanto, como cita Hughes (1989), a esperada lesão localizada na estrutura do sistema nervoso, causa dos transtornos mentais, não pôde ser encontrada pela ciência neurológica, de forma que a totalidade dos casos autopsiados na época falhou em revelar as esperadas alterações estruturais, impedindo que qualquer correlação entre fisiologia e quadro sintomático das doenças mentais pudesse ser sustentada.

Enquanto isso, na França, o médico Jean-Martin Charcot (1825 – 1893) surge como um dos pioneiros na rejeição de uma base anatômica para o desenvolvimento dos quadros de neurose. A partir de seus estudos sobre a histeria, uma subcategoria da neurose, ele adotou o ponto de vista no qual a causa dessa doença está relacionada não a uma anomalia na estrutura do sistema nervoso, mas em sua “dinâmica neuronal” (HUGHES, 1989). Isso significa que a causa dessa enfermidade não pode ser atribuída a uma alteração no tecido do sistema nervoso central, mas trata-se de uma anomalia na forma como o sistema nervoso está desempenhando seu trabalho.

Ainda que a ênfase fisiológica de Charcot tivesse como referência o trabalho de William Cullen, o médico francês concebia a noção de anormalidade fisiológica como oposta a uma lesão anatômica, como aponta Hughes (1989).

Interessado nos benefícios que o método hipnótico poderia oferecer para a área da medicina e para o tratamento das neuroses, Charcot desenvolveu um trabalho no qual, por meio da hipnose, buscava intervir na “dinâmica neuronal” dos pacientes. Ao observar que os pacientes podiam ser induzidos, sob hipnose, a apresentar comportamentos e sintomas semelhantes aos quadros histéricos, propôs inverter essa lógica e ao invés de induzir os comportamentos, buscava proibir aqueles relacionados aos sintomas histéricos.

Com sucesso nesse procedimento, Charcot conseguiu demonstrar que manifestações de ordem psíquicas poderiam converter-se em sintomas físicos, estabelecendo uma relação entre os sistemas físicos e psíquicos no paciente. Esse fato explica a ausência de alterações nas estruturas anatômicas diante da presença de sintomas físicos dos pacientes que estudava.

O tratamento da histeria e das demais neuroses poderia ter encontrado seu caminho no método sugestivo hipnótico do médico francês, não fosse pelo fato de que com passar do tempo, a sugestão feita pelo médico perdia sua força e da mesma forma que os comportamentos induzidos pela hipnose desapareciam naturalmente, os sintomas da doença que foram proibidos pela ação hipnótica reapareciam na vida do paciente, por vezes com maior intensidade.

Tais fatos desafiavam o campo médico no que diz respeito à compreensão dos mecanismos presentes na neurose e, sobretudo, no desenvolvimento de uma terapêutica que fosse eficaz em seu tratamento. No entanto, a experiência de Charcot no hospital parisiense de Sápêtriére, possibilitou com que se abrisse um campo de investigação que fosse além da relação causal baseada exclusivamente em evidências fisiológicas, para explicação e tratamento dos pacientes acometidos pela neurose.

Além dessa contribuição, Charcot também organizou e produziu uma nova e mais detalhada classificação dos quadros de neurose. A respeito do período que estudou com ele em Paris, Freud (1886/1969) menciona que antes a histeria mal podia ser considerada como um termo com significado bem definido, de maneira que uma mulher com quadro histérico poderia ser tratada como uma farsante, assim como no passado poderia ser julgada e condenada como uma bruxa ou alguém possuída pelo demônio.

O distanciamento gradativo da hipótese da lesão ou alteração na estrutura cerebral nos casos de neurose, bem como do suposto fingimento ou manipulação dos pacientes a respeito de seus sintomas, permitiu com que entrassem em cena novos elementos para se compreender a dinâmica psíquica dos pacientes, bem como os estados de adoecimento que acometem os seres humanos. Essa mudança pôde ser entendida primeiramente como uma mudança na postura do médico com relação à verdade sobre o sofrimento do paciente. Se inicialmente, sustentado pelo paradigma científico, o conhecimento e a verdade a respeito do paciente estava do lado do médico, essa posição vai mudando e o “saber” começa a ser contemplado ao lado daquele que “não sabe” e que precisa encontrar meios de conhecer a sua realidade.

2.2 – Trauma, memória e afeto nos preâmbulos da clínica psicanalítica.

Foi junto a Josef Breuer (1842 – 1925), médico e fisiologia austríaco, que Freud desenvolveu e conceitualizou algumas das ideias que deram base para uma mudança significativa no modo de conceber e tratar os sofrimentos não apenas presentes nas neuroses, mas nas doenças psíquicas em geral. A relação entre os dois pesquisadores renderam trabalhos importantes, como: “Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: Uma Comunicação Preliminar” (1893a/1969) e “Estudos Sobre a Histeria” (1895a/1969).

A respeito do texto “Comunicação Preliminar”, Rabelo (2011) cita que em sua versão original, o título *Vorläufige Mitteilung*, comporta dois sentidos pertinentes e suplementares. Por um lado, a palavra *Vorläufig* representa algo “provisório”, oferecendo ao texto um sentido de ideias que estão sendo elaboradas; por outro, ela comporta o sentido de “preliminar”, dando ao texto um caráter introdutório às ideias que serão apresentadas na sequência. Desse modo, trata-se de uma obra ao mesmo tempo provisória, no sentido de que algumas das ideias apresentadas serão abandonadas, e antecipatória, pois trazem consigo as sementes do que irá se tornar os pilares da técnica analítica (RABELO, 2011).

Um ponto importante nesse contexto é que irá constituir a base para a produção do conhecimento em psicanálise é a postura eminentemente clínica de Freud, na qual o autor segue relatando suas experiências com os pacientes, levantando hipóteses e

constatando fenômenos que até o momento não puderam ser abordados e conceitualizados pelo campo das ciências médicas.

Enquanto as posturas científicas tradicionais buscavam encontrar no paciente um equivalente às amostras estudadas nos laboratórios e apresentavam-se, dessa forma, com um olhar saturado sobre a condição do paciente, Freud buscava compreender o que as pessoas revelavam acerca de seu estado de sofrimento e sua subjetividade, colocando-se de uma maneira disponível ao aparecimento de elementos novos e singulares.

Como cita Rabelo (2011), as reflexões teóricas e metodológicas realizadas por Freud nesse período tinham como ponto de partida e sustentação as experiências advindas do *trabalho eminentemente clínico*, caracterizando um abandono das metodologias experimentais e dos estudos fisiológicos, rumando à compreensão e tratamento das neuroses por uma via que inclui as falas, as percepções e a subjetividade do paciente no processo.

A respeito do significado da expressão *trabalho clínico*, Pastore (2012) comenta que a palavra *clínico* deriva de palavra grega *klinico*, *kline* e do verbo *klino*, de onde retiramos em português o verbo inclinar-se, por exemplo. No contexto apresentado pelo autor, o trabalho clínico pode ser compreendido como aquele que é derivado da ação do médico de inclinar-se ou reclinar-se sobre a pessoa do paciente, debruçando-se sobre o leito e sobre o caso. Isso ilustra porque os estudos de casos clínicos são caracterizados pela descrição quase minuciosa a respeito da condição do paciente, exigindo um exercício de atenção e reflexão do médico sobre o que lhe é apresentado.

Nesse sentido, podemos considerar que o *trabalho clínico* é permeado pela capacidade de atenção e disponibilidade do médico em debruçar-se sobre o paciente e seu sofrimento, observando e buscando compreender os fenômenos que se apresentam e de que maneira se relacionam com a vida do paciente.

Um famoso caso clínico que se tornou emblemático por trazer a qualidade dessa disponibilidade clínica é o caso da paciente Anna O., atendida por Breuer entre 1880 e 1882 e apresentado nos “Estudos Sobre a Histeria” (1895). As descrições realizadas por esse médico sobre o desenvolvimento desse tratamento adquiriram tanta notoriedade no pensamento psicanalítico que o próprio Freud se remeteu a ele em diversos momentos

da história da psicanálise, inclusive na ocasião de suas conferências de 1909 na Clark University, nos Estados Unidos.

Esse caso retrata a experiência de Breuer com uma paciente de vinte e um anos que após a morte de seu pai começou a apresentar um quadro de histeria, comprometendo efetivamente sua vida normal. Constatou-se que anteriormente a esse episódio, a jovem paciente nunca havia apresentado qualquer sinal de enfermidade mental, e que sempre foi uma pessoa saudável e com ‘dotes acima do normal’.

Dentre os diversos sintomas físicos e fóbicos que passou a manifestar com o surgimento da doença, Anna também apresentava episódios de confusão mental (*absence*) no qual se afastava temporariamente da consciência normal, entrando em um estado semelhante ao delírio, de onde murmurava palavras e frases desconexas, e aparentemente ausentes de sentido.

O médico passou então a observar e investigar os possíveis sentidos escondidos por detrás dessas palavras, buscando encontrar alguma lógica nesse material que se relacionasse com a origem da doença da paciente. No entanto, ao retornar ao estado de consciência normal e questioná-la a respeito dos conteúdos de suas falas, Anna respondia que não se recordava do que falava, e desconhecia qualquer relação possível entre o que murmurava e sua vida.

Ainda influenciado pelos princípios da técnica hipnótica de Charcot, o trabalho de Breuer consistiu em hipnotizar a paciente e induzi-la a falar a respeito das coisas que verbalizava em seu estado de *absence*. Diferentemente da proposta do médico francês, que sugestionava os pacientes em busca de mudanças imediatas no psiquismo ou no “comportamento desajustado”, a proposta de Breuer consistia em investigar os elementos e as conexões presentes no psiquismo e que emergiam em um estado diferenciado de consciência.

Por meio dessa atividade, surgiram no relato da paciente diversas memórias de situações que remetiam a experiências de caráter traumático vivenciadas em seu passado, e que se relacionavam com a ocasião do surgimento dos sintomas neuróticos. Um exemplo emblemático, descrito pelo autor nesse caso, é a situação em que Anna recorda-se da governanta oferecendo água a um gatinho sujo em um recipiente de bastante apreço seu. Pelo caráter negativo dessa experiência, comportando uma carga

emocional desprazerosa e até aflitiva, essa cena havia sido *recalcada*, sendo retirada da consciência da paciente e deixando em seu lugar o sintoma de hidrofobia, que se trata do medo, ou de sentimentos de desprazer, frente à possibilidade de ingerir água.

A respeito do processo de recalçamento (*Verdrängung*) no psiquismo, Ocariz (2003) comenta que o significado original dessa palavra relaciona-se com o sentido de *aplicar um esforço para desalojar* algo da consciência, diferenciando-se da noção de supressão (*Unterdrückung*) que carrega o sentido de abolição de algo na realidade psíquica do sujeito. Nesse caso, a lembrança da experiência traumática não pode ser suprimida, permanecendo agrupada em uma instância psíquica diferente da consciência, e produzindo uma espécie de cisão no psiquismo do doente.

No caso do sintoma de hidrofobia de Anna, é possível notar uma relação evidente entre a representação da experiência traumática recalcada e a produção do sintoma propriamente dito, de forma que o sintoma traz consigo um traço ou uma relação de contiguidade com a experiência desencadeante, que não pode ser rememorada pela força de vontade da paciente. Como ilustra Ocariz (2003), trata-se da lembrança de um acontecimento real que não pode ser recordado em estado de vigília, mas que não se consegue esquecer, retornando na forma de sintoma neurótico.

A compreensão construída acerca desse processo psicopatológico ficou conhecida na história da psicanálise como *teoria do trauma*. Essa concepção evidencia o aspecto traumático em que determinadas experiências factuais produzem no psiquismo do sujeito ao mobilizar uma intensa carga afetiva, precisando assim, serem *desalojadas* da consciência, como uma forma do psiquismo se defender. Schneider (1993a) menciona que é essencialmente o aspecto penoso do afeto que surge diante das experiências traumáticas, como o sentimento de repulsa, vergonha e revolta, por exemplo, que estão na origem da cisão que o psiquismo tenta introduzir no plano das representações.

Essa cisão ocorre justamente no momento em que a representação da experiência traumática precisa ser retirada da consciência para que os afetos com ela despertados consigam ser atenuados. Nessa situação, em que a representação sofre a ação do recalque, sendo desalojada da consciência, o afeto a ela vinculado desconecta-se e fica livre, disponível para ser atraído para outras representações nas quais possa se

ligar. No caso da hidrofobia de Anna, o afeto desagradável desconectado da experiência traumática encontrou nas atividades que implicam a ingestão de água um representante para vincular-se. Em outras palavras, tomar água gerava na paciente, por conta do deslocamento do afeto, um sentimento semelhante ao asco vinculado à imagem da governanta servindo água ao gatinho em um recipiente que gostava.

Diferentemente das representações, que estão sujeitas a ação do recalque, o afeto do indivíduo não pode ser reprimido, ficando sujeito à possibilidade de ser deslocado, transformado, sufocado ou mesmo suprimido em algumas situações (OCARIZ, 2003). No caso dos sintomas histéricos, o afeto recai sobre o próprio corpo da paciente, desenvolvendo os espasmos e paralisias corporais características dessa doença.

Ao propor encontrar, por meio das palavras e da rememoração dos pacientes, os sentidos ocultos por detrás de seus sintomas e sofrimentos, Breuer e Freud inauguram um processo terapêutico que está fundamentado em um processo de investigação do psiquismo. Nesse contexto, a hipnose tem como função auxiliar o paciente a entrar em contato com as experiências recalcadas pelo seu psiquismo, operando como mecanismo de relaxamento das defesas que buscam manter esses conteúdos recalcados em seu estado de obscuridade.

Na medida em que o processo de rememoração avança, chegando às representações das experiências traumáticas, os afetos antes ligados a essas representações e que se tornaram causas de sofrimentos, são atraídos no momento da rememoração para sua conexão original. Dessa maneira, a retomada da lembrança traumática é acompanhada pela descarga emocional do afeto que na ocasião traumática teve que ser sufocado. Portanto, o conteúdo recalcado tem sua veracidade confirmada na medida em que a descarga do afeto, também chamada de *ab-reação*, acontece.

De acordo com Schneider (1993b), o afeto é sempre uma perturbação que necessita ser reduzida para que o aparelho psíquico reencontre um equilíbrio satisfatório. Todavia, como cita a autora, quando a liquidação do afeto não ocorre de forma satisfatória, o acontecimento traumatizante permanece presente e a carga afetiva persiste no psiquismo como forma de agressão contínua ao sujeito, condensando-o em uma tentativa impossível de encontrar respostas. Dessa maneira, o afeto está no centro

da alienação promovida pela histeria, e compreende-se que o esforço terapêutico visa, antes de tudo, sua eliminação (SCHNEIDER, 1993b).

Nesse sentido, a possibilidade do analista debruçar-se sobre a fala e o sofrimento dos pacientes, acolhendo esses elementos singulares e buscando os sentidos e as representações ocultas por detrás deles por força do recalque, aproxima-o da história individual e da tragédia pessoal de cada paciente. Pelo seu apelo estético, no qual o paciente revela sua tragédia e descarrega seus afetos sufocados, foi dado a esse procedimento o nome de *método catártico*, relevando sua semelhança com a ideia de “purificação da alma” presente na catarse do teatro grego.

Freud (1893a/1969) menciona que, no processo terapêutico uma recordação desacompanhada do afeto é totalmente ineficaz, já que para se alcançar o fim desejado, o decurso do processo originário do trauma necessita ser repetido com a maior vividez afetiva possível, oferecendo a experiência da catarse à sua fidedignidade.

De acordo com Freud (1895a/1969), quando se chega junto ao paciente a um esclarecimento pleno da lembrança do incidente desencadeador dos sintomas, bem como do despertar dos afetos ligados ao incidente, há uma junção da descarga emocional com a representação original, proporcionando um desaparecimento imediato e permanente de cada um dos sintomas histéricos. Como alude o autor (1893/1969): “*Cessante causa cessat affectus*” – cessando a causa, cessam-se os afetos; alterando a conhecida expressão causalista: “cessando a causa, cessam-se os efeitos”.

Ocariz (2003) comenta que, enquanto na tradição médica o sintoma é visto como uma ruptura, uma perturbação da função, uma falha na harmonia ou no equilíbrio do corpo, na psicanálise ele adquire um sentido paradoxal. Na tradição psicanalítica, complementa a autora, o sintoma além de cumprir uma função de homeostase, sendo visto como a manifestação de um quadro de dor ou sofrimento, ele também é uma forma de satisfação, pois trabalha de uma maneira que evita uma dor maior. Desse modo, o sintoma faz com que o sujeito sofra um pouco para evitar o sofrimento de uma dor maior (OCARIZ, 2003).

Nesse sentido é que podemos compreender que a causa do sofrimento neurótico está relacionada às reminiscências do paciente (FREUD, 1983/1969). Como apontam Kupermann (2008a) e Ocariz (2003), a compreensão freudiana sobre o

sofrimento no contexto da neurose pode ser definida pela expressão “lembrar dói”, já que a grande dificuldade dos pacientes está justamente em entrar em contato com o sofrimento intenso proveniente da memória da situação traumática.

O trabalho terapêutico realizado a partir dessa modalidade clínica apresenta um modelo de relação entre médico e paciente baseado em uma concepção diferenciada aos moldes tradicionais de tratamento, caracterizado pela submissão do paciente ao saber médico. Nessa modalidade, a interação entre essas duas pessoas permite com que se possa emergir a subjetividade e os afetos do paciente, de maneira que esses elementos sejam acolhidos pelo analista, servindo de base para a construção de novos sentidos à condição de sofrimento e a vida do paciente.

O sofrimento ligado às experiências recalcadas, potencialmente mais perturbadoras que o sofrimento produzido pelos sintomas do paciente, exige do analista um trabalho de aproximação desses conteúdos sustentado em uma postura de cuidado com o paciente. Trata-se de um gesto humano marcado pelo respeito e consideração à condição singular do paciente, de forma que as ações necessárias para avançar no processo de rememoração sejam conduzidas de maneira a não lhe causar maior sofrimento.

Ainda que as ações médicas relacionadas à extração cirúrgica de um corpo estranho qualquer no organismo do paciente possam parecer mais invasivas e comportando um potencial maior de dor, a descoberta freudiana sobre o trauma psíquico demonstra que os seres humanos são frágeis ao caráter emocional das experiências que vivenciam, podendo equiparar o sofrimento físico ao mental. Desse modo, entrar em contato de maneira abrupta com as raízes dos sintomas neuróticos pode representar para o paciente uma grande ameaça e fonte de sofrimento.

No que diz respeito à essência da metodologia de trabalho desenvolvida e apresentada por Freud nos “Estudos sobre a Histeria”, Kupermann (2008a) comenta que já se apresentavam os elementos fundamentais que embasariam a criação e a evolução da clínica psicanalítica anos depois. Nesses elementos, como complementa o autor, encontramos a sobreposição de um método investigativo sobre o psiquismo humano e de um método terapêutico para cura dos sofrimentos provenientes da vida emocional das pessoas.

De acordo com Schneider (1993b), a construção dos casos clínicos presentes no contexto dos “Estudos sobre a Histeria”, nasce da troca humana entre paciente e analista, encarregando-se de diversas funções que surgem *à posteriori* na clínica psicanalítica como já preenchidas. Dentre essas funções, complementa a autora, podemos encontrar: a) um caminho etiológico, relacionado ao conhecimento da origem da doença; b) um caminho terapêutico, apontando para a cura desta doença; e c) um caminho epistemológico, enquanto revelação do método que poderá ser aplicado a outros casos.

A troca humana presente na relação entre médico e paciente também é responsável por revelar *à posteriori* a manifestação de outro fenômeno fundamental à clínica e a teoria psicanalítica. Vemos que no caso de Anna, na medida em que seu tratamento avançava, a paciente requisitava cada vez mais a presença de Breuer, denotando não apenas a procura por uma ajuda médica, mas uma ação decorrente de sentimentos eróticos dirigidos a seu analista. Esses comportamentos que trazem consigo um componente afetivo erótico, ou por vezes hostil, dirigidos a figura do analista, formam o que em psicanálise ficou conhecido como o fenômeno da transferência (*Übertragung*).

Kupermann (2008b) cita que esse “fato inconveniente” revelado por Breuer, está relacionado à oferta de uma escuta sensível do analista à paciente e da circulação da palavra que deriva essa oferta, de modo que a manifestação do apaixonamento de Anna traz em sua gênese a transferência de afetos do passado da paciente para a atualidade, na relação com o analista. Segundo o autor, os afetos originalmente dirigidos às *imagos* parentais e que foram convertidos no sintoma histérico por força do recalque, são ligados, por sua vez, na figura do médico. Essa “falsa-ligação”, como se refere Freud a respeito da transferência, constitui uma forma de resistência à possibilidade do paciente realizar a atividade de rememoração do material recalcado e a descarga afetiva dele decorrente.

Os elementos presentes nesse processo demonstram que, muito além da aplicação de uma técnica, no caso, uma adaptação da hipnose de Charcot, o contato do analista com o paciente passa a ser caracterizado por uma postura capaz de incluir e acolher a sua subjetividade, representada pela condição singular de fala e sofrimento, bem como sua história individual e os percalços encontrados nela. Tal disponibilidade,

por parte do analista, serve como base para a construção de um espaço de trocas, de onde a singularidade do paciente possa emergir e ser contemplada.

Diferentemente do método hipnótico desenvolvido por Charcot, que encontrava na técnica da sugestão um caminho para a remoção dos sintomas histéricos, a adaptação técnica promovida por Breuer visa colocar o paciente em um estado de relaxamento para que assim consiga falar dos seus sentimentos e lembranças mais ocultas, as quais não consegue acessar por força da sua vontade consciente.

Podemos compreender que a presença do analista, sendo responsável por conduzir e acompanhar o paciente em direção às suas experiências traumáticas, age de maneira a encorajá-lo a entrar em contato com a raiz de seus conflitos, uma vez que sozinho encontrava-se impossibilitado. Nesse contexto, a hipnose de Breuer pode ser concebida como uma tentativa de amparo, cuja forma de assistência ao paciente é similar à ação da anestesia em um órgão sensível à dor, possibilitando com que o analista tenha acesso e seja capaz de eliminar à fonte causadora dos sintomas.

Encontramos nos primeiros trabalhos de Freud a apresentação de uma proposta psicoterapêutica cujo objetivo e a modalidade de intervenção, diferenciam-se substancialmente das propostas oriundas da medicina tradicional. Enquanto as práticas sustentadas pelo modelo biomédico, representadas pela medicina, propõem tratar o sofrimento neurótico reduzindo-o à esfera fisiológica e desprezando os fatores subjetivos na manifestação da doença, Freud demonstra que a causa dos sintomas neuróticos, bem como a sua modalidade de tratamento, estão sujeitos aos aspectos da subjetividade no ser humano. Em outras palavras, não é possível chegar a uma compreensão verdadeira, ou mesmo tratar o sofrimento decorrente dos quadros de neurose, por outro meio que não seja através da subjetividade do paciente, configurando um campo no qual o contato vivo entre paciente e analista estabelece a base para o cuidado.

Como menciona Ocariz (2003), a psicanálise propõe uma mudança na concepção de dor e cura presente até o momento na medicina, uma vez que compreende que o adoecimento provocado pela neurose está relacionado à carga excessiva de afetos que não puderam se ligar às representações adequadas, sendo impedidos de serem processados mediante os mecanismos que permitem diluir os acontecimentos

desagradáveis da vida. A cura psicanalítica surge, portanto, com a proposta de poder elaborar esses conteúdos que embora não sejam conscientes, afligem a vida do sujeito.

A ênfase na objetividade e na razão, imposta pela ciência tradicional sobre as condições de sofrimento humano, parece encontrar seu limite diante dos quadros de neurose. Contrariamente ao caminho desse modelo de ciência, a psicanálise surge como um resgate daquilo que o ser humano possuiu em sua essência e que não é quantificável ou apreensível pelos métodos tradicionais de observação, transcendendo a esfera da razão e do corpo restrito ao biológico.

No entanto, muito antes de reduzir o ser humano às atividades mentais, a posição tomada pela psicanálise oferece uma contribuição que inclui e vai além do biológico e hereditário, focalizando o ser humano em sua condição singular, capaz criar e relacionar-se com o mundo e com os outros de forma única, bem como, sofrer e adoecer diante das experiências difíceis que a vida impõe.

2.3 – O cuidado na gênese do desenvolvimento e seus efeitos no psiquismo infantil.

A respeito do ponto de vista epistemológico da obra freudiana, Mezan (1988) cita que uma de suas dimensões fundamentais é a proposta de uma teoria da gênese do desenvolvimento humano. Trata-se, nas palavras do autor, da construção de uma espécie de modelo esquemático universal em que cada indivíduo, dentro de sua singularidade, refaz e preenche por meio de própria história concreta. Nesse esquema construído a partir das observações e teorizações de Freud acerca da clínica e do cotidiano dos seres humanos, encontra-se um modelo de crescimento do sujeito baseado na noção de desenvolvimento psicosssexual, sendo esse desenvolvimento representado pela sucessão das fases libidinais, bem como a vivência e travessia do complexo de Édipo.

Um ponto central na construção da vida do sujeito, diz respeito à presença e à qualidade da relação que é estabelecida pela mãe (ou quem realiza essa função) com a criança recém-chegada ao mundo. As ações e preocupações desempenhadas por esse agente do cuidado adquirem um valor fundamental para o desenvolvimento do indivíduo. Tal como descrevemos na primeira parte desse trabalho, o cuidado humano

pode ser caracterizado pelas ações e preocupações que visam promover e preservar a vida e a dignidade do outro, apresentando-se de maneira que possa respeitar e se adaptar às condições físicas e emocionais de quem é alvo do cuidado. Nesse sentido, o cuidado apresenta-se como fundamento da ética humana, buscando proteger o sujeito dos estados de desamparo e garantindo-lhe um lugar de existência no mundo humano.

Em uma passagem de seu “Projeto para uma Psicologia Científica” de 1895, Freud fala da condição originária do bebê humano e sua relação com a necessidade de cuidado. Diz ele que, no início de vida, o ser humano é incapaz de lidar sozinho com as tensões provocadas pelas adversidades que encontra no mundo, necessitando de uma *ajuda alheia especializada e voltada para o estado infantil, que seja capaz de oferecer atenção e experiências específicas adequadas*. Segundo o autor, as vias rudimentares que o bebê consegue encontrar para lidar com as tensões no início de vida, como os gritos e as descargas motoras, só vão adquirir uma importante função de comunicação, diante do cuidado da mãe, (FREUD, 1895b/1969). Vemos que o experimento do “Abismo Visual” realizado por Gibson e Walk (1960) corrobora essa percepção de Freud [ver 1.1].

Nesse período de sua obra, Freud já se mostra atento para a importância que o cuidado materno possui no desenvolvimento psíquico do indivíduo desde seu início de vida. De acordo com seu pensamento, a mãe, ou quem é responsável por cumprir essa função, surge como uma forma de ajuda vital para a criança, oferecendo atenção e proporcionando experiências que se tornam adequadas na medida em que são capazes de responder às necessidades específicas do bebê, diante das circunstâncias presentes nesse momento de vida. Essa forma de *cuidado originário*, portanto, só se estabelece na medida em que existe alguém capaz de ir ao encontro da criança, que se encontra em um estado de desamparo inicial (*hilflosigkeit*).

Em um período da vida no qual a comunicação ainda não se constituiu, a atenção e os gestos do cuidador precisam se adaptar ao estado infantil e às condições particulares do bebê. Isso significa que as tarefas de amamentação, proteção e cuidado com a criança, possuem características muito particulares se comparado a outras etapas da vida, fazendo da provisão dessas tarefas uma forma especializada de ajuda.

Freud não desconsidera os fatores hereditários no processo de desenvolvimento da criança. Todavia, como menciona ao longo de sua obra, seu trabalho visa ressaltar os aspectos que foram constituídos a partir das experiências iniciais de vida e a relação dessas experiências com a formação de uma personalidade singular.

Ao cuidar do bebê, o adulto proporciona uma sucessão de experiências que além de favorecer seu desenvolvimento físico são responsáveis por “imprimir” diversas marcas em seu psiquismo. Essas marcas produzidas relacionam-se com a qualidade e a forma com que as experiências de cuidado proporcionadas pelo adulto puderam ser vivenciadas pela criança.

Além de alimentar a criança, cada mãe oferece o seio de uma determinada maneira, algumas, por exemplo, apresentam-se mais ansiosas e inseguras, manipulando o bebê e oferecendo o seio de acordo com esse estado de humor. Em contrapartida, existem aquelas mães que se mostram mais tranquilas e seguras, estabelecendo um contato físico e afetivo diferenciado das primeiras. A observação comum das mães com seus bebês parece demonstrar que muitas delas passam por estados de mais insegurança e depois conseguem se tranquilizar, tal como outras tarefas cotidianas, que exigem grandes responsabilidades com a vida e o bem-estar do outro. Nesse caso ocorre de tratar-se de um ser totalmente vulnerável e dependente do cuidado dessa pessoa.

Da mesma forma que o cuidado inicial é atravessado pelas características singularidade da mãe, os bebês também revelam traços iniciais de uma singularidade. Ao mamar, alguns lactentes mostram-se mais vorazes em buscar e sugar o seio, outros, por exemplo, se apresentam mais dependentes da facilitação da mãe no processo de amamentação. Poderíamos citar diversas particularidades que são apresentadas pelos bebês no início de suas vidas, mas todas representam, em alguma medida, uma margem para a atuação e adaptação do cuidado materno.

Essa percepção permite compreender que o cuidado desempenhado nos processos mais fundamentais e primitivos do desenvolvimento humano, é marcado por experiências que transcendem à esfera do fisiológico, como a nutrição, e comportam sentidos que caminham para o encontro entre as subjetividades. Vale ressaltar os estudos de Spitz, (1979), como mencionamos anteriormente [ver 1.1], que demonstram

que a atenção ao recém-nascido em termos apenas fisiológicos, não garantem o seu desenvolvimento sadio.

Freud (1895b/1969) comenta que diante do aparecimento das necessidades mais essenciais para a sobrevivência, o organismo do bebê humano é confrontado com a manifestação e o acúmulo de tensões internas. No entanto, nesse momento inicial de vida, o ser humano é incapaz de prover ações em seu próprio benefício que possam satisfazer essas necessidades e reduzir o nível das tensões internas provocadas.

Acerca desse processo, Laplanche (1993) descreve que o acúmulo de tensões provocado no organismo do bebê, pode ser comparado à elevação de nível em um reservatório de água. Segundo o autor, podemos compreender que na medida em que o nível do reservatório aumenta, a tensão interna aumenta e se acumula no organismo do indivíduo, podendo produzir uma sensação insuportável quando chega ao seu limite. Dessa forma, o bebê tenta reagir diante do acúmulo de tensão realizando qualquer ação capaz de proporcionar uma pequena descarga, buscando assim, mesmo que por um curto período de tempo, manter a sensação em um nível suportável. Comumente, essas reações apresentam-se na forma dos gritos e das descargas motoras, as quais as crianças pequenas manifestam quando acometidas por sensações de desconforto.

A característica de desamparo inicial da criança (*hilflosigkeit*) está, segundo Laplanche (1993), precisamente na incapacidade de desencadear nela mesma a ação que poderia esvaziar esse reservatório de maneira durável. Tudo o que ela pode fazer, complementa o autor, é gritar e manifestar reações que não são mais do que a expressão mecânica do acúmulo de tensão e de sua possibilidade de transbordamento no organismo. No entanto, ainda que esses gritos não possam ser considerados como um chamado de ajuda propriamente dito, são indícios de algo que está em processo, tornando-se chamados de ajuda e mensagens endereçadas a um outro, à partir da interpretação subjetiva de quem escuta e acolhe esses indícios LAPLANCHE, 1993).

Desse modo, os gritos e expressões de emoção do bebê diante do acúmulo de tensão é o meio pelo qual a mãe, ou quem cumpre essa função, pode ser *suscitada* a aproximar-se do bebê e desempenhar as ações específicas de cuidado capazes de provê-lo em suas necessidades fundamentais (LAPLANCHE, 1993). Essa ideia está sustentada

na premissa de que o bebê humano ainda não é capaz de chamar a mãe em sua providência, pois não reconhece o *outro* como uma entidade estabelecida e distinta dele.

Freud compreende, portanto, que nessa etapa da vida o ser humano ainda não é capaz de estabelecer, por si só, uma comunicação com outra pessoa. Isso significa que essas reações do bebê não podem ser entendidas, até o momento, como pedidos de ajuda manifestados intencionalmente e endereçados a alguém. No entanto, são elementos que funcionam como disparadores de um processo que culmina no encontro do sujeito com o *outro*, e com sua disponibilidade para escutar e significar esses elementos.

Se de um lado, o estado de desamparo da criança é caracterizado pela falta de garantias de uma ajuda alheia, capaz de compreendê-la e ir de encontro a suas necessidades, de outro lado, o surgimento dessa ajuda é responsável não apenas pelo provimento de suas necessidades, mas por proporcionar uma experiência fundamental de encontro e contato humano.

Nesse contexto originário, notamos que parte do adulto a possibilidade de ser *suscitado* pelos indícios de desconforto manifestados pelo bebê e por sua condição de desamparo, podendo assim, aproximar-se e dedicar-se ao seu cuidado. Trata-se de um movimento, como citamos na primeira parte desse trabalho [ver 1.2], definido pela *produção de um estado de inquietação* na pessoa que toma posse do cuidado, de forma que o objeto de cuidado passa a *suscitar* no sujeito um sentimento cuja intensidade, convoca-o a pensar e se “pré-ocupar” com o outro.

É dessa forma que a resposta do sujeito diante da condição da criança, é capaz de significar, à posteriori, o seu pedido de ajuda. Portanto, podemos dizer que nesse momento inicial da vida, o responsável por definir o pedido de ajuda da criança é aquele que é capaz de prestar o socorro.

Ao abordar o tema do cuidado em psicanálise, Rocha (2013) cita que, na medida em que o estado de desamparo do bebê humano comprova a sua incapacidade de autoajuda, ele se torna uma abertura para a alteridade. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o grito revela um estado de desamparo, ele é lançado de tal forma que é capaz de encontrar no *outro* uma resposta adequada. Em todo caso, comenta o autor, se esse grito ficar sem uma resposta, o estado de desamparo se tornará um estado de desespero e o recém-nascido pode vir a sucumbir diante dessa condição. O grito do bebê, portanto,

apesar de ainda não representar uma função de comunicação, é a base para que se alcance a alteridade, permitindo que ela surja em seu socorro.

Essa proposição apresentada por Freud acerca dos contatos originários do bebê com sua mãe, parece aproximar-se da concepção de Rousseau (1759/1978) a respeito da origem das línguas na vida humana. Como apresentamos anteriormente [ver 1.5], a linguagem derivada dos processos de comunicação, possui em sua essência e origem a função primordial de propiciar o encontro entre os seres humanos. Dessa maneira, é a condição do *outro* ser *suscitado* pelos gritos e reações do bebê aos estados de desprazer, o que permite com que um tipo de contato inicial se estabeleça. No entanto, é somente após a resposta adequada desse *outro* às reações da criança, que um tipo de solidariedade é instaurada entre a “troca passional e o instrumento verbal” (SCHNEIDER, 1993a), oferecendo um significado humano às emoções e reações do bebê.

Dentro do contexto desse cuidado originário, é possível notar, como cita Boff (2012d), que sua ação não é baseada nas estruturas do *logos*, orientadas pela razão e pelos elementos de compreensão intelectual; mas por aquilo que definimos como *pathos*, centrado no sentimento, na capacidade de simpatia e empatia, e na dedicação com o diferente.

Quando a mãe é capaz de cuidar do seu filho, compreendo que determinada reação está relacionada a um estado de tensão provocado pela sensação de fome, por exemplo, sua oferta do seio provê não apenas às necessidades fisiológicas ligadas à nutrição do bebê, mas possibilita também a descarga das tensões acumuladas em seu organismo, produzindo uma experiência de satisfação e um estado de relaxamento prolongado. É essa ação específica, proveniente de fora do indivíduo na forma de uma ajuda alheia voltada para o estado infantil, como diz Freud (1895b/1969), que é responsável por escoar o acúmulo de tensões em seu organismo de forma satisfatória.

Nos seus “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, publicado em 1905, Freud propõe um estudo sobre a sexualidade humana e suas origens. Nesse trabalho o autor realiza uma distinção importante entre a ideia de instinto (*instinkt*) e de pulsão (*trieb*), compreendo que ambas comportam o sentido de algo presente nos seres humanos que os “empurram para alguma coisa, ou os incita a algum comportamento

específico” (1905b/1969). Na concepção de Freud, a categoria de *instintos* pode ser caracterizada pelos comportamentos pré-formados, cujo esquema de funcionamento é hereditariamente fixado pela dimensão biológica circunscrita à espécie, agindo e repetindo segundo modalidades relativamente adaptadas a certos tipos de objetos (FREUD, 1905b/1969). No plano instintivo estão localizadas as manifestações ligadas à autoconservação do indivíduo e da espécie, representadas pelo instinto da fome, por exemplo. Nesse caso, podemos encontrar de forma pré-determinada sua fonte, que se localiza no sistema digestório, seu objeto de investimento, que se trata do alimento que pode ser ingerido; e sua meta, que consiste na saciedade da fome e pela atividade da nutrição.

Em contrapartida, no plano *pulsional* estão as manifestações ligadas à obtenção de prazer. Como menciona Freud (1905b/1969), as pulsões não possuem fontes, nem objetos fixos, podendo encontrar meios variados para atingir suas metas. Uma dimensão importante das pulsões é que elas funcionam no limite entre o psíquico e somático, de forma que produzem representações psíquicas a partir das excitações provenientes do corpo.

Nesse sentido, quando a mãe amamenta seu filho, preocupada com a vida e o bem-estar do bebê, ela está proporcionando além de algo essencial para sua sobrevivência, experiências que serão a base para a construção de sua vida sexual. Nesse momento precoce da vida, Freud (1905b/1969) cita que as pulsões sexuais nascem no indivíduo apoiadas (*anlehnung*) nas funções corporais essenciais à vida e à autoconservação, promovidas pelo cuidado materno.

Se em um primeiro momento, a busca e a sucção do seio materno durante a amamentação representam uma função de caráter instintivo, pautadas na nutrição, elas trazem consigo também uma experiência de grande excitação para o bebê, representada pelo contato da sua boca com o mamilo da mãe e com o leite morno que sai do seio. Essa experiência de prazer, sobreposta à função da alimentação, surge nesse momento da vida do indivíduo de maneira indiscriminada, na qual não é possível separar o campo instintivo do pulsional. Porém, na medida em que o desenvolvimento ocorre, as pulsões sexuais começam a adquirir mais autonomia e contornos diferenciados, separando-se da função de autoconservação.

Dessa separação da pulsão sexual sobre a função corporal, deriva-se o que Freud (1905b,/1969) chamou de sucção ou “sugar com leite”, como está descrito na Edição *Standard* Brasileira das Obras Completas de Freud. Nesse caso, a atividade da nutrição exercida pelo comportamento de sugar o seio, cede lugar para uma atividade de obtenção de prazer que exclui a nutrição como meta. A criança passa então a buscar fontes diferenciadas que possam oferecer a mesma experiência de prazer como a relação com o seio apresentava.

Laplanche (1993) menciona que, tão importante quanto o estado de relaxamento prolongado que é produzido com a introdução do seio da mãe na realidade da criança, são os “traços mnésicos”, compostos pelas imagens decorrentes dessas lembranças de satisfação, conjuntamente aos sinais ligados a percepção do objeto (seio e leite) na vida psíquica do lactente. De acordo com o autor, uma parte essencial dessa experiência é a associação da percepção do objeto introduzido pela mãe ao traço mnésico da excitação proporcionada pelo estado de necessidade, de forma que no momento em que essa necessidade aparecer novamente no sujeito, será produzido, graças à ligação estabelecida, uma moção psíquica que reinvestirá a imagem mnésica do objeto.

Podemos compreender que a dimensão representacional da pulsão sexual é justamente essa moção psíquica da qual cita Laplanche (1993), sendo responsável por constituir na vida do sujeito, um primeiro e rudimentar traço do *desejo* humano.

Antes mesmo de ser concebida como uma pessoa inteira, diferenciada da criança, a mãe ocupa a função e a percepção de um objeto primário, caracterizado, como menciona Freud (1905b,/1969), pelo seu caráter continente às necessidades egóicas e sexuais do bebê, permitindo com que a *ação gratificante* – representada pela atenção às necessidades vitais e pelas experiências de satisfação – possa ocorrer.

Como Freud (1914b/1969) menciona, as primeiras satisfações de caráter sexual são experimentadas em relação às funções vitais do indivíduo, que servem à finalidade de autopreservação. Nesse sentido, é possível notar que nas crianças de tenra idade as escolhas objetais são derivadas dos objetos sexuais relacionados às primeiras experiências de satisfação.

A respeito disso, Freud (1914b/1969) menciona que:

os instintos sexuais estão, de início, ligados à satisfação dos instintos do ego; somente depois é que eles se tornam independentes destes, e mesmo então encontramos uma indicação dessa vinculação original no fato de que os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam em sua alimentação, cuidados e proteção: isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua (p.94).

Na medida em que a pulsão sexual torna-se independente das pulsões egóicas, responsáveis pelas atividades de autoconservação, ela carrega consigo as representações psíquicas relacionadas aos primeiros objetos sexuais, responsáveis pelo cuidado. Na acepção de Coelho Junior (2001) é possível dizer que as questões relativas às escolhas objetais do início da vida do indivíduo podem explicar as questões das escolhas atuais e posteriores em sua vida. Por meio dessa compreensão, a psicanálise demonstra que o potencial do passado do sujeito incide sobre o seu presente.

Freud (1905b/1969) afirma que toda atividade proveniente do contato humano, marcado pelo cuidado inicial da mãe, pode vir a se tornar erótica no desenvolvimento da criança, longe de ser somente um processo bioquímico localizável em um determinado órgão. Diante disso, é possível afirmar que o contato corporal das pessoas que executam o cuidado produz no corpo do bebê, é responsável e potencialmente continente para a ação da pulsão sexual.

Um exemplo dessa situação, oferecido por Freud (1905b/1969), é compreendido como a excitação produzida no sujeito diante das trepidações ritmadas causadas pelo deslocamento do automóvel no qual se encontra, sobre uma estrada irregular. Essas excitações, segundo o autor, são derivadas das experiências de embalo proporcionadas pelo adulto cuidador, ao sujeito em sua infância. Nesse sentido, podemos observar que a pulsão sexual adquire autonomia com relação às funções instintivas, ligando-se a experiências que não estão necessariamente relacionadas à autopreservação do indivíduo, mas que lhe conferem uma vivência de satisfação.

Se por um lado, nos momentos iniciais do desenvolvimento, o objeto primário que a mão representa, surge como objeto continente às pulsões da criança, por outro lado, esse objeto também pode ser considerado, como menciona Coelho Junior (2001),

como algo que exerce atração sobre as pulsões da criança. Dessa maneira, podemos notar que há uma dinâmica na relação da criança com o objeto primário, caracterizada pela capacidade de continência desse objeto com relação aos impulsos do bebê, bem como, a ocorrência de uma certa atratividade à esses impulsos.

No entanto, como ressalva Coelho Junior (2001), a atratividade e a continência do objeto primário não ocorre apenas em termos de relações pulsionais, mas, sobretudo, em relação ao ego total da criança. Isso significa que a interação com o objeto primário não é marcada apenas pelas experiências de satisfação, mas também estão incluídas, de maneira significativa, a construção de representações e sentidos para as experiências do sujeito diante do mundo.

Em seu trabalho sobre a “Interpretação dos Sonhos”, publicado em 1900, Freud utiliza o conceito “identidade de percepção” para caracterizar as marcas que são produzidas no psiquismo da criança por meio do contato e das vivências de satisfação promovidas pelo objeto primário, responsável por seu cuidado. Nesse sentido, a percepção dos aspectos que estão presentes e que constituem a relação com esse objeto, marcada pelas experiências satisfatórias de cuidado, produz no psiquismo do sujeito um modelo de percepção no qual se torna a referência para o seu desejo, e conseqüentemente para as relações futuras.

Todavia, diante do desenvolvimento do indivíduo, o contato com o objeto primário, responsável por oferecer essas experiências de satisfação, cuidado e proteção, sofre a ação de um processo que instaura algo novo no psiquismo da criança.

Na época em que a mais primitiva satisfação sexual estava ainda vinculada à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto fora do corpo próprio, no seio materno. Só mais tarde vem a perdê-lo, talvez justamente na época em que a criança consegue formar para si uma representação global da pessoa a quem pertence o órgão que lhe dispensava satisfação [...] Não é sem boas razões que, para a criança, a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro (FREUD, 1905b/1969, p. 210).

Podemos notar que, enquanto em um primeiro momento da vida a função de apoio (*anlehnung*) da pulsão sexual sobre as pulsões egóicas, representada pelas experiências de prazer decorrentes do cuidado da mãe, serve como base e condição para o surgimento da alteridade, em um segundo momento, o processo de percepção do *outro* enquanto sujeito total e diferenciado se instaura. Nesse caso, a possibilidade de apreensão do *outro* enquanto representação total de uma pessoa produz no bebê a experiência de perda do objeto primário, como sugere Freud (1905b/1969).

Uma vez que o objeto primário pode ser compreendido como fruto da ação do psiquismo em formação do sujeito, reunindo os *traços mnésicos* das imagens decorrentes das lembranças de satisfação, conjuntamente aos sinais ligados a percepção das partes do corpo da mãe presentes na atividade de cuidado, criando, assim, uma *identidade de percepção*, o reconhecimento da mãe como objeto total é responsável por produzir no sujeito um conflito. Essa situação culmina com a “perda” do objeto primário, que sofre a ação de um *recalcamento originário*, cedendo seu lugar para objetos totais encontrados na realidade. No entanto, como complementa Freud (1905b/1969), toda possibilidade de encontro com esses novos objetos é acompanhada pela tentativa de um reencontro com o objeto primário, marcado pelas experiências de satisfação mais primitivas e essenciais na vida do sujeito.

Nas palavras de De Martini e Coelho Junior (2012), o objeto amoroso possui uma história, uma condição primária na história do sujeito, mesmo antes de poder ser (re)conhecido plenamente pelo bebê. É preciso considerar, como cita o autor, que de uma forma ou de outra, já há, desde o princípio, a ação deste *outro* considerado em si, enquanto uma figura total, e ainda que não possa ser reconhecido como tal pelo bebê nesses primórdios, deixa uma marca que permanece na vida psíquica enquanto uma *prefiguração*.

Ao longo de sua obra, Freud salienta a ideia de que o cuidado humano é responsável pela construção dos protótipos que conduzem as formas singulares do sujeito amar. A expressão “todo encontro é na verdade um reencontro” ilustra essa relação na qual o ‘aparentemente novo’, proporcionado pelo encontro com alguém, é a repetição da busca pelos protótipos do passado relacionado às experiências de satisfação mais fundamentais para o indivíduo.

Dando sequência ao pensamento de De Martini e Coelho Junior (2012), os atores mencionam que, o reconhecimento pelo bebê da figura total da mãe faz com que ele perceba que o objeto primário não pode ser mais o objeto de pura satisfação. Desse modo, ele passa a reconhecer que o objeto primário possui uma dimensão que escapa ao seu desejo, formando uma dimensão incerta, na qual as coisas não correspondem exatamente ao que ele esperava, e que ameaça essa “potência criativa” que caracteriza a situação de onipotência que o objeto primário sustentava. O bebê *deseja*, cita os autores, um objeto pleno de satisfação que pertença a ele, porém, depara-se com a representação de um *outro*, diferente, em certa medida, do que *desejava*.

Sobre esse momento na vida do bebê, Laplanche (1985a) descreve que a perda do objeto primário é o que permite realizar uma distinção fundamental no psiquismo humano, embora essa distinção configure um “engodo essencial na vida sexual das pessoas” (p.27). Ele cita que, embora exista um objeto desde o início na vida do bebê, o objeto da função de autoconservação não é idêntico ao objeto sexual. O objeto sexual está deslocado, em relação de contiguidade absolutamente essencial, deslizando dos elementos presentes no leite, enquanto alimento, ao seio, enquanto seu símbolo.

Desse modo,

o objeto a ser reencontrado não é o objeto perdido, mas seu substituto por deslocamento, o objeto perdido é o objeto de autoconservação, é o objeto de fome, e o objeto que se tenta reencontrar, na sexualidade, é um objeto deslocado em relação a esse primeiro objeto. Daí, evidentemente, a impossibilidade de, em suma, nunca reencontrar o objeto, já que o objeto perdido não é o mesmo que aquele que se deseja encontrar (LAPLANCHE, 1985a, p.27).

Mezan (1998) faz uma analogia desse processo remetendo-se à impressão de uma imagem feita em uma superfície inerte a partir de um molde com tinta. Nesse caso, ao imprimir a imagem e ela não aderir de forma precisa à superfície, a imagem real se reproduz de forma distorcida, não sendo possível reconhecer precisamente a imagem original, tal como disposta no molde. Segundo o autor, as ações de cuidado, ao propiciarem sensações de prazer, proteção e satisfação à criança, produzem impressões

nas quais a imagem original, ou real do objeto, tende a ser deformada. Dessa maneira, o registro da memória infantil não é capaz de distinguir claramente o que foi imaginado ou o que ocorreu de forma factual, já que a própria absorção do que se imprime é resultado de uma atividade *desejante* do bebê.

Nas palavras de Figueiredo (2009a), a abertura para alteridade possibilitada pelo encontro entre a condição de desamparo do bebê e a resposta adequada suscitada na mãe, caminha para um ponto no desenvolvimento da criança em que a mãe já pode ser reconhecida como um “outro diferente”, marcado pela sua diferença e incompletude, fonte de questões e enigmas para o sujeito. Enquanto no momento inicial de vida da criança as ações da mãe eram caracterizadas pelo provimento de cuidado às necessidades fundamentais de seu filho, nesse momento de vida, a criança encontra-se, como cita o autor, com sua pulsionalidade despertada, sendo chamada a responder as exigências e demandas que o enigma produzido pela alteridade provoca nela. Desse modo, são as respostas que a criança produz diante da *interpelação* da mãe que permite com que ela venha-a-ser alguém, acendendo à vida e à humanidade (FIGUEIREDO, 2009a).

Nesse contexto, a presença da mãe é caracterizada pela função de *interpelação* sobre o desejo da criança, reclamando sua presença viva e interativa (FIGUEIREDO, 2009a). Trata-se, como explica o autor, de uma experiência semelhante a dar um nome ou apelido a alguém, fazendo com que a pessoa seja chamada e convocada a responder a esse chamado, saindo de fora de si mesma e passando a existir como indivíduo e relacionar-se com os outros. Diante desse processo, evidencia-se, como cita Boff (2005), que o cuidado é mais do que um ato singular, pois consiste na forma com a pessoa pode se estruturar e se realizar no mundo com os outros; sendo esse modo de ser-no-mundo responsável por fundar as relações entre as pessoas.

O paradoxo que se apresenta nas relações de cuidado no início de vida do ser humano pode ser caracterizado pelo processo de abertura necessária à intervenção do outro, que o estado de desamparo da criança promove, mas que só poderá ser reconhecido na forma de uma alteridade *à posteriori*. De forma semelhante, Rocha (2013) considera que, a condição necessária de ser cuidado do bebê humano constitui a possibilidade de abertura em direção ao *outro*, de modo que a presença desse *outro* não se resume a ocupação de uma determinada tarefa, mas é marcada pela preocupação com

a vida e a dignidade do bebê. Segundo o autor, essa disponibilidade da mãe, sustentada pela preocupação com a integridade e a dignidade do seu bebê, pode ser descrita como uma forma de *solicitude amorosa*.

Notamos que a *atitude sensível* que a mãe sustenta diante da condição da criança, à qual Rocha (2013) denomina como uma *solicitude amorosa*, aproxima-se da concepção de cuidado que Boff (2012b, p.37) descreve sendo uma *atitude diante da vida*, abrangendo muito mais do que um momento de zelo, ocupação e preocupação, mas de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Nesse contexto, a *solicitude amorosa* pode ser expressa pelo gesto de consideração ao outro e às suas necessidades, revelando uma dimensão ética alicerçada no reconhecimento da alteridade, e situando-se, portanto, no sentido oposto ao das posturas narcisistas (PLASTINO, 2009).

Ao comentar sobre conceito de *Hilflosigkeit*, Freud descreve o estado prolongado de vulnerabilidade e dependência do bebê humano em comparação com as outras espécies, mencionando que o ser humano é o mais desamparado de todos os animais no início de sua vida. Com base nisso, Rocha (2013) comenta que o valor do objeto responsável pelo cuidado inicial é demasiadamente importante para o sujeito, uma vez que foi o único capaz de protegê-lo contra os perigos da realidade externa e de substituir a vida intrauterina perdida. Segundo o autor, esse processo é o que cria a necessidade do ser humano de se sentir amado por outro, acompanhando-o ao longo de sua vida.

O cuidado, dessa maneira, pode ser visto como a expressão de solicitude e de dedicação do outro, que permite não apenas a subsistência do recém-nascido, mas, sob modalidades diversas, garante ao ser humano a aquisição de um sentimento de confiança e segurança, indispensável para enfrentar as dificuldades presentes ao longo de toda a sua existência (ROCHA, 2013).

É nesse sentido que Freud (1914b, p.104) comenta que, tudo o que uma pessoa possui ou realiza na vida, está relacionado ao remanescente do sentimento primitivo de onipotência que encontrava nas experiências iniciais de satisfação apoiadas no cuidado materno. Esse sentimento primitivo de onipotência pode ser compreendido com as experiências nas quais o bebê tinha todas as suas necessidades atendidas e encontrava-se

em um estado no qual o reconhecimento da mãe enquanto entidade diferenciada e total não havia sido estabelecida. Nesse caso, a criança desenvolve-se de uma maneira em que as faltas, as falhas e o sentimento de impotência não podem ser ainda percebidos. Nesse momento, o sentimento de onipotência que o cuidado materno proporciona se sobrepõe ao estado de desamparo, protegendo a criança das angústias impostas pela vida.

Em seu texto sobre o narcisismo, de 1914, Freud confere aos cuidados proporcionados pelos pais no início de vida do ser humano, os fatores que permitirão que a criança desenvolva a capacidade de reconhecer as qualidades que possui e as potencialidades para realizar as coisas diante do mundo. Freud caracteriza como *narcisismo primário* o nome desse processo de investimento afetivo dos pais à criança, tornando-a um sujeito detentor de todas as qualidades possíveis e perfeição.

Uma descrição sobre os fatores presentes nesse processo de cuidado, responsável pela constituição do psiquismo da criança, é apresentada por Freud (1914b, p.97-98) da seguinte maneira:

Se prestarmos a atenção à atitude dos pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma vivência e reprodução de seu próprio narcisismo, que há muito já abandonaram. O indicador digno de confiança constituído pela supervalorização, que já reconhecemos como um estigma narcisista no caso da escolha objetal, domina, como todos nós sabemos, sua atitude emocional. Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho [...] Além disso, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dela as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados.

Desse modo:

A criança terá mais divertimento que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer,

restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – ‘Sua Majestade o Bebê’, como outrora nós mesmos nos imaginávamos (FREUD, 1914b, p.97-98).

Nesse trecho, o autor comenta que o amor dos pais pela criança está relacionado à própria vivência deles no período de suas respectivas infâncias. Nesse sentido, a atitude emocional dos pais é caracterizada pela operação complementar em que oferecem ao filho o mesmo investimento narcísico que receberam na sua primeira infância, porém, apresentando-se em uma posição diferenciada ao passado, mas complementar com relação às necessidades do filho. Em outras palavras, essa atitude emocional dos pais proporciona um resgate do estado infantil que em alguma medida estava abandonado, podendo ser revivido na relação com o filho, agora na condição de sujeito responsável pelo cuidado. Esse estado de amor, em que se supervaloriza o sujeito amado, é responsável por propiciar a experiência de onipotência do bebê, preservando-o, nesse momento inicial de vida, das vicissitudes impostas pela vida, como a morte, a renúncia ao prazer e as restrições à vontade, que as leis da natureza e da sociedade mais tarde serão responsáveis por apresentar.

Entretanto, afastamento gradual do estado e da condição proporcionada pelo narcisismo primário, permite com que a criança possa se desenvolver e entrar em contato com os aspectos da realidade externa, sem mais a ilusão de onipotência que o cuidado integral dos pais proporcionava. Nesse sentido, os aspectos ligados à alteridade passam a vigorar na realidade do sujeito, ligando-se não apenas ao desejo pela busca da condição originária e do objeto primário perdido, mas fazendo com que ele se depare com os fatos de existência (FIGUEIREDO, 2009a).

Como citamos anteriormente, o processo de “descoberta” da alteridade implica também no reconhecimento do *confronto* e do *limite* na vida humana. A percepção do *outro* como alguém diferente, implica em considerar uma dimensão na realidade que escapa ao desejo do sujeito, comportando os aspectos humanos caracterizados pelas faltas e falhas, bem como os fatos da existência como finitude, a morte e Lei (FIGUEIREDO, 2009a; De MARTINI e COELHO JUNIOR, 2012)

Nesse contexto, o sentimento ou a ideia da possibilidade de perda do objeto amado, ou perda do amor desse objeto, significa para a criança uma fonte de grande angústia. Em uma nota de rodapé acrescentada nos “Três Ensaaios Sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud (1905b/1969, p.212) exemplifica a angústia em um menino de três anos, que precisa se certificar da presença desse objeto amado.

“Titia, fale comigo! Estou com medo porque está muito escuro”. E a tia respondeu: “De que lhe adianta isso? Você não pode mesmo me ver”. – “Não faz mal”, respondeu o menino, “quando alguém fala fica mais claro”.

Portanto, explica Freud (1905b/1969, p.212), o que o menino temia não era a escuridão, mas a ausência da pessoa amada, podendo acalmar-se tão logo uma prova dessa presença fosse dada. A perda do objeto amado representa para a criança, não apenas a perda de um suporte capaz de cuidar dela, mas, sobretudo, representa a confrontação com a realidade sem a possibilidade de recorrer às bases construídas no período da infância que se relacionavam com a provisão de experiências satisfatórias diante do estado de desamparo (*Hilflosigkeit*).

No entanto, na medida em que transcorre o processo de desenvolvimento, ocorre uma outra etapa de reconfiguração das relações interpessoais, em que outros elementos começam a tramitar no universo psíquico do indivíduo. Enquanto no início de vida a relação da mãe com seu bebê pode ser caracterizada em termos de uma díade (mãe-bebê), nesse momento um novo elemento surge, possibilitando com que ocorra uma relação em termos triangulares. Na concepção de Freud, o terceiro elemento – representado pelo pai –, é responsável pela instauração da lei simbólica que visa organizar as relações amorosas entre os seres humanos, permitindo com que a criança continue se diferenciando e se separando dos objetos sexuais primitivos. Freud nomeia as experiências decorrentes dessa triangulação como *complexo de Édipo*.

Apesar de Freud oferecer um estatuto teórico mais preciso à noção de “complexo de Édipo” apenas em 1910, ocupando um lugar de destaque na teoria psicanalítica, ele já reconhecia a ocorrência desse fenômeno na vida dos seres humanos desde sua correspondência com Wilhelm Fliess em 1897 (GARCIA-ROZA, 1984).

Em sua experiência clínica com os pacientes neuróticos, Freud deparou-se com a intensidade dos sentimentos despertados nessa etapa da vida infantil, representada pela ação dos complexos edípicos, na medida em que foi capaz de observar os ecos dessa relação na vida psíquica de seus pacientes adultos. Suas constatações não partiram da observação exclusiva das crianças que estavam passando por essa etapa em suas vidas, mas do trabalho de análise com o conteúdo infantil presente no paciente adulto, ou como prefere Minerbo (2012), na escuta da *criança-nesse-adulto*.

Em carta endereçada à Fliess, Freud (1897/1969, p.316) descreve a descoberta dos elementos relativos às vivências edípicas na vida da criança da seguinte maneira:

Um único pensamento de valor genérico revelou-se a mim, [...] a paixão pela mãe e o ciúme do pai, e agora considero isso como um evento universal do início da infância [...] Sendo assim, podemos entender a força avassaladora de *Oedipus Rex*. [...] a lenda grega capta uma compulsão que toda pessoa reconhece porque sente sua presença dentro de si mesma. Cada pessoa da plateia foi, um dia, em germe ou na fantasia, exatamente um Édipo como esse, e cada qual recua, horrorizada, diante da realização de sonho aqui transposta para a realidade, com toda a carga de recalçamento que separa seu estado infantil do seu atual.

Essa etapa na vida da criança pode ser compreendida como um terceiro momento em seu desenvolvimento afetivo. Enquanto no primeiro momento do desenvolvimento, representado pelos períodos mais iniciais de vida, o recém-nascido desfruta dos cuidados maternos relacionando-se com o objeto primário, criado por ele; em um segundo momento ocorre a “perda” desse objeto, que cede seu lugar na relação com a criança para a figura da mãe enquanto um sujeito total. Nesse terceiro momento, no entanto, surgem os elementos apresentados pela presença do pai, que atuam de forma a interceder na relação amorosa da criança com mãe, mas abrindo espaço para as relações sociais.

Como Freud (1914b/1969) menciona, o processo gradativo de afastamento das condições iniciais de cuidado, presentes no narcisismo primário, deslocam o investimento libidinal que antes estava sobre o ego da criança para um objeto fora dela.

Segundo o autor, esse momento decorre na vida psíquica da criança a partir da passagem de um “ego ideal”, possuidor de toda a perfeição e valor, para o “ideal de ego”, o qual sinaliza para a criança que a satisfação está na possibilidade de reencontro com as experiências passadas, agora situadas fora dela, na imagem ideal de um dos seus genitores.

Como cita Coelho Junior (2001), os processos de identificações do bebê com as pessoas que são responsáveis por cuidar dele ocorrem desde as etapas mais iniciais de vida e vão preparando o caminho para a etapa do complexo de Édipo, pedra angular da constituição da subjetividade para Freud. Seguindo o exemplo do que Freud nomeou de *forma positiva do complexo edípico*, temos a situação em que a criança sustenta ao mesmo tempo o desejo sexual pela mãe e a identificação com o pai. De acordo com o autor, na medida em que ocorre a necessidade de uma unificação da experiência psíquica, estes dois aspectos tendem a fundir-se, dando origem ao complexo de Édipo. É nesse momento que o pai passa a ser claramente um rival e a identificação pode adquirir um caráter hostil, que inclui movimentos de incorporação (querer ser como o pai) e substituição (querer ocupar o lugar do pai) (COELHO JUNIOR, 2001).

Ao comentar sobre a ação das experiências decorrentes no complexo de Édipo, Pellegrino (1983) menciona que esse momento representa a derradeira etapa de um progressivo e doloroso processo de separação para a criança, no sentido de que o complexo de Édipo obriga o ser humano a superar a infância, marcada por sua dependência da mãe e do desejo que sente por ela. Corresponde, nessa medida, a um segundo nascimento para o sujeito, uma segunda expulsão do paraíso.

Ao intervir na intensa relação da criança com a mãe, a função paterna tem como propósito permitir com que uma separação necessária ocorra, possibilitando com que a criança saia de sua condição de dependência do amor materno. Nesse sentido, o pai é responsável por interditar a relação de amor incestuosa da criança com a mãe, introduzindo em sua vida a lei da cultura.

A autêntica aceitação do interdito do incesto por parte da criança, de modo a torná-lo o nódulo crucial capaz de estruturar uma identificação posterior com os ideais da cultura, só é possível, como cita Pellegrino (1983), na medida em que ela seja amada e respeitada como pessoa na sua peculiaridade pelo pai e, antes dele, pela mãe. Como

diz o autor, é o amor materno que funda as bases da personalidade para que a criança possa vencer a angústia de separação, tornando-se um ser outro em respeito à mãe. Nesse sentido, o amor da mãe prepara o advento do terceiro elemento na relação, o pai, cuja entrada em cena por meio da estrutura triádica ajuda a criança a construir sua própria liberdade e autonomia (PELLEGRINO, 1983).

Se por um lado, esse momento no desenvolvimento da criança é representado pela separação do universo materno primitivo, por outro lado, a instauração da lei cultural permite com que um segundo nascimento ocorra, inserindo o sujeito no círculo de intercâmbio social comportado pela cultura. Segundo Pellegrino (1983), o pacto edípico, está sob a égide da concórdia, no qual a criança perde, mas ganha; em troca das renúncias que lhe são exigidas, ela tem o direito a um lugar na estrutura de parentesco na forma de filiação, bem como o acesso à ordem simbólica promovida pela cultura, além do que lhe é permitido para sobreviver e desenvolver-se, vivendo.

Na triangulação promovida pelo complexo de Édipo está presente o fato da criança ocupar em algum momento a condição do terceiro elemento, excluído da relação de amor dos pais. A interdição do incesto é derivada da experiência do menino de ter o acesso sexual à mãe barrado pela presença paterna. No entanto, essa perda que representa em alguma medida o fechamento de uma porta, possibilita a abertura de inúmeras outras portas no futuro. O *Édipo* proíbe o incesto, sem dúvida, mas permite todas as outras escolhas que não sejam incestuosas. A Lei do interdito existe, não para humilhar e degradar o desejo, mas para estruturá-lo, integrando-o no circuito do intercâmbio cultural (PELLEGRINO, 1983).

No pensamento freudiano, a instauração da lei da cultura, é caracterizada pela renúncia e pela repressão dos impulsos mais primitivos do homem, representados pelos impulsos sexuais incestuosos e agressivos. Na história do indivíduo, esse processo marca a passagem da vida regida pelo princípio do prazer e pela onipotência de seu desejo, sustentado pelo cuidado materno, para uma vida que o convida a se relacionar a partir do princípio de realidade.

Na medida em que esse complexo processo é atravessado pela criança e facilitado pelos pais, os aspectos relacionados ao estado infantil, além de renunciados enquanto propósitos de vida, sucumbem a uma espécie de amnésia, resultado do

trabalho de recalçamento das representações psíquicas dessas experiências fundamentais da vida infantil. Freud chamou esse tipo específico de amnésia de *amnésia infantil*.

Apesar dessas experiências serem constitutivas para o ser humano, favorecendo seu desenvolvimento durante a infância e capacitando-o para inserir-se no mundo humano, elas não são atravessadas de maneira tranquila e sem conflitos. O caráter tempestuoso dessas experiências pode ser bem representado pela deflagração de processos que embora traumáticos, são responsáveis por organizar e compor a personalidade do indivíduo.

Vemos em um primeiro momento a ação de um processo de recalçamento sobre as experiências e as representações do objeto primário, fonte total de satisfação e segurança para a criança, o qual cede lugar à imagem da figura da mãe enquanto um sujeito total. Em um segundo momento, vemos a ação de recalque, no entanto, sobre as experiências auto-eróticas e na trama passional, característica das relações marcadas pelo complexo de Édipo. Nesse sentido, a criança necessita, como bem coloca Pellegrino (1983), renunciar a todas essas atividades que são fontes de intenso prazer, e gradualmente reconhecer os contornos e os contrastes da realidade compartilhada, portadores de faltas e incertezas.

Esse momento é marcado pela confirmação à posteriori, daqueles elementos que tramitavam no universo psíquico a partir da “descoberta da alteridade”, e que imputavam ao sujeito as experiências de *confronto* e *limite*, tal como descreve Figueiredo (2009a).

Freud aponta para dois momentos fundamentais e diferentes em que o recalque atua no psiquismo do sujeito. A primeira ação do recalque age, como mencionamos anteriormente, sobre as experiências mais primitivas e originárias, relacionadas às vivências de satisfação essenciais à vida e no contato com o objeto primário. Como cita Ocariz (2003), esse recalque originário é um mecanismo fundante do sujeito, não podendo ser compreendido como uma contingência da biografia do indivíduo, ocorrida por acaso; mas sim como o elemento que funda o aparelho psíquico do ser humano. No entanto, uma vez que essa repressão originária é estrutural para o sujeito, não existe a possibilidade do processo psicanalítico levantá-la, ou suprimi-la, tal como pode ser efetuado com os conteúdos relacionados às repressões secundárias, ligadas aos

conteúdos da infância posterior à “perda” do objeto primário, como sugere Freud (1905b/1969).

A segunda ação do recalque age justamente sobre a representação dos conteúdos que estão ligados as relações eróticas, portanto pulsionais, com os objetos responsáveis pelo cuidado da criança. Nesse contexto estão além das experiências auto-eróticas, as relações de caráter incestuoso, bem como os conflitos instaurados pelo complexo de Édipo, que são desalojados da consciência do sujeito, utilizando o termo de Ocariz (2003).

A esse respeito, Mezan (1998) menciona que o *estado infantil* é a parte da vida do sujeito que se separa do restante por meio da força do recalque, fazendo com que os conteúdos desse período, fundamentalmente de caráter sexual, sejam alojados no inconsciente do sujeito, sofrendo os efeitos desse processo. Se por um lado, as representações dessas experiências infantis tornam-se inconscientes, por outro lado, seus traços continuam exercendo poder na vida afetiva do indivíduo, uma vez que o desejo adulto tem como base os elementos dos desejos infantis encaminhados para representações socialmente aceitas.

Na famosa “carta 52” escrita por Freud ao médico alemão Wilhelm Fliess, ele descreve que os elementos constitutivos do psiquismo, oriundos das experiências infantis, são alvos de sucessivos reordenamentos e novas transcrições em momentos diferentes e posteriores da vida do sujeito. Nesse sentido, em cada momento da vida esse material é submetido a novas traduções, fazendo da memória uma espécie de arquivo dinâmico composto de várias versões. O que é novo nessa concepção de Freud é a ideia de que a memória não se encontra em uma única versão, mas em várias, “transcrita em distintas classes de signos”. Esse processo, como cita Freud (1896/1969) é semelhante ao das lendas e mitos criados pelos povos antigos sobre o começo e a origem de suas histórias, cujos fatos se perderam nas brumas do passado e dos quais persistem vagos fragmentos, submetidos a constantes remanejamentos, dos quais se encontram em formas variadas, porém com certa semelhança entre as culturas.

Desse modo, podemos compreender que o cuidado essencial que a mãe oferece ao seu bebê é responsável não apenas por garantir a sua sobrevivência e favorecer seu desenvolvimento físico e cognitivo, mas institui a condição de torná-lo um sujeito

desejante. Em outras palavras, a solicitude amorosa, presente no cuidado que os pais oferecem ao filho, é condição para o desenvolvimento de sua capacidade de desejar e amar.

Freud demonstra que o processo de desenvolvimento humano, sustentado pela possibilidade de acolhimento e ajuda de alguém que exerça as funções exigidas para essa tarefa, não é um processo simples, tampouco tranquilo para a criança. Nesse caso, o desejo que movimenta o ser humano está sempre ligado à tentativa de reencontrar algo que foi perdido, nesse caso, não apenas pelo recalque, mas pela própria condição de reconhecer na alteridade um enigma, uma fonte de questões, um outro que revela a incompletude do ser humano e que é o motor da capacidade de desejar.

Nesse sentido, Nogueira (2004) comenta que,

o desejo, ao mesmo tempo que nos movimenta, nos angustia, porque nós desejamos aquilo que nos falta [...], a doença [relacionada ao sofrimento neurótico] tem a ver com esse problema da nossa constituição mesma. Então não podemos falar, de fato, em re-estabelecimento de algo perdido, porque nós não vamos poder recuperar esse perdido: ele nos constitui. Ele não é um defeito. O desejo não é um defeito, mas traz problemas (p.93-94)

Os pais, ou quem exerce essa função de cuidado, executam essas tarefas sem ter consciência do que estão de fato proporcionando ao bebê. Nas palavras de Freud (1905b/1969), os cuidados que a criança recebe de quem a assiste são fontes incessantes de excitação e satisfação, ainda mais que essa pessoa, normalmente a mãe, contempla a criança com seus próprios sentimentos derivados de sua vida erótica, de forma que as carícias, os beijos e embalos podem ser encarados como substitutos de um objeto sexual legítimo. Segundo o autor, a mãe provavelmente se horrorizaria se lhe fosse esclarecido que todas as suas expressões de ternura estaria despertando os impulsos sexuais de seu filho e preparando-o para a vida posterior.

A esse respeito, Laplanche (1985b) menciona que existe uma sedução na qual não escapa praticamente nenhum ser humano, que é a sedução dos cuidados maternos. De acordo com o autor, os primeiros gestos da mãe em sua relação com a criança, são

necessariamente impregnados de sexualidade, constatação essa que coincide com o que a psicanálise formula a respeito da polarização da sexualidade infantil nas ‘zonas erógenas’, por exemplo.

Dessa maneira, ao postular os conceitos fundamentais ligados ao papel da mãe na formação da subjetividade do bebê, o pensamento freudiano aponta para uma compreensão que evidencia o *outro* na emergência do indivíduo, uma vez que ele não nasce constituído, mas emerge dessa relação. Todavia, ao mesmo tempo em que se assinala o caráter constitutivo do *outro* na emergência do sujeito, essa experiência fornece base sólida para afirmar uma singularidade e uma originalidade em cada sujeito (PLASTINO, 2009).

As questões apontadas aqui demonstram, como ressalta Plastino (2009), que o saber produzido pela psicanálise a respeito das funções e vicissitudes das experiências de cuidado na formação do sujeito permite pensar em uma modalidade não determinista de inserção do homem na natureza. Entretanto, trata-se de uma inserção marcada por complexas vivências de encontros e desencontros, de experiências de saciedade e frustração, de estados de completude e faltas, mas que permitem com que o sujeito construa sua história e sua subjetividade.

A contribuição que essa perspectiva psicanalítica oferece ao tema do cuidado no desenvolvimento humano permite-nos compreender que além de promover e preservar a integridade e a dignidade do sujeito nas etapas iniciais de vida, preparando-as para as futuras, as ações do cuidado são responsáveis por despertar e atrair os elementos relativos à atividade sexual e ao desejo humano. Nesse sentido, ao ser retirada de seu estado de desamparo inicial os pais proporcionam a criança um encontro marcado pelo envolvimento afetivo, permitindo que experiências fundamentais de prazer e satisfação ocorram e sejam registradas em seu psiquismo ainda em construção. É por meio dessas vivências, ocorridas no encontro humano, que o sujeito constrói um modo de se relacionar com o mundo e consigo mesmo, sendo orientado pelos traços que foram impressos no seu psiquismo. No entanto, o percurso da vida afetiva apresenta suas maiores turbulências, inclusive levando o indivíduo a adoecer, quando ele se vê confrontado com a impossibilidade de encontrar ou substituir os objetos e as experiências de satisfação de sua infância por outras aceitáveis pela cultura, tal como ocorre a partir dos interditos instaurados pelo complexo de Édipo. A clínica proposta

por Freud visa intervir nesse contexto, auxiliando o paciente a resolver os conflitos psíquicos que se instalaram nessas circunstâncias.

2.4 – A escuta do desejo e a consideração à realidade psíquica na clínica freudiana.

Desde seu trabalho sobre a “Sexualidade na Etiologia das Neuroses” (1893), Freud já refutava a tese amplamente difundida no meio científico sobre a predisposição à doença neurótica baseada na indicação de uma degenerescência geral, de maneira que insistiu no fato de que a etiologia da neurose parecia residir nas experiências vividas na infância e nas impressões concernentes à vida sexual (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A experiência clínica de Freud diante do inconsciente dos pacientes acometidos pela neurose revelou que os conteúdos oriundos das experiências traumáticas possuíam uma complexidade maior do que aqueles observados por Charcot e Breuer. Nas falas e lembranças relatadas por essas pessoas, Freud observou que se intensificavam a presença de elementos cujas temáticas aproximavam-se de conteúdos sexuais. Ao mesmo tempo em que os conteúdos inconscientes apresentavam elementos eróticos, as lembranças das experiências traumáticas começaram a regredir cronologicamente ao ponto em que chegaram a situações ocorridas na época da infância dos pacientes.

Nesse momento da história da psicanálise, a lógica que rege a compreensão sobre a origem e o funcionamento dos quadros de neurose, conhecida como *teoria do trauma*, começa a relacionar-se não mais com eventos acidentais e diferenciados, ocorridos na vida dos pacientes, sendo responsáveis pela intensa mobilização de afetos desagradáveis, mas com conteúdos específicos, comportando temáticas sexuais, delegados à época da infância.

Essa situação revela que a causa dos sintomas da neurose estava ligada a experiências sexuais traumáticas, sofridas pelo paciente no período de infância, e cometidas por algum adulto no qual possuía considerável afinidade. Não se tratava, portanto, de abusos perpetrados por pessoas desconhecidas, mas por pessoas de real importância e proximidade do sujeito, como seus próprios pais, por exemplo. Essa compreensão ficou conhecida como *teoria da sedução*, sustentando que a raiz

traumática da neurose está relacionada a vivências de sedução provocadas na criança por alguém responsável por seu próprio cuidado.

Esse momento, no entanto, representa um impasse no desenvolvimento do trabalho terapêutico e investigativo de Freud, forçando-o a rever e repensar o estatuto da teoria do trauma e da sedução, bem como deparar-se com elementos importantes para compreensão do psiquismo humano e do processo de adoecimento neurótico.

Compreendemos que o primeiro passo no caminho do abandono e rejeição da teoria da sedução foi a percepção de Freud, de que a quantidade de pacientes acometidos pela neurose deveria trazer consigo um número equivalente de pais abusadores, fato que revelaria um cenário atormentador não apenas na realidade das famílias tradicionais europeias, mas na população em geral. A equivalência de uma situação como essa nos dias atuais poderia ser descrita como a ocorrência de uma família abusadora para cada caso de depressão, considerando a depressão uma psicopatologia de grande incidência na população mundial na atualidade. Esses dados apontariam para o predomínio de situações de violência sexual familiar sobre a doença mental com maior incidência na população, o que seria alarmante e colocaria a perversão como principal psicopatologia tanto na atualidade como na época de Freud. Todavia, mesmo considerando a ocorrência dessas situações em algumas famílias e a possibilidade de acobertamento desses fatos, característico nesse tipo de violência, uma problemática nessas proporções manifestaria seus indícios de outra forma, passível de ser identificada pelas autoridades legais. Diante dessa hipótese improvável, Freud se deu conta que estava diante de um elemento importante na vida psíquica do neurótico, a saber, o componente erótico e seu caráter indiscriminado entre realidade e fantasia, bem como sua relação com a manifestação da doença.

Laplanche (1985b) comenta que no tratamento das pacientes histéricas pelo método hipnótico, a cena de sedução era comum, fazendo com que Freud tentasse remontar as cenas e as sucessões dos episódios em uma série que o permitisse encontrar algum acontecimento análogo, anterior à cena tardia, mais precoce e mais traumatizante. Essa procura apaixonada pelas cenas, como se refere o autor, e, em última instância, por uma cena primitiva, deveria terminar na desilusão dramática expressa na carta a Fliess de 21 de setembro de 1897.

Nessa carta, Freud relata que à medida em que o tratamento da neurose avançava, os pacientes apresentam maiores dificuldades em distinguir a natureza de determinadas lembranças, sobretudo, aquelas que envolvem a temática sexual. Ele observa que as memórias que envolvem determinadas situações ou pessoas investidas de considerável afeto, tendem a manifestar-se de uma forma em que a verdade e a ficção apresentam-se indiscrimináveis. Esse fato revela, como menciona Freud (1897/1969), que os elementos presentes no inconsciente do paciente não possuem indicações de realidade, podendo construir fantasias com temáticas eróticas associadas às figuras de referência de afeto, como os pais. Nesse sentido, complementa o autor, a fantasia seria responsável pela construção da suposta lembrança ocorrida em períodos longínquos da infância, do paciente ter sofrido passivamente as investidas sexuais de um adulto.

A respeito desse momento, Laplanche (1985b) cita que Freud apresenta, contra sua própria teoria, objeções à impossibilidade de remontar a “cena traumática”, assim como argumentos quanto à impossibilidade de admitir uma tal frequência da perversão nos pais; no entanto, essa carta surge anunciando uma grande descoberta e abrindo, através de seus obstáculos, o caminho para a fantasia, caminho verdadeiramente “real” da psicanálise, no qual se sustentará a análise dos sonhos.

Uma vez que fator traumático desencadeador da neurose não está mais relacionado com eventos factuais, vivenciados de forma concreta e objetiva pelo indivíduo, não significa que se tornaram menos dolorosos, ou que possuem um potencial nocivo menor a sua vida psíquica. A esse respeito, Roudinesco (2000) cita que é preciso discernir essas duas ordens de realidade, frequentemente superpostas, e de compreender que as violências psíquicas ou as torturas morais podem ser sentidas como tão atroz quanto os abusos sexuais diretos. Dito de outra maneira, a negação da ordem da subjetividade, que comporta a fantasia, traz o risco de provocar uma ferida tão mutiladora no sujeito quanto a negação de um abuso real.

Apesar de Freud ter abandonado a *teoria da sedução*, o conhecimento que se pode obter por meio dela demonstra que a sexualidade possui um potencial traumático para o ser humano e, logo, está relacionada à formação da neurose. Isso significa que as experiências sexuais, situadas na infância sob a *fantasia* do adulto abusador, estão ligadas à maneira como o paciente, enquanto criança, viu-se confrontado com os aspectos relacionados à sua própria sexualidade, diante das pessoas em que investia seus

afetos de maneira mais intensa, como o caso dos pais. Mencionamos anteriormente [ver 2.3] que a sexualidade infantil, na medida em que se relaciona com as experiências de satisfação é, não apenas marcada, mas despertada pelo cuidado que os pais proveem à criança, sofrendo o processo de recalque que acompanha a inserção dela na cultura e nas normas sociais regidas, sobretudo, pela proibição do incesto.

Do ponto de vista psicoterapêutico, a proposta baseada na possibilidade de montagem e rememoração da “experiência traumática”, seguido da consequente *ab-reação* do afeto desligado da representação, precisou ser repensada frente a esse novo panorama. Nesse contexto, as fantasias contendo os elementos eróticos presentes nas falas e nos sonhos dos pacientes, ainda que se comportassem como “corpos estranhos” em seu psiquismo, não possuíam a mesma dinâmica, colocando em cheque a possibilidade de *ab-reação* do afeto. Diferentemente da cena traumática, as fantasias de caráter erótico envolvendo a figura dos pais, aproximavam-se mais da produção da própria subjetividade do paciente do que de um fato ocorrido na realidade concreta.

Compreendemos que, ao enfatizar os aspectos ligados às fantasias nos processos de adoecimento psíquico, a posição de Freud não pode ser considerada como uma atitude negligente frente ao sofrimento daqueles sujeitos que foram de fato vítimas de abusos sexuais cometidos pelos pais ou daqueles que foram privados de *uma ajuda alheia especializada que esteja voltada para o estado infantil e que seja capaz de oferecer atenção e experiências específicas adequadas*. Ao enfatizar esses aspectos, Freud não despreza a ocorrência, nem os sofrimentos derivados das situações de abuso sexuais ou abandono cometidos pelos pais.

Acreditamos que esse impasse no desenvolvimento da teoria psicanalítica está presente em quase todos os processos de desenvolvimento dos métodos terapêuticos e mesmo de pesquisa, nos quais o pesquisador opta por se aprofundar em determinado aspecto psicopatológico, sem menosprezar as particularidades ou a legitimidade das outras psicopatologias. Vale ressaltar que, conjuntamente às elaborações realizadas por Freud sobre as características presentes no psiquismo dos pacientes acometidos pela neurose, vemos os trabalhos do psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, que inspirado nas ideias freudianas, desenvolveu uma clínica psicanalítica focalizando a condição emocional dos pacientes que não tiveram a oportunidade de receber os mesmos

cuidados no início de vida, apresentando-se psiquicamente de uma maneira diferente aos quadros neuróticos.

Essa ressalva é importante para não recairmos em uma posição pré-conceituosa de que a psicanálise, por se propor a trabalhar com a subjetividade e, mais radicalmente, com as fantasias que derivam dos desejos inconscientes, desprezaria a ocorrência das situações de violência sexual.

Winnicott (1960) menciona que os estudos de Freud partiram do tratamento de pacientes que puderam ter experiências de cuidados satisfatórios no início de vida e apresentaram sofrimentos em etapas posteriores do desenvolvimento emocional primitivo, fundamentalmente diante dos conflitos psíquicos relacionados à sexualidade e aos aspectos ligados à frustração e ao desejo. Como pode ser visto ao longo de sua obra, Freud não se propõe a realizar um estudo aprofundado sobre os efeitos da experiência de desamparo no psiquismo humano. Notamos que para o autor, o estado de desamparo inicial do ser humano (*Hilflosigkeit*), pode ser entendido como a condição de abertura na qual o gesto de cuidado da mãe, ou quem exerce essa função, pode ser suscitado, promovendo o encontro. Assim sendo, o desamparo aparece atrelado à possibilidade de ajuda alheia especializada, oferecendo à criança um lugar no desejo dos pais e no mundo e garantindo-lhe a vida e a dignidade.

Diante da impossibilidade de remontar a cena traumática, como propunha o trabalho psicoterapêutico baseado na teoria do trauma, bem como da admissão da neurose ser proveniente das investidas sedutoras de pais perversos, a fantasia passa adquirir uma função central no trabalho psicanalítico e um estatuto de realidade para o sujeito, tal como se organiza a *realidade psíquica* nos sonhos, diferenciando da *realidade objetiva*.

A respeito do termo *fantasia*, Laplanche e Pontalis (1982) mencionam que Freud utiliza a palavra alemã *phantasie* no sentido de se referir ao mundo imaginário, aos seus conteúdos e à atividade criadora presentes no psiquismo humano. O termo fantasia evoca a oposição entre imaginação e realidade percebida objetivamente, conduzindo para uma concepção na qual o psiquismo humano é habitado por uma produção ilusória que descarta a apreensão correta do real. Segundo os autores, no plano clínico, a

realidade aparentemente factual dos conteúdos trazido pelo pacientes, não passam de elementos que revelam sua *realidade psíquica* em contraposição a realidade dos fatos.

A obra “A Interpretação dos Sonhos” (1900) pode ser considerada um marco na compreensão dos processos inconscientes e na *realidade psíquica* do ser humano. Nesse trabalho, Freud considera que os sonhos não são resultados de meras atividades fisiológicas, tampouco estão relacionados a concepções místicas e esotéricas. Uma vez que os sintomas neuróticos revelam a presença de sentidos inconscientes, relacionados a experiências traumáticas, os sonhos apresentam uma dinâmica semelhante, possuindo sentidos ocultos por detrás de suas imagens e histórias, e tendo como base a vida afetiva do sujeito.

Quando o indivíduo adormece, seu psiquismo encontra-se livre das ações que os mecanismos de censura impõem às representações que foram removidas da consciência por força do recalque e que operam quando se está em estado de vigília. Esse estado de relaxamento das defesas psíquicas que o sono induz, permite que os conteúdos inconscientes possam emergir com mais facilidade e se manifestem na forma das imagens e do enredo produzido pelo sonho. As histórias e as figuras que compõem o sonho e que são lembradas quando a pessoa acorda são, de acordo com Freud (1900/1969), substitutos deformados dos conteúdos inconscientes que o *processo onírico* modificou para preservar o sono e o sujeito, do caráter ameaçador do aparecimento desses conteúdos em seu estado bruto.

É a partir do relato do “sonho de Irma” que Freud propõe um olhar diferenciado sobre os sonhos e uma sistematização para sua análise. Na medida em que desenvolve a análise desse seu próprio sonho, demonstra que os conteúdos que vão surgindo e compondo o seu enredo, podem ser associados e relacionados a outras ideias e situações presentes em sua vida, sem a necessidade de outra pessoa que interfira na condução ou direcionamento do processo de rememoração desses conteúdos. Essa proposta, que se diferencia dos métodos de trabalho anteriores, demonstra que a associação de ideias e impressões do paciente, relacionadas aos conteúdos dos sonhos, conduz a fantasias e desejos que embora não estivessem explicitados no sonho, aparecem neles de maneira *latente*, constituindo, todavia, o núcleo de uma experiência na qual deriva o sonho *manifesto*, e que é lembrado pelo sujeito em vigília.

Tal como na formação do sintoma neurótico, em que o afeto desligado da representação recalçada é atraído e vincula-se a uma nova representação, a qual não apresenta perigo para o sujeito; no sonho, o afeto desvincula-se da mesma maneira e desloca-se, ligando-se às imagens e personagens presentes no sonho, sendo essas aceitáveis à consciência e, logo, não barradas pela ação das resistências psíquicas.

Do ponto de vista metodológico, a grande descoberta de Freud nesse momento diz respeito à possibilidade de conduzir o tratamento com base eminentemente na fala dos pacientes, sem a necessidade do uso da hipnose. Nesse contexto, a orientação para o paciente falar e associar livremente, independente se julgar desnecessário o que vier a sua mente, revela, além de um princípio metodológico, um princípio ético, no qual o analista coloca-se disponível para tudo escutar, inclusive aquilo que o próprio paciente recusa em aceitar, acolhendo e considerando esses conteúdos de maneira que não os submeta a julgamentos pessoais e morais.

Ocariz (2003) menciona que as contribuições decorrentes da “Interpretação dos Sonhos” podem ser consideradas como uma ruptura epistemológica no processo de construção da ciência. É nesse contexto em que a formulação do inconsciente enquanto estrutura psíquica humana ocorre, atribuindo aos seus conteúdos não apenas um aspecto descritivo, no sentido de não serem conscientes, mas sistemáticos, dotados de um modo de funcionamento diferenciado ao restante dos conteúdos psíquicos. Com essas formulações decorrentes dessa obra, a psicanálise se distancia consideravelmente da psicologia descritiva da consciência.

No “sonho de Irma”, Freud apresenta uma história aparentemente comum não fosse por alguns indícios que lhe despertava certa angústia. Ao debruçar-se sobre os conteúdos, associando e percebendo o que eles lhe suscitavam, notou que além das imagens se relacionarem com situações factuais ocorridas na véspera do sonho, os sentidos subjacentes a elas, apontavam para outras experiências, que se ligavam a questões íntimas da vida afetiva de Freud. Desse modo, deparou-se com conteúdos que revelavam a presença de desejos inconscientes, aos quais nem mesmo ele tivera pensado ou tido acesso antes, mas que ao entrar em contato, constatou que possuíam grande veracidade.

Por meio da dinâmica do sonho, e de forma semelhante à dinâmica do sintoma, é possível compreender o funcionamento do psiquismo humano a partir de dois níveis diferentes, que interagem entre si. Do ponto de vista topológico, o primeiro nível, descrito por Freud como “processo primário”, relaciona-se com a parte inconsciente do psiquismo, onde se encontram as representações que foram desalojadas da consciência por força do recalque. No segundo nível, encontram-se os “processos secundários”, que dizem respeito à parte consciente e pré-consciente do psiquismo, responsáveis pelas funções que operam no indivíduo em seu estado de vigília, como o pensamento, a atenção, o raciocínio e a ação intermediada pelo juízo.

Do ponto de vista econômico do psiquismo, o processo primário é caracterizado pelo livre escoamento dos afetos, que passam sem impedimentos de uma representação para outra, segundo modelos de *deslocamento* e *condensação* (LAPLANCHE; PONTALIS, 1982). Esse processo inconsciente é regido pelo princípio da obtenção de prazer e evitação do desprazer, de modo que o sonho, com seus conteúdos específicos, surge como o meio mais curto para a vivência de satisfação, já que ele é responsável por construir uma cena mental para que essa experiência possa ocorrer, mesmo que de forma aparentemente ilógica e não concreta.

Em contrapartida, os processos secundários são reconhecidos, do ponto de vista econômico do psiquismo, por sua necessidade de adiamento da experiência de satisfação pelas vias mais diretas, de forma que o investimento afetivo possa ocorrer a partir de representações que ofereçam uma maior estabilidade ao psiquismo, não o deixando à deriva da impulsividade imposta pelo princípio do prazer. O adiamento da satisfação está relacionado à possibilidade do sujeito encontrar meios e caminhos diferentes para sua satisfação, submetendo-se ao princípio de realidade. Nessa perspectiva, o trabalho realizado pelo processo secundário, constitui uma função reguladora ao princípio do prazer, permitindo com que o funcionamento psíquico adquira uma maior organização, e possa interagir com os elementos da realidade externa de forma mais estável.

Desse modo, Laplanche e Pontalis (1982) comentam que o estudo da formação dos sintomas e a análise dos sonhos, levaram Freud a reconhecer um tipo de funcionamento mental que apresenta seus próprios mecanismos, sendo regido por leis que se diferem totalmente dos processos do pensamento, cujo foco é alvo de estudos do

campo da psicologia tradicional. Segundo os autores, esse modo de funcionamento, particularmente evidenciado pelo sonho, caracteriza-se não por uma ausência de sentido, como afirmava a psicologia clássica, mas por um incessante deslizar e ocultar de sentidos.

Freud comenta que:

se adotarmos o método da interpretação de sonhos [...] verificaremos que os sonhos têm mesmo um sentido e estão longe de constituir a expressão de uma atividade fragmentária do cérebro, como têm alegado as autoridades. Quando o trabalho de interpretação se conclui, percebemos que o sonho é a realização de um desejo (FREUD, 1900/1969, p.155).

Tal como os sintomas na histeria não podem ser considerados como simples manifestações de desordens orgânicas, os sonhos também não se resumem a expressões da atividade cerebral em termos do funcionamento fisiológico. Em ambos, a vida afetiva do paciente encontra uma via de expressão e busca de sentido. Essa vida afetiva, no entanto, é marcada pelo desejo humano em sua forma mais bruta, aquém dos processos intermediados pela razão e pelo pensamento, impostos pela cultura.

Acerca do processo de apreensão dos sentidos relacionados à realidade psíquica dos pacientes, Roudinesco (1998) cita que a comunicação e as associações provenientes dos sonhos, por parte do paciente, e a escuta decorrente dessas falas, por parte do analista, puderam se tornar mais livres e espontâneas, em comparação às restrições impostas à fala e aos pensamentos dos pacientes no método hipnótico e na sugestão, favorecendo a diminuição das resistências e a compreensão dos processos envolvidos em suas tramas emocionais. Desse modo, ao abandonar os métodos sugestivos, Freud (1900/1969, p.298) descobre no modelo de interpretação dos sonhos, "a estrada real para o conhecimento das atividades inconscientes da mente humana".

Uma característica essencial presente na ação das fantasias na realidade psíquica do sujeito está relacionada, como cita Mezan (1998), não apenas à produção de imagens ou representações mentais, mas ao fato de trazerem consigo sempre uma disposição mental ao agir, no sentido de serem atravessadas pela ação de um desejo que encontra

em uma atividade do pensamento, como o sonho, um espaço substituto para sua realização.

Freud demonstra que a compreensão sobre os estados de adoecimento psíquico, como os encontrados na neurose, bem como a possibilidade de tratá-los, ocorre por meio da escuta de um saber que o paciente traz sobre si mesmo, ainda que esse saber não lhe seja prontamente acessível, como é o caso do inconsciente.

Sua posição com relação ao trabalho com as neuroses pode ser caracterizada por uma modalidade de observação e escuta rigorosa, assim como o desenvolvimento de uma compreensão sistemática sobre os elementos e os fenômenos do quais ia se deparando, partindo das manifestações sintomatológicas e dos aspectos conscientes dos pacientes, adentrando-se no universo habitado pelos processos inconscientes.

Por outro lado, essa posição pode ser vista também, como a possibilidade de abertura e disponibilidade sensível para as manifestações subjetivas dos pacientes, acolhendo-as sem a proposta de corrigi-las ou julgá-las, mas de poder dar a elas um lugar de expressão e de ressignificação.

Nesse sentido, o trabalho psicanalítico desenvolve-se a partir da destituição de uma postura pragmática de tratamento, em que a orientação do processo de cura estava sob o domínio do médico, restando ao paciente submeter-se a uma verdade imposta por outro, fora de si. A neurose demonstra que esses procedimentos ditos tradicionais, muito antes de cuidar do paciente, produz uma relação em que o processo psicopatológico e suas origens são mais uma vez ocultados pela razão médica, que busca nas evidências fisiológicas e no comportamento supostamente desajustado do paciente o foco de sua ação. Como menciona Kupermann (2008a) a constituição de um “novo saber”, proposto pela psicanálise acerca da realidade psíquica do sujeito e sua dimensão inconsciente, inaugura uma ética psicanalítica, afastando-a de qualquer concepção adaptativa e moralizante sobre o ser humano.

Como cita Roudinesco (1998, p.69), o sujeito freudiano é um sujeito livre, dotado de razão, mas cuja razão vacila no interior de si mesma; sendo que é de sua fala e de seus atos, e não de sua consciência alienada, que pode surgir o horizonte de sua cura. Esse sujeito, complementa, não é o indivíduo cérebro-espinha dos fisiologistas, nem o sonâmbulo dos hipnotizadores, é um ser falante, capaz de analisar a significação

de seus sonhos, em vez encará-los como vestígio de uma memória genética. Ele recebe os limites de uma determinação fisiológica, química e biológica, mas também de um inconsciente concebido em termos de universalidade e singularidade. Nesse sentido, a psicanálise pode ser vista como um avanço da civilização contra a barbárie (ROUDINESCO, 1998, p.70).

2.5 – Perspectivas sobre o cuidado no desenvolvimento da clínica freudiana.

Realizamos um breve percurso histórico a respeito dos elementos e dos impasses que Freud se deparou na criação do dispositivo psicanalítico para o tratamento das enfermidades psíquicas, sobretudo os casos de neurose encontrados em sua época. Apesar desses elementos se situarem no que poderíamos chamar de pré-história da psicanálise, são eles responsáveis por trazerem contribuições fundamentais para a constituição das bases do pensamento e da clínica psicanalítica, mesmo considerando as evoluções posteriormente realizadas.

Mezan (1988) cita que uma das dimensões epistemológicas fundamentais da psicanálise diz respeito a uma concepção de processo psicoterapêutico, considerando seus elementos e fundamentos. Essa concepção pode ser entendida como as formas e modalidades de intervenção capazes de modificar, em certa medida, o funcionamento psíquico do paciente, bem como os obstáculos que se antepõem a esta finalidade, tanto do lado do analista quanto do lado do paciente. É nesse ponto, como menciona o autor, que se situam as noções que formam a base da clínica psicanalítica, como a noção de transferência, resistência e interpretação, por exemplo.

Foi ao se atentar para a qualidade dos afetos que se manifestavam nos pacientes ao longo do desenvolvimento do processo psicoterapêutico, que Freud deparou-se com a presença de um aspecto emocional bastante marcante em suas dinâmicas psíquicas. Como havíamos mencionado anteriormente, desde 1895 já se havia constatado que algumas modalidades de afeto, quando desligadas da representação de origem, ao invés de sofrerem o processo de deslocamento, ligando-se a novas representações, como no caso da neurose obsessiva, ou mesmo serem alvos do processo de conversão, recaindo sobre o corpo e formando o sintoma histérico, passavam por um processo no qual esses afetos se ligavam à figura do médico.

No momento em que vigorava o método catártico no tratamento das neuroses, do ponto de vista teórico essa condição psicopatológica era compreendida como resultante do estrangulamento de afetos relacionados a eventos traumáticos, que por sua vez, produziam os sintomas no corpo ou na mente do paciente. Enquanto isso, do ponto de vista técnico, a proposta psicoterapêutica para essa psicopatologia, visava pressionar o paciente para que pudesse recordar os eventos traumáticos vividos, religando o afeto que ficou perdido à representação original da experiência recalcada. No entanto, como cita Minerbo (2012), tudo poderia caminhar bem nessa perspectiva, não fosse pelo fato de que em determinado momento, um elemento afetivo surgia no processo psicoterapêutico, impedindo com que o paciente prosseguisse com suas falas e suas recordações. Freud percebeu que o que impedia o trabalho de rememoração não se tratava de um obstáculo de natureza interna, mas de natureza externa, relacionado aos afetos despertados nos pacientes junto à pessoa do médico. Nesse sentido, apresentavam-se, na relação do analisando com o analista, sentimentos como mágoa, medo e até apaixonamento, comportando representações de caráter penoso ou erótico, que agiam dificultando ou inibindo o paciente de dar prosseguimento à atividade de rememoração (MINERBO, 2012).

Portanto, surgia nesse contexto, uma “falsa-ligação” como sugere Freud (1895c/1969), na qual a figura do analista ligava-se a uma figura do passado do paciente, tornando-se, dessa forma, alvo dos investimentos afetivos cuja origem estava relacionada à outra pessoa. A compreensão sobre os motivos que levaram o desligamento dos afetos, que agora surgem na transferência (*Übertragung*), de suas representações originais, relaciona-se ao caráter proibido, ou inaceitável da vivência desses afetos com relação a determinadas figuras, fazendo com que a representação desses desejos fosse desalojada da consciência, todavia, retornando sob as condições facilitadoras da análise (FREUD, 1985c/1969).

Diante dessas condições, sobretudo na medida em que o paciente deixa de contribuir com o material psíquico necessário para o desenvolvimento de seu tratamento, os problemas de ordem técnica se impõem e fazem da transferência uma forma de resistência poderosa ao trabalho analítico, muito mais do que as resistências comuns, que se encontram na atividade de fala e rememoração das experiências traumáticas.

Não é à toa, como se refere Laplanche e Pontalis (1982), que até esse momento da história da psicanálise, Freud compreendia como função do analista, intervir de modo a manter e restaurar uma relação terapêutica fundada na cooperação confiante do paciente no processo analítico, sem considerar ainda a influência da transferência.

Dentro de uma tradição médica, em que o paciente procura a ajuda de um especialista com a finalidade de livrar-se de determinado tipo de sofrimento, essa ajuda só se efetiva na medida em que o próprio paciente é capaz de ser colaborativo tanto com o processo diagnóstico, quanto com o tratamento. Isso consiste em relatar da forma mais completa possível as questões relativas ao seu quadro de sofrimento e permitir com que o médico possa examiná-lo e tratá-lo, coletando informações necessárias para auxiliá-lo no processo de cura. No caso da psicanálise, sobretudo com o advento da transferência, a colaboração incondicional do paciente, diferenciando-se da tradição médica, começa a ficar em questão. Nesse caso, além dele resistir a aproximar-se do núcleo patogênico dos seus sintomas, a transferência reveste a figura do analista de elementos que o inibem de revelar seus pensamentos, lembranças e fantasias, já que não se trata apenas de lidar com a pessoa do analista, mas sim, com a presentificação de representações do passado, que mobilizam no paciente, sentimentos de vergonha e medo, por exemplo.

Diante disso, como menciona Freud, “nada restou do deliciosamente calmo curso dos acontecimentos, tal como era realizado na clínica da sugestão” (1914a/1969, p.165), em que os pacientes apresentavam-se de maneira colaborativa, estando totalmente sujeitos às intervenções e aos comandos do médico.

No início da obra de Freud, é possível notar, como menciona Laplanche e Pontalis (1982), que a transferência não surge fazendo parte da essência da relação terapêutica, mas apenas se tratando de um mecanismo de deslocamento semelhante à construção dos sonhos, em que o afeto é deslocado de uma representação para outra, comumente representada pela imagem de restos diurnos.

A respeito desta “falsa-ligação” que a transferência representa, Minerbo (2012, p.20) comenta que esse enlace afetivo na relação com o analista possui uma dimensão dupla em que, de um lado o passado é confundido com o presente; e de outro, a pessoa do médico com outra. Segundo a autora, o conteúdo recalcado que se apresenta na transferência comporta-se como um fragmento semelhante a um “elo perdido”, no qual

sua revelação permite “matar a charada, ligando o presente ao passado” na vida emocional do paciente. Mais precisamente, o fenômeno da transferência, como foi observado por Freud, revela consigo um aspecto mais radical, pois ele implica na desconstrução de categorias temporais que até então estavam muito bem definidas em sua causalidade linear, de forma que os elementos do passado e do presente podem sobrepor-se um ao outro na vida do sujeito (MINERBO, 2012).

Em 1905, além da publicação dos “Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade”, em que Freud formaliza sua teoria sobre a sexualidade infantil e a relação dessas experiências com a constituição da subjetividade do ser humano, é publicado um caso clínico denominado “Fragmentos da Análise de um Caso de Histeria”, o qual descreve o desenvolvimento da análise de uma paciente nomeada Dora. Segundo Kupermann (2008b), foi apenas a partir do tratamento de Dora, com o amadurecimento da teorização do complexo de Édipo na constituição da subjetividade, que Freud dispôs de elementos suficientes para conceber a transferência ao analista como uma forma de reedição ou de atualização das *imagos* parentais no “aqui e agora” da sessão analítica.

No contexto da análise da paciente, Freud define o fenômeno da transferência como:

[...] reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico (1905c/1969, p.111).

A partir da análise desse caso, o fenômeno da transferência deixa de ser considerado meramente um mecanismo de deslocamento, em que a pulsão desloca-se da representação original, alvo do recalque, para uma outra, inofensiva à consciência, e passa a ser compreendida como um fenômeno que possui leis e funcionamento específicos, tornando-se um conceito essencial para teoria e a para o trabalho clínico do analista.

Nesse sentido, a transferência passa a ser entendida como a ação de protótipos construídos a partir das experiências sexuais infantis, que exercem uma espécie de atração sobre as vivências atuais do paciente passando a incluir o analista nas representações pertencentes a esses protótipos, influenciando assim, o curso da psicoterapia.

Mezan (1998) cita que, na medida em que o tratamento tem como meta liberar os afetos, ou como sugere Freud, a libido² acorrentada a esses protótipos, ainda que a transferência possa revelar, por meio de sua manifestação, os conteúdos oriundos da infância recalcada do paciente, ela também serve às finalidades das resistências, reproduzindo uma maneira infantil de investir nos objetos, seja por meio do amor ou por meio do ódio, em suas modalidades mais primitivas. Nesse sentido, como complementa o autor (p.258), a transferência obedece às finalidades de conservação da vida psíquica infantil e se põe a serviço da resistência, já que o tratamento tem o poder de mobilizar novamente as paixões elementares da infância.

Aprofundando-se nessa questão, Minerbo (2012) comenta que a transferência tem a capacidade de recriar na atualidade do processo psicoterapêutico e da relação com analista, um cena completa, na qual se apresenta a *criança-no-adulto*, presente no paciente, bem como seus objetos de amor da infância. De acordo com a autora, a compreensão da transferência enquanto uma “falsa-ligação”, só pode ser considerada *falsa* do ponto de vista objetivo, onde se encontra o paciente adulto; todavia é absolutamente *verdadeira* do ponto de vista da *criança-nesse-adulto*, pois é ela, e não o adulto, que interessa à escuta analítica. Em outros termos, a ligação afetiva que se estabelece com o analista é verdadeira do ponto de vista do inconsciente.

Ao se tratar do estado infantil que se manifesta na análise por meio da transferência com o analista, ou como Minerbo (2012) denomina de manifestação da *criança-nesse-adulto*, Mezan (1998) relembra que é justamente esse estado, marcado fundamentalmente pelas experiências infantis de caráter sexual, que é a parte da vida do paciente que se separou da restante por meio da ação do recalque, alojando-se no

² Freud utiliza o termo ‘libido’ para designar a manifestação das pulsões sexuais na vida psíquica e, por extensão, a sexualidade humana em geral e a infantil em particular. Sendo a dimensão fundamental da pulsão, a libido constitui a base do desejo sexual, tendo a característica de satisfazer-se de modo a fixar-se nos objetos de satisfação. Esse termo é introduzido pelo autor a partir dos seus ‘Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade’ (1905) e o acompanha ao longo de toda sua obra. (ROUDINESCO; PLON, 1998).

inconsciente, de forma que o contato com o analista proposto pelo processo psicoterapêutico possibilita a emersão desse estado.

Minerbo (2012) comenta que o traço do objeto atual – representado pela pessoa do analista e sua disposição atenta à fala e aos sentimentos do paciente – é responsável por “despertar” nele o seu estado infantil, de maneira que os sentimentos manifestados a partir desse contato são absolutamente verdadeiros do ponto de vista inconsciente, uma vez que o analista ocupa nessa relação a posição do *adulto-cuidador*, convocando no paciente a *criança-amada-cuidada*.

No entanto, o equívoco, ou a falsa-ligação, consiste na ideia de tomar o cuidado do analista, na atualidade da sessão analítica, como sendo o mesmo de antes, que era efetivamente motivado pelo amor dos pais (MINERBO, 2012, p.21). Como cita Laplanche e Pontalis (1982), a repetição das experiências do passado, como ocorre na transferência, não deve ser considerada de uma maneira que exclua o caráter de atualização das relações efetivamente vividas na infância, já que, por um lado, o que é essencialmente transferido é da ordem da realidade psíquica, ou seja, o desejo inconsciente e as fantasias conexas; por outro lado, as manifestações transferenciais não são literalmente repetições, mas equivalentes simbólicos do que é transferido.

Entretanto, compreendemos que ação da transferência está relacionada não apenas com o passado do paciente, no sentido do “despertar” das experiências de cuidado e satisfação, oferecidas pelos pais nos momentos iniciais de vida, mas também à possibilidade do analista oferecer um espaço e uma escuta sensível para que os protótipos dessas relações iniciais emergam e possam se atualizar na relação analítica. A transferência e a técnica de manejo que dela é derivada para que o processo psicoterapêutico ocorra, revelam o ponto de encontro entre os afetos, ou as marcas deixadas pelos cuidados essenciais da infância, e o cuidado que o analista deve empreender com relação a esses aspectos na vida afetiva do paciente.

Ao contrário do material clínico que o paciente verbaliza e rememora por meio de suas associações livres, a transferência ocorre de forma mais sutil, em que necessita ser adivinhada pelo analista quase que por sua conta própria, baseando-se em mínimos pontos de apoio, tomando cuidado para não incorrer em arbitrariedades (MINERBO, 2012). Todavia, como menciona Freud (1905c/1969), esse fenômeno que poderia

representar o máximo de obstáculo para o desenvolvimento da análise, é capaz de converte-se no mais poderoso auxiliar no tratamento, sobretudo quando o analista consegue descobrir o trabalho que a transferência realiza em cada passo e momento da sessão, relevando-a e traduzindo-a para o paciente.

Um terceiro trabalho importante que Freud publica em 1905, chamado “Sobre a Psicoterapia”, derivado de uma conferência realizada em 12 de dezembro do ano anterior, busca explicitar alguns posicionamentos fundamentais do analista no processo psicoterapêutico. Esses posicionamentos estão relacionados à sustentação de uma postura de consideração às vicissitudes presentes na vida emocional do paciente e à influência desses fatores na relação com o analista e com o próprio percurso em direção à cura.

Nesse sentido, Freud (1905a/1969) utiliza uma metáfora desenvolvida pelo famoso artista italiano Leonardo da Vinci (1452 – 1519) sobre os modos de produção artística, com objetivo de ilustrar esse modo específico com que o agente responsável pelo cuidado na psicanálise se apresenta, comparando-o com métodos derivados da clínica da sugestão.

Em um primeiro momento, as técnicas de intervenção derivadas do método sugestivo, tal como idealizadas e desenvolvidas pela escola de Charcot, atuam no processo psicoterapêutico de forma semelhante ao trabalho do pintor, em que se deposita sobre uma tela em branco as partículas coloridas compostas pela tinta, formando assim uma figura desejada. Da Vinci nomeia esse método de produção artística como *per via di porre*, servindo para ilustrar que as técnicas sugestivas trabalham de tal forma que visam depositar um determinado comando sobre psiquismo do paciente, esperando que esse comando seja forte o bastante para impedir a expressão da ideia patogênica. No caso das técnicas derivadas dessa concepção, desconsidera-se a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos na vida do paciente (FREUD, 1905a/1969).

Em sentido oposto, as intervenções propostas por Freud, e que constituem o fundamento da técnica psicanalítica, assemelham-se ao trabalho do escultor, em que se retira da pedra tudo o que encobre a superfície da figura ou estátua nela contida. Nesse caso, chamado por Da Vinci de *per via di levare*, a técnica analítica não tem como

proposta acrescentar algo novo no psiquismo do paciente, mas pelo contrário, pretende tirar os excessos, no sentido de trazer algo para fora, revelando a imagem escondida. Para que possa atingir esse fim, o analista precisa considerar a subjetividade do paciente, buscando compreender a gênese dos sintomas patológicos e a trama psíquica da ideia patogênica, cuja eliminação, como cita Freud (1905a/1969) é sua meta.

Essa distinção proposta por Freud a respeito dos modos de abordagem do paciente e seu sofrimento, traz em sua essência não apenas uma questão relativa ao campo da técnica, mas, sobretudo uma postura ética. O autor destaca que a posição do analista, bem como as bases do processo psicanalítico, está fundamentada na criação de um espaço livre para a manifestação das marcas subjetivas do paciente, comportando suas histórias e as experiências emocionais, tanto em nível consciente quanto inconsciente. O trabalho *per via di levare* visa, portanto, remover os excessos que impedem o sujeito, com seus desejos e conflitos inconscientes, de emergir aos olhos do analista e de si mesmo.

A postura ética presente na clínica psicanalítica pode ser compreendida, como cita Coelho Junior e Barone (2007), como a morada do diálogo analítico, aberta para a alteridade do paciente, de forma que esta abertura refere-se à capacidade de receber e sustentar a alteridade radical implicada no inconsciente do paciente e no inconsciente do próprio analista. Ética entendida, como a capacidade de esperar o inesperado, de sustentar a posição instável de uma presença que deve ser também, paradoxalmente, uma ausência.

É por meio dessa postura essencial do analista, que se pode instaurar o que Figueiredo (2014b) denomina “situação analisante”, onde o analista se apresenta como guardião do silêncio e da fala onírica, construindo um espaço cuja proposta é dar palavra ao inconsciente e aos efeitos dos recalques no paciente, fazendo-o cessar quando escutado.

Contrariamente a essa proposta, o trabalho *per via di porre* pressupõe a organização e o funcionamento do aparelho psíquico baseado em um modelo mecânico, cuja alteração em seu funcionamento necessita de uma intervenção externa para que se possa realizar uma correção naquilo que, segundo essa concepção, demonstra não estar funcionando de forma satisfatória. Essa proposta terapêutica tem como fundamento a

importância da adaptação do indivíduo ao meio, intervindo por meio da sugestão, de maneira a corrigir os comportamentos inadequados.

Como menciona Kupermann (2008a) a proposta metodológica de Freud baseada na escuta e na constituição de um novo saber sobre inconsciente do paciente marca uma posição ética na psicanálise, afastando-se de qualquer concepção adaptativa e moral, baseadas nas psicoterapias adaptativas, rumando, dessa maneira, a uma ética fundamentada nas singularidades.

Ao diferenciar as metodologias ilustradas pelas metáforas *per via di porre* e *per via di levare*, Freud pretende ilustrar, como cita Figueiredo (2014a), o processo de descoberta e revelação que se inscrevem como dimensão essencial na situação analítica. Nesse sentido, diz o autor, ao fundamentar o trabalho psicanalítico *per via di levare*, Freud oferece um estatuto heurístico de pesquisa para o dispositivo analítico, bem como terapêutico, em que descoberta, teorização e tratamento se complementam.

Com intuito de ilustrar o paradoxo no qual se encontra o trabalho do analista, oferecendo a escuta para algo que causa intenso sofrimento no paciente quando pronunciado, Freud (1905a/1969) faz uso de um trecho da peça Hamlet de William Shakespeare (1564 – 1616). Na obra de Hamlet, príncipe da Dinamarca, em determinado momento da história o rei envia dois cortesãos, Rosenkranz e Guildenstern, para sondar o filho e arrancar dele o segredo de seus desgostos. No entanto, ao ser indagado e pressionado pelos súditos do rei, o príncipe pede para que os dois homens toquem uma flauta. Diante do desconhecimento deles em tirar qualquer nota do instrumento, o príncipe diz:

Pois vede agora em que mísera coisa me transformais! Quereis tocar-me; (...) quereis arrancar o cerne de meu mistério; pretendeis extrair-me sons, de minha nota mais grave até o topo de meu diapasão; e embora haja muita música, excelente voz neste pequenino instrumento, não podeis fazê-lo falar. Pelo sangue de Cristo, julgais que sou mais fácil de tocar do que uma flauta? Chamai-me do instrumento que quiserdes, pois se podeis desafinar-me, ainda assim não me podeis tocar. (ato III, Cena 2) (FREUD, 1905a/1969, p. 248).

Nesse sentido, o trabalho do psicanalista reside na complexa tarefa de proporcionar um espaço e uma escuta capaz de retirar os excessos que impedem com que os conteúdos inconscientes tomem contornos mais claros, aproximando-se, junto ao paciente, do núcleo patogênico da causa de seus sofrimentos. Na história ilustrada por Freud, Hamlet sofre por seus desgostos, mas necessita de alguém que tenha a habilidade e a sensibilidade para poder acessar e compreender os segredos de seu sofrimento.

Ainda que o paciente sofra por seus sintomas, há sempre uma resistência em entrar em contato com a origem deles, fazendo da análise uma constante luta dividida entre as forças da resistência – que encontram no sintoma uma *forma secundária de satisfação* –, o processo de fala e associação livre do paciente – que por meio dos pensamentos, lembranças e fantasias revelam as cenas e os desejos presentes no inconsciente do sujeito.

Freud (1905a/1969) diz que as resistências exercem uma força tão considerável sobre o psiquismo e a vida do sujeito, chegando inclusive a fazer com que o paciente lute contra sua própria recuperação, agarrando-se a doença. Nesse contexto residem os ganhos secundários da doença, já que o sintoma pode ser considerado, tal como o sonho, uma atividade que envolve a tentativa de satisfação de um desejo inconsciente.

Dessa maneira, a tarefa do analista de identificação das resistências que operam no psiquismo do sujeito, bem como a maneira como a resistência incide sobre sua dinâmica psíquica, permite não apenas compreender o seu funcionamento psíquico, mas como é o comportamento do paciente diante das vicissitudes da vida.

Um ponto importante sobre o trabalho do analista diante do tratamento e da pessoa do paciente, diz respeito à relação que se estabelece entre os conceitos e as construções teóricas da psicanálise, e as condições singulares e emocionais do paciente. Com o desenvolvimento da teoria psicanalítica e a popularização dos seus conceitos na população em geral, em 1910, Freud apresenta o texto “Psicanálise ‘Silvestre’”, com intuito de demonstrar que a psicanálise não pode se definir pela mera aplicação dos seus conceitos teóricos à vida e ao sofrimento das pessoas.

Em seu título original “*Über "wilde" Psychoanalyse*”, a melhor tradução para a expressão “*wilde*”, que possui grande proximidade com a palavra em inglês “*wild*”, é o significado de *selvagem*. Assim como aponta Bracco (2012), o contexto no qual Freud

aplica a palavra “selvagem” perde seu sentido original quando substituído pela palavra “silvestre”, como é feito na Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud. Um equívoco semelhante seria o de substituir a palavra “selvagem” da expressão cunhada por Karl Marx: “Capitalismo Selvagem”, por “Capitalismo Silvestre”, alterando consideravelmente a ideia do autor.

Em uma primeira consideração, poderíamos descrever a qualidade de selvagem como algo grosseiro, rude, cujo modo de tratamento é pouco cuidadoso, displicente. No entanto, se nos aprofundarmos nessa expressão, buscando outros sentidos, podemos entender selvagem como aquilo que é avesso ou está aquém dos valores e da ética circunscrita no processo civilizatório, fazendo da luta individual pela sobrevivência ou pela soberania, uma conduta que exclui a possibilidade de convivência e reconhecimento da diferença e da singularidade do outro. Tal comportamento entre os seres humanos ocorre de uma maneira que reduz o outro à categoria de coisa, privando-o do reconhecimento e da possibilidade de respeito à sua condição.

Notamos que essas concepções sobre as condutas consideradas selvagens parecem opor-se consideravelmente aos sentidos que a noção de cuidado adquire nas relações humanas, afastando-se e por vezes negando os princípios éticos que permitem que as relações se estabeleçam.

Freud (1910/1969) cita que antes de qualquer ação do analista, no sentido de recorrer à interpretação dos conteúdos inconscientes do paciente, este precisa ter alcançado por ele próprio uma proximidade com os aspectos de sua vida que foram recalcados, além de ter construído ligações afetivas suficientes, em termos da instalação da transferência com o analista, no processo psicoterapêutico. Somente, quando estas condições forem satisfeitas, torna-se possível o reconhecimento e o trabalho com as resistências que conduziram uma parcela significativa de sua vida ao recalque.

Desse modo, complementa Freud (1910/1969), as intervenções requerem de maneira absoluta, um longo período de contato com o paciente, fazendo com que as tentativas do analista em surpreendê-lo na primeira consulta, inapropriadamente contando-lhe os segredos que foram descobertos, sejam tecnicamente inadmissíveis. Sob esse aspecto, Roudinesco e Plon (1998) mencionam que a postura do analista de logo no início do tratamento “atirar interpretações no rosto do paciente”, sejam elas

“falsas” ou “verdadeiras”, são inaceitáveis, pois partem de um total desconhecimento sobre a estrutura psíquica do analisando, de suas resistências e do seu recalque.

Além dos aspectos técnicos, que privam tanto o analisando quanto o analista de condições importantes para o desenvolvimento do trabalho psicoterapêutico, o caráter *selvagem* desse tipo de intervenção, implica em questões que se esbarram na dimensão ética da relação entre o analista e o paciente. Determinadas posturas, além da possibilidade de produzirem efeitos negativos no paciente, incorrem no risco *do não reconhecimento e respeito à singularidade e à condição do outro, negligenciando os fatores subjetivos e emocionais presentes na relação*.

Desse modo, o que faz com que uma análise deixe de ser psicoterapêutica e passe a ser *selvagem* é, sobretudo, a perda desse aspecto ético, compreendido como a morada do diálogo analítico, aberto para a alteridade do paciente (COELHO JUNIOR; BARONE, 2007) e marcado pela expressa consideração pelo outro e por suas necessidades (PLASTINO, 2009).

É nesse sentido que Freud (1911/1969) comenta que a interpretação dos conteúdos dos sonhos deve levar em consideração além os elementos inconscientes, os aspectos pertencentes à “superfície da mente” do paciente, representada pelo seu universo consciente. Desse modo, é necessário que o analista esteja atento e saiba que os complexos inconscientes e suas resistências estão ativos na mente do analisando a qualquer momento, sendo que a reação consciente do paciente a esses elementos é que orientará as ações do analista no processo psicoterapêutico. Portanto, menciona Freud (1911/1969, p.102), não é coerente sacrificar o objetivo terapêutico da psicanálise a um interesse fundado apenas na interpretação de sonhos.

A respeito dessa questão, Figueiredo (2008b) comenta que a tarefa de interpretação dos conteúdos inconscientes, como o sonho, deve estar sempre a serviço do processo analítico e nunca se converter em um fim em si mesma. Da mesma forma, as interpretações devem ser elaboradas e ministradas com muita paciência, muita cautela e senso de oportunidade, pois do contrário, podem levar a impasses resistenciais ou, simplesmente, não exercerem nenhum efeito transformador no paciente.

Segundo o autor, em oposição ao uso abusivo das atividades interpretativas, das quais Freud considera fundamental no processo terapêutico, o analista deve manter-se

sempre em contato estreito com a experiência do paciente, vivida na superfície da mente. Para isso, é necessário que se estabeleça um contato vívido, afetivo e intelectual com o paciente, de modo que qualquer atividade interpretativa, por mais brilhante e “profunda” que possa parecer, mas que leve ao rompimento do contato com a “superfície” é nociva ao trabalho terapêutico. Ou seja, mesmo quando se visam as “profundezas”, é indispensável estar em contato com a superfície psíquica, com a dimensão fenomenológica da experiência, aquela que já inicia seu trânsito no campo do sentido, mesmo que se um sentido incipiente.

Esse conjunto de textos psicanalíticos (FREUD, 1905a/1969; 1905c/1969; 1910/1969; 1911/1969) escritos na primeira década do século XX atenta-nos para algumas condições fundamentais que permitem compreender e nortear o trabalho do analista, em termos da sua conduta e do cuidado necessário para empreender uma atenção terapêutica que vá de encontro às necessidades emocionais do paciente. Trata-se da apresentação de elementos que definem e conduzem a postura do analista, a fim de possibilitar a construção de um espaço no qual a subjetividade do analisando, concebida pela ação e pelos conflitos derivados do seu inconsciente, possa emergir na relação e ser acolhida pelo analista. Ainda que o método desenvolvido por Freud traga elementos que permitam uma investigação profunda sobre a mente humana, ele é derivado do estado de sofrimento e consequente pedido de ajuda que o paciente faz ao analista, de forma que a investigação não deve preceder ao cuidado terapêutico, assim como a teoria não se sobrepor o encontro humano.

2.6 – A clínica freudiana como suporte para experiências de cuidado.

A respeito dos fatores que estão ligados ao desencadeamento da neurose, Freud (1912c/1969) menciona que ocorrem pelo menos duas situações que estão relacionadas à eclosão desses quadros de sofrimento. Em todos os casos, todavia, a questão central que define o surgimento dessa moléstia nervosa, possui como fator preponderante as questões relativas às vicissitudes da vida pulsional no desenvolvimento do sujeito [ver 2.3].

Em uma primeira situação, vemos que os sintomas neuróticos são decorrentes de um fator externo ao indivíduo, derivados de uma experiência de *frustração*. Nesse caso,

o indivíduo apresentava-se com saúde enquanto sua necessidade de amor pôde ser satisfeita por um objeto real no mundo externo, desenvolvendo os sintomas neuróticos no momento em que esse objeto se afastou dele, sem que um substituto possível pudesse ocupar seu lugar (FREUD, 1912c/1969). Dessa maneira, diz Freud, é possível avaliar o importante papel que as limitações impostas pela cultura ao campo das satisfações acessíveis ao sujeito, possui na causação das neuroses, pois a experiência de *frustração* traz consigo um efeito patogênico ao represar a libido e submeter o indivíduo a um teste de quanto tempo ele é capaz de tolerar o aumento de tensão psíquica, bem como os métodos que pode adotar para lidar com essa tensão.

Apesar do indivíduo conseguir muitas vezes encontrar uma saída que não seja por meio da produção de sintomas patológicos, quando ele incide no processo de adoecimento, ocorre que a libido “vira as costas” para a realidade, como diz Freud (1912c/1969), já que ela acabou se tornando a representante das experiências persistentes de frustração. Dessa maneira, os investimentos libidinais voltam-se para a fantasia, criando novas estruturas de desejo e revivendo os traços de outras estruturas anteriores, que haviam sido recalcadas. Em consequência da estreita vinculação existente entre atividade da fantasia e o material infantil reprimido, bem como à excepcional posição desfrutada pela vida da fantasia em referência ao teste de realidade, a libido pode, daí em diante, mover-se em um curso retroativo, seguindo o caminho da *regressão* ao longo de linhas infantis, e terminando por lutar por objetos que se coadunem com essas linhas (FREUD, 1912c/1969, p.250).

Na medida em que estes esforços aumentam e adquirem grande intensidade emocional, tornando-se incompatíveis com a condição do paciente, eles resultam no conflito com a parte da personalidade que manteve relação com a realidade. Desse modo, cita Freud (1912c/1969), o conflito é solucionado por meio da formação de sintomas e seguido pelo desencadeamento da doença manifesta, de maneira que essas produções psicopatológicas representam, diante das experiências de frustração, vias que permitem encontrar *satisfações substitutas*, em contato com o terreno da realidade.

É, portanto, dessa maneira, que podemos compreender que tanto os sonhos como os sintomas trazem consigo uma forma de satisfação por parte do sujeito, e que o tratamento que busca apenas a eliminação do sofrimento, menosprezando esses

aspectos, exclui uma dimensão importante da subjetividade e da formação da doença no paciente.

Uma segunda situação responsável pelo desencadeamento dos sintomas neuróticos não é tão evidente quanto à primeira, embora não se excluam e possam se apresentar concomitantemente na vida do paciente. Nessa situação, o indivíduo não adoece como resultado de uma mudança no mundo externo, mas como resultado de um esforço interno para conseguir a satisfação que lhe é acessível na realidade. Trata-se, como menciona o autor, da dura tentativa de adaptar-se e de atender às exigências da realidade, fazendo com que se defronte com dificuldades internas insuperáveis.

No primeiro caso podemos observar que o indivíduo adoece a partir das experiências com o mundo externo, na medida em que se defronta com a difícil tarefa de renunciar às experiências específicas de satisfação. No segundo caso, a ênfase recai sobre uma mudança interna, a partir de um processo no próprio desenvolvimento do indivíduo, em que ele se depara com o duro trabalho de substituir um tipo de satisfação por outro, sucumbindo a essa tarefa (FREUD, 1912c/1969). Diferentemente da primeira situação, em que o conflito surge após a libido represada escolher outras, e incompatíveis, possibilidades de satisfação, nessa situação, o conflito surge diante do esforço interno para o psiquismo permanecer tal como é, e o esforço para modificar-se a fim de atender aos novos intuitos e novas exigências da realidade.

Diante disso, nos deparamos com situações como:

Um jovem que até então tenha satisfeito sua libido por meio das fantasias que finde pela masturbação, e que agora busca substituir um regime que se aproxima do auto-erotismo pela escolha de um objeto real – ou uma jovem que dedicou toda sua afeição ao pai ou ao irmão e que deve agora, a bem de um homem que a está cortejando, permitir que seus desejos libidinais incestuosos até então inconscientes se tornem conscientes, ou uma mulher casada, que gostaria de renunciar a suas inclinações polígamas e fantasias de prostituição, de modo a tornar-se uma consorte fiel ao marido e perfeita mãe para o filho: todos esses caem enfermos devido aos mais louváveis esforços, se as fixações anteriores de suas libidos são suficientemente poderosas para resistir a um deslocamento; e este ponto será decidido, uma vez mais,

pelos fatores da disposição, da constituição e da experiência infantil (FREUD, 1912c/1969, p. 251).

Desse modo, o analista é convocado a *cuidar* de um sofrimento que é derivado dos processos de perda ou incompatibilidade das experiências de satisfação, oriundas do passado infantil do paciente. Essas experiências, decorrentes das ações de cuidado, carinho e proteção que os pais ofereceram à criança no seu início de vida, e constituídas sob a marca das “identidades de percepção”, ecoam na existência do indivíduo esbarrando-se nas vicissitudes da vida, marcadas pelas exigências da realidade e da civilização, que em alguma medida visam deslocar os afetos sexuais das figuras familiares para os objetos disseminados e aceitos pela cultura. É, portanto, a dura tarefa de renunciar às experiências específicas de satisfação, ou de substituir um tipo de satisfação por outro, que faz com que o sujeito tenha sua vida marcada pelos sintomas neuróticos. No entanto, o processo analítico demonstra que as vicissitudes da vida afetiva não exercem influência apenas sobre os elementos da realidade presentes no sonho ou nos sintomas do paciente, mas, sobretudo, são atualizados na relação afetiva com o analista.

Em seu trabalho sobre a “Dinâmica da Transferência” publicado em 1912, Freud oferece um estatuto mais preciso ao fenômeno da transferência, tornando-o central no processo analítico. Diferentemente da acepção desenvolvida e sustentada no início da clínica psicanalítica, em que a transferência era compreendida sob o vértice do deslocamento de afetos das representações recalcadas para a figura do médico, a partir desse texto, Freud (1912a/1969) amplia a compreensão sobre o fenômeno transferencial e o descreve como resultado da produção de um, ou diversos “clichês estereotípicos” na vida do sujeito, os quais são constantemente repetidos e reimpressos no decorrer da vida, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam (p.111).

Desse modo, os investimentos libidinais que foram recalcados e se afastaram da realidade externa e da parte consciente da personalidade, agem por antecipação dirigindo-se para a figura do analista, incluindo-o em uma das “séries psíquicas” as quais o paciente formou a partir de sua infância (FREUD, 1912a/1969). No entanto, esse processo de inclusão do analista nos modelos afetivos de referência do analisando,

marcado pelas vivências afetivas que se apresentam na sessão analítica, é o meio pelo qual se torna possível rastrear e compreender os conteúdos inconscientes.

Freud (1912a/1969) menciona que só a partir do advento da análise dos sonhos foi possível reconhecer as reações que o paciente manifesta diante da aproximação dos conteúdos de seu inconsciente. Nesse sentido, é possível considerar que os impulsos inconscientes não aspiram em serem recordados por meio das atividades de rememoração, tal como o tratamento propõe, mas esforçam-se por reproduzir-se de acordo com a atemporalidade do inconsciente e sua capacidade de “alucinação”. Tal como acontece nos sonhos, explica o autor, o sujeito encara os produtos da manifestação de seus impulsos inconscientes como contemporâneos e reais, procurando colocar suas paixões em ação sem levar em conta a situação real em que se encontra. Desse modo, os fenômenos transferenciais prestam o inestimável serviço de tornar imediato e manifesto os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente.

Dessa maneira, cita Mezan (1998, p.271-272), a transferência não reproduz apenas “a vida infantil” do paciente, mas “todo o essencial da vida infantil” caracterizado pelas impressões remanejadas, vinculadas aos desejos e fantasias inconscientes. Nesse sentido, complementa o autor, transferência não pode ser considerada simplesmente uma “reedição de experiências ou tendências do passado”, mas um movimento pelo qual o infantil se manifesta na análise, conforme as matrizes fundamentais do desejo e da repetição organizadas a partir das experiências da infância.

No que diz respeito às condições dinâmicas do tratamento, ele também possui a característica de mobilizar os afetos que estavam concentrados em certas representações e sintomas do paciente, fazendo com que se vinculem a novos objetos, como o analista, permitindo assim, sua descarga. No entanto, complementa Mezan (1998), tanto esse novo objeto representado pelo analista, quanto às modalidades de relação que se desenvolve com ele, obedecem ao traçado determinado pelo infantil e unicamente desta maneira é que se pode ter algum acesso a este último.

Retomaremos essas questões mais adiante, mas antes de passar para o próximo tópico, gostaríamos de ressaltar que as considerações de Freud sobre o fenômeno da transferência, tal como apresentadas a partir de seu texto de 1912, fazem parte de um caminho já aberto desde os primórdios da clínica psicanalítica, e que culmina na formalização de um aspecto central no tratamento analítico, bem como seu maior

desafio. O advento da transferência, considerando os impactos afetivos que ela produz na relação do paciente com a analista, transforma o curso da análise, como cita Kupermann (2008b) no espaço e no tempo em que o seu manejo ocupa um papel central no processo terapêutico.

Na sequência em que foi publicado o artigo sobre o “Manejo da Interpretação de Sonhos na Psicanálise” (1911) e da “Dinâmica da Transferência” (1912), Freud apresenta duas importantes obras sobre a técnica analítica: “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise” (1912) e “Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)” (1913), dando continuidade a um conjunto de trabalhos que ficou conhecido como “Artigos sobre a Técnica”.

A respeito da expressão “recomendações” presentes no título desses textos, Figueiredo (2008b) cita que o termo alemão que Freud adota: *Ratschläge* mereceria ser traduzido por “pequenos conselhos”. Segundo o autor, a tradução inglesa realizada por James Strachey e da qual se deriva a versão brasileira, oferece ao texto uma impositação excessiva ao que seria uma fala muito mais modesta e trivial, tal como proposta pela versão original. Freud nos informa que o principal objetivo desses textos, bem como dos demais “artigos sobre a técnica”, é a interdição e a dissuasão de certos procedimentos e condutas, comumente manifestadas entre analistas inexperientes e afoitos, e que poderiam comprometer o *cuidado* com o paciente e com o processo analítico.

Um dos sentimentos mais perigoso para o trabalho do psicanalista, comenta o autor (1912b/1969), reside na ambição terapêutica de alcançar, mediante alguns fundamentos técnicos e teóricos do campo psicanalítico, algo que produza um efeito de convencimento imediato sobre os pacientes. Como havíamos mencionado anteriormente [ver 2.5], a tarefa de interpretação dos conteúdos inconscientes não deve ser conduzida de forma alheia a uma atitude de acolhimento à singularidade do sujeito e ao seu estado de sofrimento, bem como, ser utilizada em vista de um processo de *convencimento* do analisando acerca de sua realidade psíquica e dos elementos que a compõem.

Nesse mesmo contexto, Aguiar (2006) menciona que o processo investigativo sustentado pela psicanálise não pode ser encarado como uma mera aplicação técnica, dissociado da sua proposição terapêutica. De acordo com o autor, a proposta psicanalítica baseia-se na possibilidade de consideração do que há de mais singular em

cada sujeito, antes mesmo de se avaliar o que nele é de pertença universal. Portanto, ainda que no campo psicanalítico, pesquisa e tratamento se coincidam, a função primordial da psicanálise reside no cuidado com o paciente e seus estados de sofrimento, fazendo com que o princípio ético se sobreponha aos interesses propriamente do conhecimento, compartilhados pelo universo científico.

Em seu trabalho “Sobre o início do tratamento”, Freud retoma a importância de se considerar os aspectos singulares de cada paciente e menciona que, por conta da extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas no tratamento psicanalítico, bem como a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores que os determinam, a psicanálise apresenta elementos suficientes para opor a qualquer tentativa de mecanização de seus pressupostos técnicos e teóricos (1913/1969, p.139).

Endossando essa posição, Birman (1996) insere que o trabalho analítico só pode se desenvolver sobre as singularidades dos sujeitos, exigindo o reconhecimento ético a respeito do que é singular em cada pessoa, para que se possa, portanto, ocupar um certo lugar e ao mesmo tempo escutar e acolher alguém que está falando de um lugar diferente do seu.

Desse modo, como cita Figueiredo (2008b), há uma constante preocupação de Freud, sobretudo nos artigos sobre a técnica, em impedir e uma banalização das questões técnicas da psicanálise, seja tanto pela tentativa de uniformização dos seus procedimentos diante dos pacientes, que recaem em uma perda de contato do analista com as experiências de cura em sua singularidade e especificidade, quanto pela simplificação pragmática de seus procedimentos, que propiciam uma dissociação entre as questões técnicas e teóricas, que articulam a prática.

Figueiredo (2008b) também menciona que outras formas de excesso por parte do analista não passaram despercebidas por Freud. Nesse trabalho o autor condena condutas excessivas, como os “furores compreensivos”, “curativos” e “pesquisantes”, cuja pretensão do analista em “tudo saber” e “tudo poder”, proporcionam a ele ganhos narcisistas inaceitáveis, esbarrando-se em questões que deturpam e ferem os preceitos técnicos e éticos da psicanálise. Essas condutas fazem com que seja impossível encaminhar o processo analítico da forma adequada, pois se baseiam na prevalência de

ganhos narcísicos por parte do analista, fazendo com que desconsidere as resistências presentes no psiquismo do paciente, bem como as questões relativas à transferência (FIGUEIREDO, 2008b).

Tal como expresso em 1910, Freud (1913/1969, p.157) retoma a discussão sobre o momento e os efeitos da interpretação dos conteúdos inconscientes, considerando inaceitável qualquer linha de conduta do analista que o leve a interpretar os sintomas do paciente assim que conseguir adivinhá-los, ou mesmo que considere um triunfo especial lançar a ele esses tipos de “soluções” quando ainda não está pronto para recebê-las.

Freud complementa essas questões dizendo:

[...] quanta vaidade e falta de reflexão deve possuir aquele que, com o mais breve conhecimento, pode informar a um estranho, inteiramente ignorante de todos os princípios de análise, que ele se acha ligado à mãe por laços incestuosos, que abriga desejos de morte da esposa, a quem parece amar, que oculta uma intenção de trair seu superior [...] Mesmo nos estádios posteriores da análise, tem-se de ter *cuidado* em não fornecer ao paciente a solução de um sintoma ou a tradução de um desejo até que ele esteja tão próximo delas que só tenha de dar mais um passo para conseguir a explicação por si próprio (1913/1969, p.157. Grifo nosso).

São situações como essas, observadas e relatadas pelo autor desde os primórdios da clínica psicanalítica, que retomam e reforçam o aspecto fundamental do trabalho clínico que se baseia no respeito à condição afetiva do paciente, considerando os aspectos extremamente dolorosos e atormentadores que os conteúdos inconscientes podem infringir ao sujeito.

Pigman (1995) menciona que nesse trabalho, Freud utiliza o termo “compreensão simpática” para caracterizar a postura do analista diante do paciente, diferenciando-a de uma conduta moralista e encarregada de emitir julgamentos acerca de suas questões (p.154). Todavia, o autor comenta que o termo “compreensão simpática” é uma tradução equivocada para *Einfühlung* (empatia), obscurecendo não apenas a importância da empatia no processo analítico, mas também do uso que Freud

faz desse conceito. De acordo com ele, Freud está sugerindo que a empatia é uma condição *sine qua non* da análise, de maneira que se o analista não puder adotar uma postura empática, a transferência positiva necessária para permitir ao paciente o benefício das interpretações de seus sintomas não se desenvolverá.

Além da postura empática do analista ser um pré-requisito para que a interpretação possa se tornar um agente curativo da análise, esta postura permite que o analista se coloque na posição do analisando, compreendendo a experiência dele a partir do ponto de vista do paciente e não a partir do ponto de vista de um outro qualquer (PIGMAN, 1995). Esse fato assegura que o processo analítico se desenvolve de acordo com as condições afetivas do paciente e não apenas na administração dos recursos da técnica.

A ocorrência da noção de “tato” no trabalho analítico surge pela primeira vez na obra de Freud em seu texto sobre a “Psicanálise Selvagem”. Como cita Cano e Kupermann (2013), a qualidade desse tato ressalta a importância de uma sensibilidade no tratamento do paciente, impossível de ser transposta em apenas regras técnicas, de maneira que o processo analítico não pode ser reduzido à mera aplicação de conceitos ou à aquisição de um saber sobre o passado e seus efeitos no psiquismo. Nesse contexto, citam esses autores, Freud compreende o “tato” do analista não apenas como um antídoto para a “selvageria” da interpretação utilizada de maneira equivocada, mas também um aspecto sensível da experiência psicanalítica ao reconhecer a importância da ligação afetiva manifesta na transferência e captada pela “sensibilidade tátil” do analista.

Nesse texto de 1913, Freud parece reconhecer que a ênfase no tratamento psicanalítico não está na interpretação dos conteúdos recalçados, mas sim na transferência criada e sustentada pela habilidade empática do analista, abrindo dessa maneira, uma perspectiva no âmbito da técnica para a inclusão dessas capacidades empáticas como condição para o estabelecimento do vínculo afetivo do analisando, expresso pela e na transferência positiva (CANO; KUPERMANN, 2013).

A característica do método freudiano, cita Schneider (1993b), seja ele catártico ou analítico, não é a de ensinar ao paciente o que seria supostamente não sabido, mas a de proporcionar uma forma de sabê-lo de outra maneira. Nesse sentido, diz a autora, a

“tomada de consciência” (*Annahme*) que Freud se refere como sendo um dos objetivos do método psicanalítico, não trata apenas de uma tomada de consciência dos conteúdos recalçados no sentido intelectual, mas antes de tudo, da possibilidade de “aceitação” das representações inconscientes, no sentido de serem tomadas com crédito, de se reconhecer nelas uma realidade.

A “aceitação” das representações inconscientes, só pode ocorrer por meio de um movimento indissolivelmente *representativo* e *afetivo* na vida psíquica do paciente, de maneira que se não for possível experimentar os afetos como medo, hesitação ou apaixonamento, que se apresentam na medida em que as representações tornam-se menos difusas com o tratamento analítico, possivelmente o sujeito só conseguirá atingir um reconhecimento puramente intelectual das representações em questão (SCHNEIDER, 1993b).

De acordo com Schneider (1993b), é dessa maneira que podemos compreender que a “tomada de consciência” proposta por Freud, não significa ver ou objetivar *algo*, mas pelo contrário, consiste em admitir, adotar e assimilar *algo*, de modo com que esse *algo* possa se fazer parte da pessoa do paciente. Portanto, menciona a autora, não se trata somente da constatação de um processo, mas da possibilidade de desposá-lo, de acolhê-lo em si, de dar-lhe um lugar e quando se trata de representações anteriormente apreendidas como insuportáveis, este movimento de admissão evoca mais a ideia de uma abdicação que de uma tomada de poder. Assim, compreende-se que o sujeito “resiste”, tanto quanto pode, antes de aceitar a rendição.

De forma semelhante, Ocariz (2003) menciona que o processo de cura analítica baseia-se na possibilidade do paciente recordar os fragmentos de sua vida, das relações intersubjetivas e das fantasias de tempos passados, de maneira que permita não apenas compreender no que os seus sintomas atuais estão veiculados, mas operar de forma com que o sujeito possa transformar sua relação com esses acontecimentos recalçados, oriundos da infância. No entanto, coloca a autora, para que os pacientes encontrem as recordações e façam elaborações a partir de suas próprias lembranças e associações, é preciso lidar com a força das resistências.

Esses autores mencionados, sobretudo as contribuições realizadas por Schneider (1993b), apontam para os riscos de se tomar os preceitos técnicos da psicanálise como

norteadores exclusivos do trabalho psicoterapêutico. Nesse sentido, ainda que a compreensão sobre os conteúdos presentes no inconsciente do paciente possam comportar certa veracidade, isso não garante de forma alguma o cumprimento do trabalho terapêutico. Além da possibilidade do trabalho nessas condições não oferecer nenhum auxílio terapêutico, as tentativas de convencimento por meio de interpretações astutas do analista, mas desvinculadas da condição afetiva do analisando, podem produzir experiências negativas, fazendo com que aumente o estado de sofrimento do sujeito, ou que ocorram novos sintomas, por exemplo.

Acreditamos que para se pensar no *cuidado* do psicanalista diante dos estados de sofrimento do paciente, é necessário que se leve em consideração não apenas o conteúdo de seus desejos recalcados, mas as experiências dolorosas relacionadas às renúncias necessárias das experiências de satisfação da infância, bem como a dura tentativa de substituir essas satisfações por outras que se adaptem às exigências da realidade.

Como pudemos notar anteriormente [ver 2.2], Freud já considerava em 1893 a ineficácia da recordação do evento traumático desacompanhada do afeto sufocado, de modo que o processo terapêutico estava sustentado na tentativa propiciar uma experiência que pudesse religar esses dois elementos que foram separados por força do recalque. Assim sendo, o que o caráter de fidedignidade da experiência traumática era anunciado no momento em que o afeto sufocado, outrora ligado à produção do sintoma, conseguia encontrar sua manifestação pela via original.

Schneider (1993b) nos mostra que a “tomada de consciência” proposta por Freud, só pode ocorrer mediante uma experiência indissociada do campo representativo e afetivo do paciente em análise, vivenciando seus medos, hesitações e sentimentos de paixão junto ao analista, e aproximando-se das representações insuportáveis, que revelam seus traços nessas trocas afetivas. Apenas desse modo a experiência analítica é capaz de proporcionar ao analisando uma maneira de saber a respeito de sua história, suas necessidades, seus desejos e as raízes de seu sofrimento, que comporta uma possibilidade de aceitação subjetiva, podendo fazer desses elementos uma parte de sua personalidade.

Essas contribuições apresentadas, que demonstram a importância das experiências afetivas na relação transferencial e que se deslocam consideravelmente do terreno das atividades de rememoração, preparam o caminho para adentrarmos no tema da *elaboração*, desenvolvido por Freud a partir de 1914.

Dando continuidade aos trabalhos que compõem a série dos “artigos sobre a técnica”, Freud publica “Recordar, Repetir e Elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)” (1914) e “Observações Sobre o Amor Transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III)” (1915).

No primeiro texto, o autor apresenta dois conceitos de importantes para a prática psicanalítica, que são a ideia de *repetição* e do trabalho de *elaboração*. Roussillon (2008) comenta que é com o desenvolvimento da ideia de elaboração que a clínica psicanalítica consegue melhor se diferenciar das psicoterapias baseadas na sugestão, encontrando, dessa maneira, seu caráter identitário.

Nas palavras de Freud (1914a/1969, p.165), “nada restou daquele deliciosamente calmo curso dos acontecimentos, tal como era realizado na clínica da sugestão”, de forma que a clínica passou a se deparar com casos em que o paciente não é capaz de recordar de coisa alguma que esqueceu e reprimiu, passando a expressar os conteúdos inconscientes por meio de uma atuação direta na sessão analítica. Ele, portanto, reproduz os conteúdos de seu inconsciente não como lembrança ou sintoma, mas como ação, repetindo-os sem ter consciência de que está repetindo.

Por exemplo, o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico. Não se recorda de como chegou a um impotente e desesperado impasse em suas pesquisas sexuais infantis; mas produz uma massa de sonhos e associações confusas, queixa-se de que não consegue ter sucesso em nada e assevera estar fadado a nunca levar a cabo o que empreende. Não se recorda de ter-se envergonhado intensamente de certas atividades sexuais e de ter tido medo de elas serem descobertas; mas demonstra achar-se envergonhado do tratamento que agora empreendeu e tenta escondê-lo de todos (FREUD, 1914a/1969, p.165-166).

Nesse sentido, a *compulsão a repetição* que se instaura em sua dinâmica psíquica, impede com que as tarefas ligadas à atividade de recordação possam ocorrer no processo psicoterapêutico, produzindo o que Mezan (1998) chama de uma torção no paradigma anamnético que figurava até o momento no modelo clínico proposto. Nesse caso, a possibilidade de rememoração baseada em conteúdos do passado infantil, cede para uma atuação direta do paciente no espaço analítico, repetindo os conflitos que deram origem a seu estado de adoecimento.

Freud (1914a/1969) comenta que o fenômeno da transferência é ele próprio um fragmento dessa repetição e que, por outro lado, a repetição é uma forma de transferência do passado esquecido não apenas para a figura do analista, mas para todos os outros aspectos da situação atual na qual o sujeito se encontra. O paciente então passa a atuar repetindo na sessão analítica suas inibições, seus complexos inconscientes, assim como todos os seus sintomas no decurso do tratamento.

Dessa maneira, a doença deve ser tratada não como um acontecimento do passado a ser rememorado, mas como uma força atual, sendo colocada, fragmento por fragmento, dentro do campo e alcance do tratamento, de forma que, enquanto o paciente experimenta esse estado de adoecimento como algo real e contemporâneo, é necessário que o analista realize sobre ele o trabalho terapêutico, que consiste, em grande parte, em remontá-los ao passado (FREUD, 1914a/1969). A compulsão a repetição que o analisando manifesta diante do analista, cita Mezan (1998) é o modo pelo qual o seu estado infantil recalcado se presentifica e se materializa no processo psicoterapêutico, organizando-se sob os traços de uma neurose produzida por meio da transferência.

Freud (1914a/1969) explica que o principal instrumento para lidar com a compulsão à repetição, transformando-a em elementos que possam ser recordados pelo paciente, reside no trabalho de *manejo da transferência*. Ou seja, ao conceder aos aspectos transferências um campo definido para afirmarem-se, admitindo-os como em uma espécie de *playground*, os elementos relacionados aos instintos patogênicos do analisando, os quais se encontravam ocultos, manifestam de modo que a compulsão a repetição torna-se útil ao processo terapêutico. Desse modo, é possível fornecer aos sintomas do paciente um novo significado transferencial, substituindo sua neurose comum por uma “neurose de transferência” (FREUD, 1914a/1969). Segundo o autor,

essa nova condição na dinâmica transferencial, ainda que assuma as características de sua doença, age como uma espécie de doença artificial, que passa a ser, em todos os pontos, acessível à intervenção do analista.

Diante disso, podemos compreender que uma “nova neurose” é criada no momento em que os aspectos relacionados ao adoecimento psíquico do paciente convergem, por meio da ação da transferência, para a relação com o analista, incluindo-o em uma de suas “séries psíquicas” estabelecidas na sua vida emocional infantil. Segundo Laplanche e Pontalis (1982) a *neurose de transferência* é esse momento no desenvolvimento do trabalho analítico em que todo o comportamento patológico do analisando passa a se manifestar na análise sob a ação do trabalho transferencial, na relação direta com o analista. No entanto, é por meio dessa neurose artificial que o trabalho analítico encontra seu caminho de intervenção.

A respeito desse processo, Freud (1914a/1969) comenta que:

trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldades, por assim dizer, após a resistência ter sido superada (p.170).

Notamos que quando Freud compara o espaço analítico a uma espécie de *playground*, ele confere a esse lugar a liberdade para que o paciente possa utilizá-lo a partir dos elementos provenientes de sua vida afetiva infantil. Tal como os brinquedos que compõe o “parquinho”, o analista e os demais objetos que estão presentes nesse espaço são oferecidos ao analisando como elementos para serem incluídos nas suas séries psíquicas, relevando por meio do uso que ele faz desses objetos, a trama afetiva presente em sua vida infantil recalcada.

Esse espaço onde ocorrem as experiências analíticas e que caracterizam o enquadre clínico da psicanálise, pode ser compreendido, como cita Figueiredo (2009b), como uma espécie de “quadro em espera”, no qual o analista age facilitando e

aguardando no analisando a escuta do infantil, repondo, no plano das fantasias, a sua condição primordial de onipotência, impotência e dependência radial. Como diz o autor, a partir desse lugar oferecido pelo analista, o paciente é capaz de viver e revelar, por meio da transferência, seus sofrimentos, suas defesas e fantasias.

Além do manejo da transferência, um ponto central no desenvolvimento do processo analítico, diz Freud (1914a/1969), consiste em o analista perceber e comunicar ao paciente as resistências que estão atuando no momento da transferência, nomeando e oferecendo tempo para que ele possa se familiarizar com elas, apropriando de seus aspectos e procedendo de uma maneira a elaborá-las e superá-las. Quando as resistências estão no seu auge, o analista pode, juntamente com o analisando, descobrir os impulsos instintuais reprimidos que estão na base da resistência, proporcionando um tipo de experiência capaz de convencer o paciente da existência e do poder de tais impulsos (FREUD, 1914a/1969).

A construção desse espaço aberto, desobstruído, em que convida o analisando a uma experiência de disponibilidade e confiabilidade na relação analítica (FIGUEIREDO, 2008b), permite que as experiências necessárias à análise sigam seu curso na velocidade e de acordo com sua condição de elaboração, de maneira que, como alerta Freud (1914a/1969), não podem ser nem evitadas nem continuamente apressadas pelo analista.

O trabalho de elaboração das resistências, cita Freud (1914a/1969), pode se revelar uma tarefa árdua para o analisando e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho psicanalítico que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue melhor o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento realizado pela sugestão. Enquanto a ab-reação das cotas de afetos estranguladas pela repressão representava o ponto central do processo de cura conduzido por Freud no período anterior à criação da psicanálise, a experiência de elaboração, considerando tudo o que nela é imprescindível, adquire nesse momento seu papel central no processo de cura.

Roussillon (2008) comenta que enquanto nas psicoterapias baseadas na técnica da hipnose o trabalho de elaboração é descartado, já que possuem como meta terapêutica a “descarga” direta do material reprimido pelo paciente; na prática

psicanalítica, esse trabalho ocupa um lugar central. Segundo o autor, a proposta terapêutica na psicanálise desenvolve-se de uma maneira em que o ego do analisando tem sua integridade “respeitada”, fazendo com que o trabalho de elaboração em direção às lembranças reprimidas seja uma tarefa essencial. Da mesma maneira, enquanto no método hipnótico e na sugestão a experiência de *convicção* do paciente é fundada na força, quase alucinatória, do retorno da impressão primitiva, na prática psicanalítica, a *convicção* se baseia na aliança do tratamento com os processos secundários e no respeito ao ego do indivíduo (ROUSSILLON, 2008).

Uma vez que a ocorrência da resistência na sessão analítica está relacionada à atualização do recalque sobre os conteúdos inconscientes, ela se torna um elemento útil para o tratamento, pois faz com que os conteúdos que estão em jogo nela e no que sofreu a ação do recalque na vida do paciente, possam ser percebidos e reconhecidos durante a análise (ROUSSILLON, 2008). Dessa maneira, cita o autor, o trabalho empreendido e o tempo necessário para elaboração das resistências, bem como o conteúdo que elas revelam, resultam em uma experiência de *convicção* no analisando, baseada na apropriação subjetiva dos conteúdos da análise. É nesse sentido que a tarefa de elaboração das resistências obriga a dupla analítica a um verdadeiro trabalho psíquico, capaz de preencher subjetivamente a análise e dar valor ao que está em jogo nela (ROUSSILLON, 2008).

A medida de tempo na qual o trabalho elaborativo se desenvolve, opõe-se a uma concepção do retorno do passado tal como está presente no modelo da ab-reação imediata, já que o tempo necessário para a elaboração baseia-se, como explica o autor, no funcionamento dos processos secundários do psiquismo, em que os complexos inconscientes do paciente são colocados “fragmento por fragmento” dentro de sua percepção, assim como do campo e do alcance do tratamento.

Esse tempo necessário à elaboração também está relacionado à aceitação, por parte do paciente, de um trabalho de luto das “identidades de percepção”, tal como se manifestam na atualização transferencial e nas formas de agir transferenciais que ela implica (ROUSSILLON, 2008). É nesse sentido que o analisando se vê confrontado com as vicissitudes relacionadas à renúncia dos objetos e das experiências de satisfação provenientes da infância, bem como com as dificuldades em substituir esses objetos e essas modalidades de relação por novas e disponíveis pela realidade.

Dessa forma, o desenvolvimento do processo analítico conduz o paciente a esbarrar-se com as experiências de limiar e passagem, defrontando-o com sua condição de dependência, e forçando-o a tomar uma posição diante dessa constatação, seja para se entregar a ela ou para sair dela (FIGUEIREDO, 2014b).

Podemos notar que o trabalho elaborativo, fundamental na clínica psicanalítica, surge diante da postura do analista de se colocar em disponibilidade, por meio da relação transferencial, aos afetos oriundos da vida infantil do paciente, passando a ocupar um lugar específico em suas “séries psíquicas” já constituídas. Na medida em que ele pode “usar” o analista como um “parquinho” pelas fantasias, afetos e por vezes atuações, as vicissitudes de sua vida afetiva infantil são atualizadas na relação, revelando seus contornos. Apesar de Freud nomear essa nova neurose que surge na relação analítica como “artificial”, ela pode ser considerada “original” e, portanto, verdadeira do ponto de vista do inconsciente, ou como nomeia Minerbo (2012) da *criança-nesse-adulto*. Freud recorre a uma noção de “trabalho em dupla”, em que o analista presta auxílio, percebendo e nomeando as resistências, dando significados às transferências, reunindo os fragmentos da vida inconsciente do paciente e remontando-os ao seu passado. No entanto, como bem aponta Pigman (1995), a condição de empatia (*emföhlung*) do analista é fundamental para que esse espaço analítico e todas as suas experiências derivadas, possam ocorrer.

Como cita Figueiredo (2014b), a figura do analista “desperta” as experiências da infância do paciente e, sobretudo, aquelas que estiveram presentes quando a “função traumática” de *corte* e *interpelação* [ver 2.3] proporcionada pela mãe, ou quem foi responsável por realizar essa função, operaram em sua vida. É nesse sentido que o trabalho do analista busca desligar e abrir novos espaços no plano das representações, atravessando defesas e introduzindo sondas, como menciona o autor, em estratos profundos do psiquismo inconsciente para que novos elementos venham à tona, propiciando ligações novas e inesperadas.

Essas experiências, sustentadas no tempo e na relação com o analista, conduzem o paciente a defrontar-se novamente com os “fatos da existência”, agora na posição de adulto. É justamente diante dessa experiência de *confronto* e *limite*, que a elaboração o conduz ao trabalho de luto das “identidades de percepção”, que em alguma medida ficaram parcialmente suspensos diante da ação do recalque. Assim sendo, a difícil tarefa

de renúncia dos objetos e experiências de satisfação da infância, bem como de substituição desses elementos por outros condizentes com as exigências da realidade, é retomadas no processo analítico, tornando-se passível de elaboração.

Dessa maneira, o trabalho de elaboração pode ser descrito como o tempo e a ação necessária para que os processos psíquicos possam ser reconhecidos, domados, explorados e apropriados pela dupla analítica, de modo que o tratamento psicanalítico não fique preso apenas na dimensão pré-consciente do psiquismo, relacionado à atividade de rememoração, mas se confronte com implicações inconscientes verdadeiras que as formas de resistência ao mesmo tempo mascaram e revelam (ROUSSILLON, 2008).

Em “Observações Sobre o Amor Transferencial”, Freud aborda mais especificamente as questões relativas ao manejo da situação transferencial. Uma das recomendações fundamentais descritas pelo autor é a importância do analista não ser levado prontamente a satisfazer as demandas oriundas dos desejos inconscientes do analisando. De forma análoga, diz Freud (1915/1969), o analista não deve se afastar afetivamente, menosprezando e tentando suprimir essas reivindicações que surgem na relação transferencial, mas posicionar-se de uma maneira que possa estar disponível aos investimentos psíquicos, no entanto, sem oferecer uma solução direta e concreta aos anseios do paciente que inviabilizariam as atividades elaborativas.

Essa premissa que o autor define como “regra da abstinência”, tem como fundamento permitir a instalação e o manejo da situação transferencial, dissuadindo os analistas de ações que possam preencher o espaço analítico com elementos que perturbem ou interfiram na relação transferencial com o analisando. Dentro dessas situações existem os casos em que o analista “seduz” o paciente, apresentando-se de uma maneira que não exerce atração dos conteúdos inconscientes, mas provoca e induz uma resposta transferencial específica e baseada em suas necessidades. Nesse caso, o analista se antecipa emocionalmente, inserindo um elemento que não se origina do analisando, provocando uma interferência no trabalho analítico. Outro propósito contido nessa premissa é o de interditar os comportamentos de analistas que diante da manifestação de conteúdos eróticos, encontrem no método analítico uma forma de conseguir ganhos sexuais diretos ou indiretos.

É com base nessas proposições de Freud, que Kupermann (2008b) confere a atitude de não retribuição às demandas oriundas dos desejos inconscientes do paciente, um princípio ordenador da técnica freudiana. Nesse sentido, o manejo da transferência tem como base agir no limiar entre a rejeição e a gratificação pulsional.

Segundo o autor, o trabalho psíquico e o luto exigido pelo processo de elaboração podem ficar comprometidos pela ação maciça dos conteúdos eróticos do paciente atuando sob a forma da transferência com o analista. Dessa maneira, essa atitude técnica do analista caracterizada pela abstinência, permite com que ocorra uma experiência de responsabilização do sujeito frente aos impasses dos interditos construídos pela cultura e consequente pelo desejo irrealizável da infância.

Com relação aos afetos revividos pela transferência, Freud (1915/1969) menciona que:

[...] se deve permitir que a necessidade e anseio do paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças [...] O que poderíamos oferecer nunca seria mais que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real (p.182).

Desse modo, podemos compreender que a posição do analista no processo terapêutico é definida pela construção de um espaço de acolhimento aos anseios afetivos do paciente, respeitando sua condição de sofrimento e compreendendo que esses elementos são derivados das vicissitudes de sua vida afetiva infantil, estendida aos percalços da vida adulta. No entanto, essa posição é marcada pelo auxílio e participação do analista no percurso de elaboração das experiências emocionais, as quais excluem do tratamento psicanalítico a função de satisfação dos desejos inconscientes.

O enquadre clínico onde ocorre a experiência psicanalítica pode ser compreendido, como menciona Figueiredo (2009b), como um enclave na vida civilizada, capaz de convocar ao mesmo tempo em que contém, as experiências emocionais oriundas da infância do sujeito, cuja intensidade passional é incompatível com as “boas maneiras” compartilhadas pela sociedade e pela cultura. Nesse sentido,

complementa o autor, o enquadre psicanalítico é responsável por acolher no plano da fantasia, e eventualmente no plano das atuações e encenações do paciente, os elementos que a “cidade rejeita”, compostos pelos aspectos presentes na sexualidade infantil em seus componentes mais libidinosos e agressivos, oferecendo sustentação e continência a estas experiências perturbadoras para que possam ser elaboradas.

Além disso, precisamos compreender que a fala do analisando não é uma fala solitária, pois é pronunciada na presença do analista, o qual, como suporte imaginário, substitui as pessoas que foram, um dia, de grande importância na vida do sujeito e na história de seus conflitos. Assim, também é uma referência essencial, uma presença indispensável, sem a qual o analisando jamais poderia ser reconhecido na sua condição de sujeito (ROCHA, 2008).

Depois de publicar os “Artigos sobre a Técnica”, Freud escreve ao psicanalista húngaro Sandor Ferenczi que as “recomendações” presentes nesses textos possuem uma natureza essencialmente negativa, no sentido de focalizar as condutas que devem ser evitadas pelos analistas. Como menciona Figueiredo (2008b), esta passagem tem sido utilizada com variados propósitos, mas, em geral, para reivindicar uma certa cautela e um pouco mais de liberdade diante dos conselhos freudianos, de forma a não tomá-los como definitivos e limitadores do que poderia ou deveria ser o desenvolvimento do pensamento psicanalítico sobre a técnica. Em contrapartida à “natureza negativa” do texto, tudo o que é positivo, afirma Freud, é deixado ao “tato” do analista.

Vemos nessas advertências de Freud a interdição de todas as formas de imposição, impaciência, excesso de determinação terapêutica ou científica, pressa na formulação e administração de interpretações e, muito particularmente, a extração a fórceps de lembranças, histórias etc. Tudo isso em franca oposição ao que seria desejável ao analista, que consiste em uma capacidade *de insistir, suportar e sustentar* um processo de cura ao longo de seu percurso e das turbulências encontradas nesse percurso (FIGUEIREDO, 2008b).

Acerca das correspondências de Freud com Ferenczi, Pigman (1995) comenta que, uma vez que o “tato” introduzido por Ferenczi na clínica psicanalítica pode ser definido pela capacidade de empatia do analista, quando Freud escreve que em contrapartida à natureza negativa das suas “recomendações” tudo que é positivo é

deixado ao “tato” do analista, ele está dizendo, portanto, que deixa tudo o que dever ser feito para as suas habilidades sustentadas pela empatia.

Nessas circunstâncias, quando são dissuadidos e interditados os comportamentos que poderiam ser considerados danosos à relação ou à pessoa do paciente, ou seja, aquelas ações que estão em oposição às atividades de cuidado, o tato do analista é responsável por garantir as condições que são essenciais às trocas humanas, marcadas pelo gesto de consideração e respeito à alteridade. Além do “tato” significar prudência em relação a algo, ele também descreve um tipo de relação na qual o sujeito busca conhecer e interagir com a realidade e com o outro, “tateando” esse desconhecido que a alteridade representa, de forma a vislumbrar seus contornos e preservando suas características.

Uma boa compreensão das interdições que Freud comunica nas suas “recomendações” não se encerra, como cita Figueiredo (2008b), enquanto não se souber o que se instala e se abre a partir da interdição dos procedimentos excessivos e abusivos, que intrometem indevidamente no processo de cura. Segundo o autor, o que se abre é um espaço para uma forma muito especial de presença exercida pelo analista, cuja característica é a possibilidade de comportar certa ausência, no sentido de um espaço aberto, desobstruído, em que convida o paciente a uma experiência de disponibilidade e confiabilidade no espaço analítico.

Nesse sentido, a proposta da clínica freudiana, cita Figueiredo (2008b), visa criar e oferecer um espaço, um tempo e um suporte para que as “emergências psíquicas” dos pacientes, na forma de associações livres, recordações, repetições, vínculos e respostas transferenciais possam ser vivenciadas e acolhidas. Quando esses elementos constitutivos do enquadre psicanalítico são oferecidos de forma consistente e natural, a “regra fundamental” da associação livre, na qual o paciente deve tudo dizer, apenas dá conta de uma pequena parte do processo, pois, de outro lado, cria-se também um espaço e um tempo para a *atenção flutuante* do analista, que consiste em um modo de escuta que comporta uma presença intermitente, na qual sua atenção tenta escapar da compreensão fixa no desencadeamento de fatos e eventos, tal como o analisando descreve (FIGUEIREDO, 2008b).

Ao comentar sobre a qualidade da *atenção flutuante* que orienta o analista em sua prática clínica, Coelho Junior (2008) menciona que essa forma especial de escuta e atitude do analista, é caracterizada por uma modalidade de atenção que não se detém fixamente em algo, mantendo-se, por isso, aberta a todas as diferenças, bem como também a todas as semelhanças que surgem na fala do analisando e se manifestam na sessão. De acordo com o autor, a *atenção flutuante* baseia-se na possibilidade do analista em retirar-se de um plano de julgamentos e determinações preestabelecidas, para poder deixar-se fluir pelos meandros próprios e presentes das situações que estão circunscritas na situação analítica, considerando sua complexidade transferencial e as multiplicidades temporais presentes nesse fenômeno.

Por meio dessa modalidade de escuta, torna-se possível fazer com que os sentimentos emergentes a partir de uma determinada situação na história do paciente, assumam um lugar primordial na apreensão de uma experiência que, se recoberta e soterrada por designações previamente elaboradas pelo analista, perdem sua riqueza simultaneamente reveladora e transformadora (COELHO JUNIOR, 2008, p.88).

Em função desses aspectos apresentados, a qualidade da “atenção flutuante” tal como produzida por Freud, representa não apenas um elemento central na constituição da clínica psicanalítica, mas, como cita Coelho Junior (2008), um preceito técnico fundamentado em uma posição ética, marcada pela abertura e consideração a alteridade.

É por meio dessa posição que o analista é capaz de aceitar e acolher o que é apresentado pelo paciente, seja no plano da fantasia, da fala ou da ação contemplando e enfrentando os elementos que emergem nessa relação sem recair em preferências ou em resistências pessoais (FIGUEIREDO, 2008b). Essa posição que comporta um aspecto de neutralidade pode ser caracterizada, como cita Figueiredo (2008b), pela suspensão do vértice moral em proveito de uma ética, no caso, a ética do acolhimento sereno do que está por vir e que pode ainda surpreender. Sem esta “neutralidade” do analista, complementa o autor, teríamos uma invasão do campo analítico por sua “pessoa real”, sem qualquer reserva, sem qualquer disponibilidade para servir aos usos de que o paciente precisa no seu processo de cura.

Como bem coloca Coelho Junior e Barone (2007), a ética da psicanálise não deve ser entendida como um conjunto de regras morais e técnicas, mas como uma

abertura fundamental à alteridade do paciente, como forma de encorajar seu desenvolvimento individual.

Relembrando o trabalho de Freud sobre a *Gradiva* de Jensen (1907), Rocha (2008) comenta que a *experiência analítica é sempre uma experiência libertadora*, visando dar outra vez ao homem a liberdade que está presente em sua capacidade de amar e trabalhar, e que foram subtraídas pela força da “miséria neurótica”. Dentre os seres vivos, continua o autor, o homem é o único que parece se tornar prisioneiro de sua própria história e de seu passado, mas por outro lado, nada define melhor o ser humano do que a experiência de sua liberdade na tarefa de construir sua existência. Enquanto os demais seres da natureza nascem determinados para ser aquilo que são e possuem a trajetória de sua evolução definida, o homem é aquilo que ele próprio é capaz de fazer da sua existência (ROCHA, 2008).

De maneira semelhante ao apresentado por esse autor, Schneider (1993b) menciona que a clínica psicanalítica opera frente à possibilidade do paciente, ao tomar consciência de uma realidade, realize um movimento de libertação frente esta mesma realidade. Segundo a autora, no momento em que sujeito toma consciência de seu passado, de suas motivações e dos seus fantasmas, ele deixa de ser escravo. A tomada de consciência seria, portanto, este movimento de ruptura, instaurador de um espaço em que seja possível que o sujeito veja a sua história e a assimile, fazendo-a sua (SCHNEIDER, 1993b).

Esse conjunto de textos (FREUD, 1912a/1969, 1912b/1969, 1913/1969, 1914a/1969, 1915/1969) apresenta a complexidade em que está inserida a clínica psicanalítica, traçando, todavia, os limites e os fundamentos nos quais a sua prática está sustentada. Os apontamentos de Freud permitem compreender que além de uma qualidade pessoal do analista, o método psicanalítico traz em seus princípios ordenadores a necessidade de construção de um espaço de acolhimento marcado pela empatia e pela abertura à alteridade, despertando ao mesmo tempo em que contém, as marcas e os conflitos oriundos da vida afetiva infantil do paciente, favorecendo dessa forma, o trabalho de elaboração dessas experiências.

Considerações finais

Nesse estudo realizamos um breve percurso nas obras de Freud focalizando os trabalhos desenvolvidos pelo autor entre 1895 e 1915. Nesse período vemos surgir a clínica psicanalítica, bem como o seu desenvolvimento até os “Artigos sobre a Técnica”, momento no qual Freud reúne e formaliza os pressupostos essenciais dessa prática psicoterapêutica, constituindo o modelo que ficou conhecido como modelo clássico da clínica.

A criação freudiana nasce em um contexto em que as causas dos sofrimentos dos seres humanos eram determinadas unicamente pela sua dimensão fisiológica, de forma que a noção de cuidado era submetida ao domínio da técnica, excluindo os fatores subjetivos e emocionais do campo terapêutico. A proposta de Freud permitiu dar voz e resgatar o universo subjetivo dos pacientes acometidos pelas doenças psíquicas, de maneira que seu método surge sustentado na possibilidade de escutar as singularidades, diferentemente da replicação de dados e constatações obtidas nos experimentos de laboratório.

Esse gesto permite que haja uma abertura e uma disponibilidade em acolher os elementos que surgem na interação com o paciente a partir de sua fala e seu sofrimento, possibilitando uma experiência de consideração afetiva e credibilidade ao que é apresentado, diferenciando-se das modalidades de tratamento que viam nos sintomas sem causas orgânicas uma tentativa de simulação do sujeito.

A exigência dessa disponibilidade afetiva e intelectual parece acompanhar o percurso do conceito de cuidado em todo o período da obra de Freud que investigamos, definindo uma postura do analista que se opõe às atividades caracterizadas pela tarefa de coleta e levantamento de dados, na qual racionalidade sobrepõe os afetos. Essa atitude pode ser entendida como algo além de uma conduta zelosa diante do outro, sendo responsável por fundamentar as condições necessárias para que o trabalho analítico possa ocorrer. Diante da experiência de consideração e respeito aos seus sentimentos e à sua condição, o sujeito torna-se capaz de revelar os elementos dolorosos de sua história pessoal e que estão nas raízes de seu sofrimento psíquico, bem como construir uma relação com o analista na qual as vicissitudes de sua vida afetiva podem se manifestar.

Desde os “Estudos sobre a Histeria” (1895) até os “Artigos sobre a Técnica” (1915) a necessidade de construção e sustentação de um espaço que facilitasse determinadas vivências afetivas do paciente esteve no escopo da proposta freudiana de tratamento, de forma que pôde adquirir uma identidade mais definida a partir do último texto, constituindo o que ficou conhecido como “clínica clássica”. Se, inicialmente, essas propostas aparecem ligadas à necessidade da experiência de *ab-reação*, elas vão adquirindo maior complexidade, incluindo a relação transferencial e chegando às experiências de elaboração.

A partir da “Interpretação dos Sonhos” o trabalho psicanalítico parece afastar-se completamente das concepções terapêuticas que buscavam “corrigir” a suposta parte doente do indivíduo, abrindo-se, dessa maneira, para o acolhimento dos conteúdos e desejos inconscientes do sujeito. Nesse contexto, a ideia de realidade psíquica confere a esses elementos inconscientes um estatuto de verdade e, logo, de um fator real na determinação dos quadros de adoecimento neurótico, levando o analista, portanto, a dar-lhes maior credibilidade.

A consideração da psicanálise por desenvolver seu método *per via di levare*, salienta que o processo analítico está centrado em retirar os excessos e abrir os caminhos que impedem que o sujeito possa reconhecer e se apropriar de uma parcela significativa de sua vida afetiva que sofreu ação do recalque. Isso consiste em reconhecer que o tratamento está fundado no contato humano e na facilitação de um tipo de experiência que permite a “tomada de consciência” de algo já presente em sua vida, sem a intrusão de algo alheio à vida do sujeito.

Nesse sentido, a atenção que o analista emprega no processo analítico é caracterizada pela possibilidade de uma percepção totalmente nova, constituindo um espaço essencial para a manifestação do outro em seus aspectos mais singulares e particulares, comportando sua história e as suas experiências emocionais tanto em nível consciente quanto inconsciente.

Mais do que a aplicação de um conjunto de técnicas, esse método é norteado por uma ética que pode ser definida pela abertura à alteridade, sendo capaz de receber e sustentar a alteridade radical implicada no inconsciente do paciente, de modo a esperar

o inesperado e sustentando uma posição que comporta uma certa ausência, necessária para a manifestação do outro (COELHO JUNIOR; BARONE, 2007).

Freud demonstra nesses textos que a tarefa de interpretação também está sujeita aos mesmos princípios éticos que embasam o encontro analítico, de forma que ela e os efeitos que ela produz no psiquismo do analisando devem estar sempre atrelados ao processo psicoterapêutico. Nesse sentido, por mais que a interpretação busque os conteúdos profundos do inconsciente, ela deve estar sempre atrelada à “superfície da mente”, marcada pelo contato vívido, afetivo e intelectual da dupla analítica. Essa ação deve se constituir, portanto, mais como uma experiência de integração e cuidado ao paciente do que de ruptura ou de convencimento do analista.

Apesar das traduções derivadas do inglês como a Edição *Standard* Brasileira não apresentarem o conceito de empatia, nosso estudo revelou que esse conceito é de grande importância no desenvolvimento psicoterapêutico, bem como no pensamento de Freud, sendo mencionado em diversos momentos de sua obra. Essa condição afetiva de reconhecimento e consideração à pessoa do paciente permite que a análise se desenvolva e que as experiências necessárias para o processo terapêutico, como a transferência positiva e os efeitos da interpretação do analista possam ocorrer. A ausência dessa capacidade, caracterizada por condutas que desconsideram as necessidades emocionais do paciente ou que efetuam um reconhecimento apenas em nível intelectual, acabam por distanciar-se afetivamente dele e dificultar o avanço do processo analítico.

O caráter negativo das “recomendações” apresentadas nos “Artigos sobre a Técnica” versa não apenas sobre as ações do analista que subvertem os princípios técnicos da psicanálise, mas, sobretudo, pelas atitudes que contrariam as bases do cuidado nas relações humanas. São condutas que além de criarem interferências no desenvolvimento do processo analítico, desvinculam o tratamento de sua dimensão ética alicerçada no reconhecimento e respeito à alteridade, correndo o risco de produzir mais sofrimento ao paciente e descaracterizar os fundamentos nos quais a clínica psicanalítica está assentada.

Enquanto isso, o caráter positivo das “recomendações” reside no que o autor descreve como a capacidade de “tato” do analista que, tal como a empatia, desenvolve-

se de maneira única e singular em cada relação humana, norteadas pelo afeto e pela consideração ao outro. Isso consiste em considerar a importância de modular as intervenções realizadas no processo psicoterapêutico de forma a adaptarem-se às condições subjetivas do indivíduo, não deixando com que os elementos técnicos se sobreponham ao contato vívido, afetivo e intelectual com o paciente.

Ao citar que na origem e na essência da linguagem estão os afetos, Rousseau (1759/1978) sugere que a comunicação tem como base o encontro afetivo, sendo motivado pelo anseio de perceber no outro que ele é capaz de sentir os mesmos sentimentos que o sujeito está sentindo, fazendo da linguagem mais do que um simples processo de comunicação. Nesse sentido, o paciente não fala apenas para ser compreendido em nível intelectual, mas para viver uma experiência de compartilhamento de sua dor, cujo encontro afetivo possibilitado pela capacidade de empatia do analista é fundamental.

Esses fatores permitem que se estabeleça uma forma muito especial de presença exercida pelo analista, cuja característica é a possibilidade de comportar certa ausência, no sentido de um espaço aberto, desobstruído, em que convida o analisando a uma experiência de disponibilidade e confiabilidade no espaço analítico (FIGUEIREDO, 2008b).

Para além de uma posição de consideração e respeito, o cuidado oferecido ao paciente também é responsável por “despertar” as experiências e as vicissitudes de sua vida infantil recalcada. Essa vivência permite que o paciente possa “usar” o analista por meio das fantasias, afetos e atuações, como uma espécie *playground*, revivendo e reatualizando os componentes afetivos de sua infância.

É essa situação que confere à clínica psicanalítica sua característica mais particular, pois está fundamentada em uma experiência concreta do paciente no encontro analítico, responsável por convocar e dar sustentação aos elementos relativos à sexualidade infantil em seu formato mais libidinoso e agressivo, possibilitando, assim, sua elaboração. Além do tempo e da ajuda necessários para que esses fragmentos sejam remontados no plano da percepção do indivíduo, a elaboração também trabalha diante do luto das experiências e dos objetos amorosos da infância que ficaram suspensos por conta da ação do recalque.

Observamos que o método freudiano desenvolvido nesse período não se propõe a ensinar ou convencer o paciente sobre o que seria supostamente não sabido, e, portanto, inconsciente, mas de proporcionar uma outra forma de sabê-lo. A “tomada de consciência” que almeja a clínica psicanalítica está embasada em um movimento indissociavelmente representativo e afetivo na vida psíquica do paciente, proporcionando uma experiência que possibilite o reconhecimento e a aceitação de uma realidade que é de seu inconsciente (SCHNEIDER, 1993b).

Tal como as narrativas descritas por Benjamin (1936/1994), a matéria prima do trabalho analítico pode ser definida como as experiências da vida humana, nas suas dimensões e nos seus conflitos mais fundamentais. O trabalho do cuidado diante desses elementos desenvolve-se sempre de uma forma artesanal, circunscrita ao espaço das trocas humanas, no qual a subjetividade e a singularidade são contempladas. A tarefa da elaboração entendida nesses moldes visa organizar os fragmentos da vida do sujeito de uma maneira que possam se tornar algo sólido, único e útil para sua existência.

O trabalho analítico também se aproxima das estruturas narrativas na medida em que se propõe a construir novos sentidos às experiências humanas, opondo-se ao domínio dos ideais e expectativas socialmente esperadas, como ocorre na estrutura das fábulas, reiterando, dessa maneira, sua posição ética que está pautada na singularidade e não nas psicoterapias de base adaptativas.

Da mesma forma que o objetivo da narrativa pode ser compreendido como de tornar o sujeito um narrador, o trabalho analítico também está baseado na possibilidade do paciente construir sua própria narrativa, apropriando-se de sua própria história e dos aspectos a ela inconscientes. Como cita Schneider (1993b), ao tomar consciência de seu passado, de suas motivações e dos seus fantasmas, o indivíduo abre um espaço essencial para que veja e assimile afetivamente sua própria história, fazendo-a sua.

Dessa maneira, podemos perceber que as qualidades presentes no cuidado humano apresentam-se e estão circunscritas nos pressupostos fundamentais da clínica psicanalítica, tal como apresentada por Freud nos textos que estudamos. Isso consiste em considerar que desde sua fundação em 1895 até sua constituição em 1915 sob o formato da clínica clássica, o gesto de cuidado sempre esteve presente e orientando o trabalho analítico diante das singularidades dos pacientes.

Se de um lado, o teorismo e a ênfase nos aspectos técnicos e conceituais em detrimento da clínica e, logo, do cuidado, distanciam-se da essência da psicanálise, de outro lado, qualquer proposta psicanalítica que se pretenda basear-se no gesto de cuidado, precisa considerar essas contribuições de Freud.

A possibilidade de abertura para o outro no qual o método psicanalítico está sustentado permite-nos também compreender a história afetiva do indivíduo e como sucedeu o seu desenvolvimento nesse aspecto. A contribuição que a perspectiva freudiana oferece ao tema do cuidado no desenvolvimento humano permite-nos conceber que além de promover e preservar a integridade e a dignidade do sujeito nas etapas iniciais de vida, preparando-as para as futuras, as ações do cuidado são responsáveis por despertar e formar os elementos relativos à atividade sexual e ao desejo humano.

Nesse sentido, ao retirar a criança de seu estado de desamparo inicial, os pais proporcionam a ela um encontro marcado pelo envolvimento afetivo, permitindo que experiências fundamentais de prazer e satisfação ocorram e sejam registradas em seu psiquismo ainda em construção. É por meio dessas vivências, ocorridas no encontro humano, que o sujeito constrói um modo de se relacionar com o mundo e consigo mesmo, sendo orientado pelos traços que foram impressos no seu psiquismo. No entanto, o percurso da vida afetiva apresenta suas maiores turbulências, inclusive levando o indivíduo a adoecer, quando ele se vê confrontado com a dura tarefa de ter encontrar e substituir os objetos e as experiências de satisfação de sua infância por outras aceitáveis pela cultura. A interdição ao acesso desses objetos e dessas experiências de caráter incestuoso é instaurada com o advento do complexo de Édipo, levando o sujeito a recalcar a representação desses elementos e encontrar nos sintomas um meio de satisfação desses desejos primitivos.

Dessa maneira, o cuidado humano não é recebido de forma passiva pelo bebê que se encontra em estado de desamparo. No início de vida, as experiências mais fundamentais relacionadas ao cuidado criam as condições para que uma interação marcada pelo desejo possa ser despertada, de forma que os impulsos mais primitivos se apresentam como protagonistas nesse encontro.

No entanto, ainda que a inserção do indivíduo na sociedade e na cultura seja possibilitada pelo cuidado dos pais, ela só pode se efetivar na medida em que a renúncia às modalidades passionais de satisfação ocorra, substituindo os objetos e os modos de relação da infância por novos, disponíveis pela cultura. Muito além de ser uma simples substituição e renúncia, essa experiência é responsável por permitir ao sujeito uma libertação dos seus complexos infantis, de forma que possa administrar melhor sua vida afetiva em concordância com sua etapa de desenvolvimento e com suas aspirações de vida.

O ponto de encontro do cuidado na teoria da gênese do desenvolvimento com o cuidado na clínica psicanalítica ocorre quando o trabalho do analista, sustentado nos princípios éticos e técnicos da psicanálise, é capaz de construir um espaço onde os elementos que se tornaram fontes de conflitos e sofrimentos, procedentes da ação do cuidado dos pais, podem ser convocados, sustentados e elaborados na experiência analítica.

Nesse sentido, as noções de cuidado que encontramos na obra de Freud podem ser compreendidas pela sua dimensão constitutiva do ser humano, marcadas pela relação interpessoal entre a criança e o cuidado dos pais, e por sua dimensão elaborativa, sustentada pela relação entre o paciente e o cuidado do analista.

Referências

AGUIAR, F. *Questões Epistemológicas e Metodológicas em Psicanálise*. Jornal de Psicanálise, São Paulo, v. 39, n.70, p. 105-131, jun. 2006.

AULETE, C. *Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Delta, 1970.

BENJAMIN, W. (1936) O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BIRMAN, J. Freud e Ferenczi: confrontos, continuidades e impasses. In: KATZ, C (Org.). *Ferenczi: História, teoria, técnica*. São Paulo: ed.34, 1996.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, Brasília, v.1, n.1, p.28-35, out./mar.2005.

BOFF, L. A fábula-mito do Cuidado. In: *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012a.

BOFF, L. Cuidado: o ethos humano. In: *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012b.

BOFF, L. A falta de cuidado: estigma de nosso tempo. In: *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012c.

BOFF, L. A natureza do cuidado. In: *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012d.

BOFF, L. ressonâncias do cuidado. In: *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012e.

BOSI, E. A atenção em Simone Weil. In: *O Tempo Vivo da Memória: Ensaios de Psicologia Social*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BUENO, F. *Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa*. São Paulo: Saraiva, 1968.

BRACCO, M. As Novas Traduções de Freud: uma Renovação Bem-Vinda. *Jornal de Psicanálise*. v. 45, n. 83, p.233 – 241, 2012.

CANO, T; KUPERMANN, D. O uso da Einfühlung em Freud no horizonte da dimensão sensível da experiência psicanalítica. In: FIGUEIREDO, L; SAVIETO, B; SOUZA, O (Orgs.). *Elasticidade e Limite na Clínica Contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2013.

COELHO JUNIOR, N. A noção de objeto na clínica freudiana. *Ágora*. v. 4, n. 2, p. 37-49, jul./dez. 2001.

COELHO JUNIOR, N. Fala, Escuta e campo terapêutico em psicanálise. . In: FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

COELHO JUNIOR, N; BARONE, K. A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 41, n. 3, p. 88-100, 2007.

CUNHA, A. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CUNHA, A. *Índice de Vocabulário do Português Medieval*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1986.

DECESARO, M; OLIVEIRA, N; WAIDMAN, M. Os fatores cuidadosos de Watson na Ética de docentes de enfermagem. *Cogitare Enferm*. v. 4, n. 2, p. 28-35, 1999.

De MARTINI, A; COELHO JUNIOR, N. Que importância tem a dimensão econômica para a psicanálise contemporânea? Um estudo aprofundado sobre o objeto primário e a ambivalência das pulsões em Freud. *Psicologia USP*: São Paulo, v. 23, n. 2, 2012.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

FEDIDA, P. Amor e Morte na Transferência. In: *A Clínica Psicanalítica: Estudos*. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

FERREIRA, A. *Novo Aurélio Século XXI: O Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, L. A Metapsicologia do Cuidado. In: *As Diversas Faces do Cuidar: Novos Ensaio de Psicanálise Contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009a.

FIGUEIREDO, L. Ao redor do processo analítico e suas variedades. In: *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: escuta, 2009b.

FIGUEIREDO, L. C. A psicanálise e a Clínica Contemporânea. In: *Revista Contemporânea: Psicanálise e transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n. 7, jan-mar, 2009c.

FIGUEIREDO, L. Cuidado e Saúde: Uma Visão Integrada. In: *Cuidado, Saúde e Cultura: Trabalhos Psíquicos e Criatividade na Situação Analisante*. São Paulo: Escuta, 2014.

FIGUEIREDO, L. Novas Considerações Sobre Implicação e Reserva. In: COELHO JUNIOR, N. FIGUEIREDO, L. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2008a.

FIGUEIREDO, L. Presença, Implicação e Reserva. In: COELHO JUNIOR, N. FIGUEIREDO, L. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2008b.

FOUCAULT, M. (1969) *O que é um autor?* Lisboa: Vega, 2000.

FREUD, S. (1886) Relatório sobre meus Estudos em Paris e Berlin. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.1.

FREUD, S. (1893a) Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: Uma Comunicação Preliminar. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.1.

FREUD, S. (1893b) A sexualidade na etiologia das neuroses. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.1.

FREUD, S. (1895a) Estudos Sobre a Histeria. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.2.

FREUD, S. (1895b) Projeto para uma psicologia científica. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.2.

FREUD, S. (1895c) Psicoterapia da Histeria. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.2.

FREUD, S. (1896) Carta 52. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.1

FREUD, S. (1897) Carta 69. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.1.

FREUD, S. (1900) A Interpretação dos Sonhos. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.4.

FREUD, S. (1905a) Sobre a Psicoterapia. In: _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.7.

FREUD, S. (1905c) Fragmento da Análise de Um Caso de Histeria. In: _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.7.

FREUD, S. (1905b) Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. In: _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.7.

FREUD, S. (1910) Psicanálise “Silvestre”. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. 9.

FREUD, S. (1911) O Manejo da Interpretação de Sonhos na Psicanálise In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12.

FREUD, S. (1912a) A Dinâmica da Transferência. In: _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12.

FREUD, S. (1912b) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. V.12.

FREUD, S. (1912c) Tipos de Desencadeamento da Neurose. In: _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12.

FREUD, S. (1913) Sobre o início do tratamento. In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 12.

FREUD, S. (1914a) Recordar, Repetir, Elaborar. In: _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12.

FREUD, S. (1914b) Narcisismo: Uma Introdução. In: _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.12.

FREUD, S. (1915) Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In _____ *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. V. 12.

GARCIA-ROZA, L. O discurso do desejo: a interpretação dos sonhos. In. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1984.

GIBSON, E; WALK, R. The Visual Cliff. In. *Scientific American*, n. 202, 64-71, 1960.

HUGHES, J. Os Paradigmas Freudianos. In: *Reformulando o Território Psicanalítico: O Trabalho de Melanie Klein, W. R. D. Fairbairn e D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 1969.

KUPERMANN, D. Dor e Cura na Constituição da Clínica Freudiana: Um Ensaio Sobre o Primeiro Freud. In: *Presença Sensível: Cuidado e Criação na Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008a.

KUPERMANN, D. Presença Sensível: A Experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. In: *Presença Sensível: Cuidado e Criação na Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008b.

LAPLANCHE, J. A “Angst” na Neurose. In. *Angústia – Problemáticas I*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

LAPLANCHE, J. A Ordem Vital e a Gênese da Sexualidade Humana. In: *Vida e Morte em Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985a.

LAPLANCHE, J. A Sexualidade e a Ordem Vital no Conflito Psíquico. In: *Vida e Morte em Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985b.

LAPLANCHE, J. Os Protagonistas da situação originária. In. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, J. *Revolução Copernicana Inacabada*. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, 1993.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

LOPES, J. A Psiquiatria na Época de Freud: Evolução do Conceito de Psicose em Psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 23. n. 1. p. 28-33, 2001.

MACHADO, J. P. *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Lisboa: Editorial Confluência, 1956.

MEZAN, R. A Transferência em Freud: Apontamentos para um debate. In: *Tempo de Muda: Ensaio de Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

MEZAN, R. Problemas de uma História da Psicanálise. In BIRMAN, J. MEZAN, R. (Orgs.) *Percursos na História da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus, 1988.

MINERBO, M. Breve história comentada dos conceitos de transferência e contratransferência. In. *Transferência e Contratransferência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

NASCENTES, A. *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1932.

NOGUEIRA, L. A Pesquisa em Psicanálise. *Psicologia USP*. v. 15, n. 1/2, 2004.

OCARIZ, M. A Concepção Freudiana de Sintoma. In. *O Sintoma e a Clínica Psicanalítica: O Curável e o que não tem Cura*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2003.

PAGANINI, M. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. *Cogitare Enferm*. v. 5, n. esp., p. 73-82, 2000.

PASTORE, J. Psicanálise e Linguagem Mítica. *Revista Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 64. n.1, jan. 2012.

PELLEGRINO, H. Pacto Edípico e Pacto Social (Da gramática do desejo à sem-vergonhice brasileira). *Folha de São Paulo*. Folhetim, n.347, 11.set.1983.

PESSOA, S; PAGLIUCA, L; DAMASCENO M. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. *Revista Enfermagem – UERJ*. v. 14, n. 3, p. 463-469, 2006.

PIGMAN, G. Freud e a História da Empatia. *Livro Anual de Psicanálise*. Int. J. Psycho-Anal. v. 76, n. 2, 1995.

PLASTINO, C. A dimensão constitutiva do cuidar. In: Maia, M (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

RABELO, F. Sobre o legado de Breuer e Anna O. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro , v. 43, n. 2, dez. 2011.

ROCHA, Z. A Ontologia Heideggeriana do Cuidado e suas Ressonâncias Clínicas. In. *Síntese Revista de Filosofia*. Belo Horizonte, v. 38, n. 120, 2011.

ROCHA, Z. Para uma clínica psicanalítica do cuidado. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, 2013.

ROCHA, Z. A experiência psicanalítica: seus desafios e vicissitudes, hoje e amanhã. *Ágora*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 101-116, jan./jun.2008.

ROUDINESCO, E. A “carta do equinócio”. In: *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E, PLON, M.. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ROUSSEAU, J. (1759) *Ensaio sobre a origem das línguas*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).

ROUSSILLON, R. La perlaboration et ses modèles. *Revue Française de Psychanalyse*, v.72, n.3, p. 855-867, 2008.

SAURET, Marie-Jean. A Pesquisa Clínica em Psicanálise. *Psicologia*. USP, São Paulo, v. 14, n. 3, 2003.

SCHNEIDER, M. A expressão catártica e seus limites. In: *Afeto e Linguagem nos primeiros escritos de Freud*. São Paulo: Editora Escuta, 1993a.

SCHNEIDER, M. A hipótese Inicial: do traumatismo à ab-reação. In: *Afeto e Linguagem nos Primeiros Escritos de Freud*. São Paulo: Escuta, 1993b.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. et al. Arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. *Texto contexto – enfermagem*. Florianópolis , v. 14, n. 1, mar. 2005.

SPITZ, R. *O primeiro ano de vida* da criança. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

WALDOW, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis: Vozes, 2006.

WINNICOTT, D. W. (1970) A Cura. In:_____ *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WINNICOTT, D.W. The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 41, p. 585-595, 1960.