

**O TRABALHO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA ENFANCE
E O PENSAMENTO DE DONALD W. WINNICOTT:
POSSÍVEIS AFINIDADES¹**

RESUMO: A Comunidade Terapêutica Enfance foi um hospital psiquiátrico infantil que esteve em atividade entre os anos de 1968 e 1986, no município de Diadema, SP, e que desenvolveu um método de tratamento da doença mental inovador, pautado pelo atendimento humanizado ao paciente. O elemento central desse método, denominado ambientoterapia, era o trabalho feito para que o ambiente institucional funcionasse como o agente terapêutico principal. Aprimorado através da experiência, e da contínua reflexão sobre essa experiência, esse método desenvolveu valores, posturas e conceitos, compondo uma cultura própria que se tornou marca registrada da instituição. Donald W. Winnicott (1896-1971) foi um pediatra inglês que se tornou psicanalista e psiquiatra infantil, e que desenvolveu, dentro da psicanálise, um modelo teórico próprio, no qual o ambiente e as relações humanas comuns figuram, também, como elementos centrais. Esses elementos são fundamentais no pensamento do autor, tanto do ponto de vista teórico, quanto clínico, possuindo desdobramentos, não apenas na prática psicanalítica, como, também, no âmbito de trabalhos fora do setting analítico. A experiência de trabalho na Comunidade e o estudo sobre a teoria de Winnicott tornaram possível a constatação da ocorrência de termos comuns, tanto à cultura da Comunidade, como ao pensamento desse psicanalista inglês. Os termos *ambiente* e *manejo* são comuns às duas abordagens, e, ao mesmo tempo, são conceitos fundamentais para ambas. O objetivo deste trabalho é o de tentar examinar os conceitos citados, buscando possíveis afinidades entre os mesmos, dando início a um diálogo entre essas duas concepções de trabalho com a saúde e com a doença mental.

Ricardo Muratori é psicólogo, psicoterapeuta com especializações na clínica e no desenvolvimento emocional infantil; formado em psicanálise pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana; mestre em filosofia da psicanálise pela Unicamp com o trabalho “A elaboração do conceito de objeto subjetivo na obra de Donald W. Winnicott”. e-mail: rmuratori@uol.com.br

¹ Texto revisto e ampliado a partir do trabalho apresentado na “II Jornada de Saúde Mental – Criança e Família”, em 20/10/2018, promovida pela Associação Criança, em Sorocaba SP, por ocasião das comemorações dos 50 anos da instituição.

INTRODUÇÃO

A Comunidade Terapêutica Enfance foi um hospital psiquiátrico infantil que esteve em atividade entre os anos de 1968 e 1987, no município de Diadema, SP, e que teve o mérito de desenvolver um método de tratamento da doença mental inovador². Esse método era pautado pelo atendimento humanizado ao paciente, e que se constituiu numa alternativa ao modelo psiquiátrico convencional, afastando-se das práticas tradicionais à época. Tais práticas eram baseadas no confinamento e no emprego de medicação do indivíduo, e que na realidade resultavam no abandono e na depauperação da vida psíquica do paciente.

O elemento central desse método, denominado ambientoterapia,³ era que o próprio ambiente institucional funcionasse como o agente terapêutico principal, o que se conseguia, a partir do cuidado com as relações cotidianas individuais e em grupo. Aprimorado através da experiência, e da reflexão sobre essa experiência, esse método desenvolveu valores, posturas e conceitos, compondo uma *cultura própria*, (ou ideologia, como preferem alguns), que se tornou uma ‘marca registrada’ da instituição.

Donald W. Winnicott (1896-1971) foi um pediatra que se tornou psicanalista e psiquiatra infantil, e que desenvolveu, dentro da psicanálise, um modelo teórico próprio, a teoria do amadurecimento pessoal⁴. Segundo essa teoria, as relações humanas comuns e os fatores ambientais também figuram como elementos centrais para a vida psíquica. Por vezes ainda visto como um psicanalista kleiniano – foi supervisionado por M. Klein entre 1935 e 1940⁵ – Winnicott termina por afastar-se da tradição psicanalítica de Freud e Klein, centrada nos processos intrapsíquicos. Em seus trabalhos publicados a partir de meados dos anos quarenta, vemos esse autor desenvolver um pensamento próprio, com uma concepção de vida psicológica e uma base ontológica próprias⁶. O ambiente e as relações ambientais são para esse autor fundamentais, tanto do ponto de vista teórico,

² Toda essa trajetória encontra-se relatada e ilustrada na obra *Criança – Enfance Uma trajetória de psiquiatria infantil*, (Cytrynowicz, M. 2003 – São Paulo: Narrativa Um – Projetos e Pesquisas de História).

³ O conceito de ambientoterapia, criado por Maxwell Jones, (1972), vinha sendo aplicado pela equipe da Comunidade Terapêutica Leo Kanner, em Porto Alegre, desde o ano de 1965. (*Criança – Enfance*, p. 19).

⁴ Uma apresentação detalhada dessa teoria encontra-se em *A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott*, (Dias, Elsa O. 2003/2014, São Paulo: DWW Editorial).

⁵ Winnicott foi ainda analisado por Joan Rivière, sua segunda analista. Seu primeiro processo de análise foi realizado com James Strachey entre os anos de 1923 e 1933.

⁶ Sobre as mudanças introduzidas por Winnicott na psicanálise, ver Loparic 1995b; 1997a; 2001c; 2006.

quanto clínico, possuindo desdobramentos, não apenas na prática analítica, mas, também, no âmbito de trabalhos fora do setting analítico⁷.

Minha experiência como assistente psiquiátrico⁸ na Comunidade e meus estudos sobre a teoria winnicottiana possibilitaram-me a observação de termos comuns às duas abordagens, o que sugere possíveis afinidades entre elas. O objetivo deste trabalho é dar início a um estudo sobre essas possíveis afinidades, e, para isso, selecionei os termos *ambiente* e *manejo*. Esses conceitos, além de serem comuns às duas abordagens, possuem importância fundamental para as duas linhas de pensamento e de trabalho. O entendimento de que a saúde psíquica do indivíduo, em certo sentido e grau, depende do ambiente é uma premissa essencial no pensamento de Winnicott, e, como veremos, pode-se dizer que essa afirmação também é verdadeira para a cultura da Comunidade. O manejo, conceito difícil de ser explicitado na cultura dessa instituição, também o é na linguagem winnicottiana, talvez pela variabilidade de situações em que ele pode ser empregado, tanto em uma, quanto na outra abordagem.

Desejo salientar que tomo como verdade o fato de que nessa instituição houve produção de conhecimento, sendo que não se tem notícia de qualquer tentativa de registro formal desse conteúdo, nem tampouco de se estudar os elementos conceituais desenvolvidos lá, e de cotejá-los com qualquer teoria. Além disso, acredito ser importante assinalar que a Comunidade nasceu do próprio espírito de pesquisa que marcava o caráter profissional de seus fundadores. No início, havia uma noção apenas teórica sobre como seria trabalhar segundo o modelo da *ambientoterapia*, e mesmo o modelo de comunidade terapêutica não havia sido experienciado. Assim, uma longa jornada de trabalho e de reflexão foi empreendida, até que essas ideias passassem a ter um sentido próprio para aqueles profissionais ali envolvidos. Essa imensa tarefa foi, segundo relatos, ao mesmo tempo, e no mesmo tanto, árdua e criativa.

Segundo Fernando Casadei⁹,

⁷ Como exemplo, ver *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, (Winnicott, 1971b, Imago Ed.).

⁸ O meu período como assistente foi entre 1980 e 1985. O modelo técnico da ambientoterapia, desenvolvido na Comunidade, amadureceu à medida que foi sendo aprimorado o papel do *assistente psiquiátrico*, função essencial para o sucesso dessa técnica. Seu trabalho era acompanhar um grupo de pacientes, sendo um facilitador da dinâmica grupal, e, ao mesmo tempo, um cuidador do grupo, no sentido dos cuidados físicos e psicológicos.

⁹ Fernando foi administrador da Comunidade e uma das “cabeças pensantes” da instituição, além de pessoa muito querida e respeitada por todos.

A Comunidade rompe com um modelo de racionalidade técnica, ela elege como *critério principal para trabalhar, gostar de gente, o critério não era conhecimento na área de psiquiatria e de psicologia*. Isso tinha um fundamento psicológico, *tinha toda uma concepção teórica de um novo modelo*. O problema da sensibilidade era fundamental. O modelo do profissional passa por este processo, mas *lamento que nenhum deles tenha se dedicado a fazer esta formalização do modelo, a generalização filosófica, política, então isso não virou uma escola, a não ser para nós mesmos*. (*Criança – Enfance*, p. 80, itálicos meus).

O que pretendo destacar com essa citação, em primeiro lugar, é a primazia que é dada às relações humanas como critério técnico para o trabalho – o “gostar de gente” – incluindo-se nesse *gostar*, necessariamente, uma capacidade para sintonia e suporte para com o sofrimento psíquico, deixando em segundo plano “o conhecimento na área de psiquiatria e de psicologia”, propondo, assim, um “novo modelo” de trabalho, segundo essas características. Em segundo lugar, quero salientar a preocupação do Fernando com a necessidade de “formalização do modelo”, com a qual concordo, motivo pelo qual resolvi dar início a este estudo. Acredito que essa formalização, além do valor que tem por si só, deva ter por objetivo, propiciar a comunicação do conhecimento produzido na Comunidade, possibilitando, assim, que ele deixe de ser uma escola apenas para aqueles que viveram aquela experiência e possa ser debatido dentro do campo científico.

AMBIENTE E MANEJO

NA CULTURA DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA ENFANCE

O ambiente

O trabalho desenvolvido na Comunidade se caracterizava pelo fornecimento de um ambiente que era trabalhosa e cotidianamente mantido como um ambiente social saudável, isto é, um ambiente preocupado com o respeito mútuo entre as pessoas, fossem elas pacientes, técnicos ou pessoal de serviço (cozinha, lavanderia, limpeza, manutenção e administração). Não se admitia que qualquer pessoa tivesse que se submeter ao outro, pelo simples fato deste possuir algum tipo de poder conferido a ele por cargo, por autoridade intelectual, por função, tempo de casa, etc. Exercitava-se o respeito pela especialidade, pela qualidade, mas sem qualquer tipo de opressão. A manutenção dessas características do ambiente apoiava-se em pelo menos dois fundamentos básicos. Em primeiro lugar, a atitude das pessoas, que acreditavam e

cultivavam certos valores essenciais ao convívio humano comum. Em segundo lugar, um conjunto de regras e normas de conduta que podiam ser discutidas e mudadas, mas deveriam ser respeitadas enquanto vigentes. Tratava-se, portanto, de uma espécie de *código vivo*, porque era defendido na prática por todos aqueles que viviam aquele cotidiano, mas que sempre era passível de revisão.

Para a elaboração desse código vivo de convivência, haviam dispositivos, isto é, instâncias de discussão e de decisão que garantiam a participação de todos no processo decisório – de forma direta ou por meio de representantes – o que levava ao entendimento e ao compromisso direto com aquilo que era decidido. Como exemplo de tais instâncias, havia a reunião geral, (da qual, todos participavam), a reunião de setor, (relativa a uma atividade específica – o setor médico, da cozinha, dos assistentes), a reunião comunitária, (da qual participavam representantes de todos os setores), os grupos operativos, (realizados pela equipe técnica e pelo grupo de pacientes atendidos por aquela equipe), além de outras¹⁰.

Nas palavras de Michael Schwarzschild, (1931-1997), um dos fundadores da instituição,

Um princípio básico era que todos, de pacientes e funcionários a médicos, tinham papéis diferenciados, contudo ninguém teria status diferenciado. Todos eram objeto de discussão. Havia lideranças, não havia hierarquia. Este princípio foi salutar e bem aceito desde o início. (*Criança – Enfance*, p. 68)

A propósito dessa preocupação com as relações humanas e o cuidado com o ambiente, gostaria de chamar a atenção para uma ‘curiosidade histórica’ que, para os fins deste estudo, parece interessante. Em determinado ponto do livro, (*Criança – Enfance*, p. 17), Oswaldo Di Loreto¹¹, (1929-2009), também fundador da Comunidade – na realidade, um dos seus principais idealizadores – relata o momento em que se formou o grupo de profissionais, então colegas médicos no Hospital do Servidor Público Estadual, em meados dos anos sessenta, grupo esse que, alguns anos depois, viria fundar

¹⁰ Havia também outras reuniões, de caráter mais técnico, como a reunião clínica e de supervisão, envolvendo a equipe técnica da unidade.

¹¹ Desde o final dos anos 50 e início dos 60, Di Loreto, um pioneiro na criação de uma escola de psiquiatria e psicologia infantil no Brasil, já possuía uma visão crítica a respeito das implicações entre doença mental e relações sociais. Quando fundou a Comunidade, ele já havia feito tentativas de modificar a organização social em instituições onde trabalhou, dentre elas, um pavilhão do Juqueri, conforme relata em *Publicações*, Volume III, publicação editada por Marisa P. Mélega (1991).

a Comunidade¹². Na ocasião a que ele se refere no relato, esse grupo resolveu se reunir e criar uma clínica particular, a “Clínica Enfance”. Na descrição que ele faz do funcionamento desse grupo, me parece estar presente um valor que acredito ser importante para a instituição que viriam criar. Fala o Di Loreto sobre aquela clínica:

Nós mantínhamos as características universitárias. Apesar de ser uma clínica particular, fazíamos duas reuniões semanais, uma essencialmente técnica, para repassar todos os casos da semana e outra para *lavar a roupa suja*, que servia para manter a união e a amizade do grupo, para cultivar tudo o que já havia sido plantado. (*Criança – Enfance*, itálicos meus p. 17)

No depoimento acima podemos notar duas preocupações ou *dois cuidados* importantes para o trabalho saudável em grupo: primeiramente, a discussão dos casos feita em grupo, o que permite o enriquecimento do pensamento clínico e uma compreensão melhor do processo psicodinâmico do paciente, de sua família e de qualquer outra variável importante para o caso. Ademais, todos aprendem com as discussões dos vários casos. Em segundo lugar, vemos a preocupação com *a qualidade do relacionamento* entre os profissionais, na medida em que, rotineiramente, se reuniam para “lavar a roupa suja”, isto é, falar sobre dificuldades de relacionamento entre os membros do grupo.

A fala de aparência apenas afetiva, “manter a união e a amizade do grupo”, encerra um valor importante e pode ser visto como uma semente daquilo que viria a se tornar uma prática da cultura da Comunidade. Isto é, o cuidado com a qualidade das relações era uma das práticas mais cotidianas e respeitadas daquele viver comunitário, e era, também, um dos fatores que nos ajudavam a manter o ambiente em boas condições de trabalho, ou seja, isso nos ajudava a “terapeutizar o ambiente”.

Uma fala de Waldo Hoffmann¹³ ilustra esse cuidado. Diz ele que:

... lidávamos com o ser humano na sua condição mais rica e verdadeira, até porque lutávamos pela verdade institucional. Se o plantonista estava preguiçoso, isso era discutido, se alguém tomava uma decisão que prejudicava o outro, era

¹² Esse grupo era formado por Oswaldo Di Loreto, Michael R. Schwarzschild, Marisa P. Mélega, Izelinda G. de Barros, Maria Aparecida Albertini, (Bia), Berenice V. de Andrade e Lea Brickmann. (*Criança-Enfance*, pp. 16-17).

¹³ Waldo, psiquiatra, foi supervisor de unidade na Comunidade.

discutido, se a pessoa sentia preconceito era discutido. Isso era levado a sério, era realmente democrático...”. (*Criança – Enfance*, p. 70)

Em linhas gerais, é difícil pensar em um ambiente terapêutico se não houver um cuidado com o desgaste que é próprio das relações, pois, essa prática torna o ambiente confiável ou, pode-se dizer, menos persecutório.

Leda Zancanela¹⁴ falando sobre as reuniões com os estagiários, explica que

... eram grupos em que trabalhávamos muito as dificuldades que poderíamos ter e que não eram necessariamente concretas, objetivas ou operativas. Elas podiam ser absolutamente pessoais, como, por exemplo, quando eu percebo que uma coisa minha [que interferisse no trabalho] estava ligada a um aspecto da minha vida ou da minha personalidade. Nesse tipo de reunião se objetivava trabalhar as dinâmicas pessoais e relacionais. E isso acabava sendo muito terapêutico para o desenvolvimento do papel profissional. Não era uma psicoterapia de grupo, mas era terapêutica, e fundamental para a formação e aquisição de identidade profissional. (*Criança – Enfance*, p. 73)

O objetivo das muitas reuniões, comuns no dia-a-dia da Comunidade, entre outros, era o de fazer com que as relações entre as pessoas estivessem sempre podendo ser vistas e, se necessário, postas em exame. Além disso, buscava-se garantir que o fluxo de informações circulasse o mais livremente possível. Com esse procedimento tentava-se oferecer o maior número possível de oportunidades para que as pessoas pudessem se expressar abertamente e, se necessário, diria Di Loreto, “confrontar e não fofocar”. Esses cuidados, segundo ele, “levam ao enfrentamento de um dos maiores inimigos institucionais, as ansiedades paranoides...” (*Publicações*, V. III, p. 13).

Essa fala do Di Loreto é essencial porque faz referência a uma questão de natureza ética, mas que, entretanto, afeta diretamente a saúde mental das pessoas. Ao que parece há um determinado ponto em que o ético e o técnico se cruzam. Juntamente com o aspecto técnico, o cuidado ético com o outro orienta de forma direta a prática do trabalho. Noutro trecho, Di Loreto esclarece.

Percebemos que uma comunidade organizada com essa rede de relações sociais era realmente terapêutica. (...). Compreendemos que comunidade terapêutica é

¹⁴ Leda, psicóloga, foi estagiária, psicóloga de unidade, supervisora de estágio de psicologia e de vários setores e, posteriormente, fez parte da diretoria da Comunidade.

um conceito-limite entre o psicológico e o social. Comporta e permite, de um lado, práticas psicológicas como psicoterapias psiquiátricas, como o uso de fármacos, e de outro lado, práticas sociais e políticas. *A organização social dá a base onde podem se enxertar os procedimentos técnicos.* Desde que entendi isso, passei a chamar nosso trabalho de Socioterapia, não mais de Ambientoterapia. (*Criança – Enfance*, p. 83, itálicos meus)

Gostaria de assinalar que “terapeutizar” o ambiente, em certo sentido, é o mesmo que tornar o ambiente confiável. A confiabilidade do ambiente é um fator essencial para que ele se torne terapêutico. E esse ambiente, que se torna terapêutico, à medida que se torna confiável, acaba por provocar efeitos surpreendentes, como este apontado por Áurea Carvalho¹⁵: “o que fomos descobrindo durante o percurso é que as pessoas se tratavam dentro da Comunidade, independente dos papéis e das funções que ocupavam. Nós tínhamos de aprender a ser cidadãos” (*Criança – Enfance*, p. 77). Aqui, vemos novamente aliados os dois aspectos apontados acima: o aspecto técnico, isto é, o efeito terapêutico do ambiente que até mesmo ia além do âmbito dos pacientes, beneficiando a todos os demais, e o aspecto ético que fica expresso no compromisso com uma ideia de cidadania.

O manejo

Era dentro desse ambiente que deveria acontecer o tratamento do paciente, mais especificamente falando. De modo bem sintético, pode-se dizer que o tratamento era articulado com base na discussão clínica do caso e no contato direto com o paciente.

Beth Coimbra¹⁶ esclarece que

Quando um paciente entrava na Comunidade, partíamos de uma hipótese diagnóstica inicial que, de maneira não rígida, íamos reformulando à medida que novas contribuições surgiam, a partir da experiência tão intensa do convívio das crianças. O intercâmbio de informações entre os vários profissionais era fundamental para a eficiência do manejo terapêutico dos pacientes, o qual procurava propiciar a eles um ambiente emocional em que não reproduzissem os relacionamentos afetivos de sua história familiar e de vida, os quais os

¹⁵ Áurea Carvalho, psicóloga, foi coordenadora de diferentes setores da Comunidade.

¹⁶ Elisabeth Lordello Coimbra, psiquiatra e psicanalista, foi supervisora de unidade.

levaram a mergulhar em estados mentais perturbados. (*Criança-Enfance* p. 56)¹⁷

Através do diagnóstico, buscava-se uma compreensão, por parte da equipe, mas, principalmente, do assistente, sobre como era o modo de ser do paciente, suas dificuldades, os porquês de ele se comportar como se comportava. Era fundamental, também, que o assistente tentasse ter claro quais eram os sentimentos que despertavam nele, quando no contato com aquele paciente. O assistente deveria então tentar lidar com a criança, levando em conta os seus conhecimentos sobre ela, (e sobre ele), o que era uma das condições básicas para o manejo. Porém, o mais importante de tudo era a honestidade e a espontaneidade presentes na atitude do assistente, nesse lidar com o paciente e com o grupo. Sem esses componentes, sem ser verdadeiro com o paciente, não havia manejo que “pegasse”! Na realidade, quando um assistente estava encontrando muita dificuldade com um paciente ou com o grupo, isso poderia ser sinal de que a sua compreensão do manejo não estava satisfatória ou que os seus sentimentos em relação ao grupo ou ao paciente não estavam suficientemente trabalhados e claros para ele. Isso era indicação da necessidade de se conversar com aquele assistente, numa tentativa de se avaliar o que poderia estar acontecendo, uma vez que o seu trabalho não estava podendo fluir normalmente. Em momentos como esse, a prática usual de se conversar sobre o que estava acontecendo, de examinar a situação e mais a supervisão do trabalho eram essenciais.

E é exatamente nesse aspecto do trabalho que, no meu modo de entender, reside um dos aspectos mais centrais, senão o mais central de toda a cultura da Comunidade. O momento em que o profissional é levado, pelas dificuldades que surgem no relacionamento com o paciente ou com o grupo ou, mesmo, com os colegas, a questionar, profundamente, às vezes, a si próprio, seus valores, seu modo de ser, suas fragilidades. Em uma só palavra, a sua própria loucura. Geralmente, nesse processo, estavam envolvidos todos da equipe técnica e o setor ao qual o profissional pertencia. Quanto mais próximo do cotidiano do paciente estivesse o profissional, mais frequente era essa necessidade de se rever. Via de regra, aquele que mais intensamente era levado

¹⁷ É interessante comparar a fala da Beth com a seguinte afirmação de Winnicott: “O fato é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico”. (Winnicott, 1965b, p. 154).

a esses momentos era o assistente psiquiátrico, justamente pelo fato de que era ele quem estava mais exposto à intensidade da dor e dos conflitos vividos pelos pacientes.

Essa particularidade do trabalho que precariamente chamarei aqui de “*ter que se rever junto com o outro*”¹⁸ nos leva a falar sobre outro componente central do trabalho da Comunidade que é a cultura de grupo que foi desenvolvida lá. O grupo de referência de cada um – paciente ou profissional¹⁹ – era, ao mesmo tempo, o local do questionamento e do acolhimento vivido por cada um em momentos desse tipo. A cultura de grupo, enquanto tema de pesquisa, mereceria um estudo à parte, tamanha foi sua importância para a cultura da Comunidade. Trabalhar em grupo foi uma opção feita, desde o início, pelos seus fundadores, e foi através do trabalho em grupo que, ali, foi desenvolvida a técnica da ambientoterapia.

A meu ver, a forte ligação que caracteriza os vínculos criados e desenvolvidos entre as pessoas que passaram pela Comunidade – pacientes ou profissionais – provém desse intenso processo de “*ter que se rever junto com o outro*”, ou seja, o exercício do questionar e do ser questionado, do acolher e do ser acolhido no seu grupo de referência. Era um processo difícil e, quase sempre doloroso, mas o que a experiência mostrou é que ele dava consistência às relações. Essa forte ligação vem atravessando décadas. Creio que a força do trabalho terapêutico – que acabava tratando também os profissionais – provenha, também, desse mesmo processo.

É comum ouvirmos de pessoas que pertenceram ao grupo de trabalhadores da Comunidade que as experiências profissionais e pessoais vividas nessa instituição marcaram suas vidas e carreiras, independentemente da época e da função que exerceram. Para muitos médicos e psicólogos que por ali passaram, o aprendizado proporcionado pelo dia-a-dia dessa instituição, serviu como matriz profissional, mais, até, do que a própria formação universitária.

O trabalho terapêutico realizado ali passava necessariamente pelas relações entre as pessoas, e, da qualidade dessas relações, dependia a qualidade do ambiente institucional. Nesse sentido, reitera Di Loreto.

¹⁸ Cabe aqui ressaltar o fato de que o processo de “*se rever*”, para algumas pessoas, era um fato absolutamente novo, ou seja, tratava-se de *se ver*, (examinar-se, introspectar) pela primeira vez.

¹⁹ No caso destes, o grupo de referência era o setor ao qual ele pertencia. Contudo, a unidade técnica da qual ele fazia parte, era também um grupo de referência.

Isso é o que fazíamos na Comunidade Enfance: nos esforçávamos o tempo todo para criar uma boa sociedade. Com êxitos maiores ou menores, mas sempre lutando para isso. Isso é o que torna uma sociedade terapêutica. Para todos, pacientes e trabalhadores. (Di Loreto, Jornal do CRP, 1997)

Retomando o tema do manejo, um aspecto interessante a se destacar é que havia situações em que o assistente contava com o grupo, ou com parte dele, para o manejo de uma situação, fosse com um ou com mais elementos do grupo. Sabia-se, por princípio, que os pacientes possuíam aspectos saudáveis que poderiam ser mobilizados, e que seria terapêutico se tais aspectos pudessem se manifestar.

Eram fundamentais no tratamento, as ações e os acontecimentos internos do grupo, isto é, as amizades, as rixas, as brigas, as pazes, que eram resultantes da própria dinâmica grupal. Essa dinâmica era influenciada, é claro, pelo modo de ser e pelo momento do tratamento de cada um. Assim é que, muitas vezes, apareciam as dificuldades de cada paciente. Normalmente, os pacientes do mesmo grupo tinham informação sobre o que se passava com os outros, os motivos pelos quais cada um estava internado. Desse modo frequentemente ocorriam conversas sobre os conflitos vividos por eles. Outras vezes, era sobre uma situação surgida no próprio cotidiano.

As atividades dos pacientes, por exemplo, deveriam ser planejadas de acordo com as condições emocionais dos pacientes e com o grau de maturidade em que o grupo se encontrava em dado momento. Porém, muitas vezes, a realização da atividade ou a própria discussão sobre qual atividade o grupo faria, sofria a interferência de dificuldades individuais ou do grupo enquanto tal. Na verdade, parte do processo terapêutico era, exatamente, o fortalecimento dos vínculos entre os pacientes do grupo. Era papel do assistente tentar facilitar esses processos. Entretanto, era no viver comum do dia-a-dia que, inevitavelmente, as dificuldades de cada um acabassem aparecendo, tornando-se uma oportunidade para que o manejo pudesse acontecer. O ambiente favorecia isso.

Janete Coutinho, ex-assistente, nos ajuda:

... as atividades eram mais um meio para conversar sobre o grupo do que a atividade em si. Nós parávamos a atividade cinquenta vezes se fosse preciso. O importante era o garoto perceber como ele estava no grupo”. (*Criança-Enfance*, p. 55)

Janete acrescenta que, para ela, isso foi um aprendizado, porque, no início, ela achava que o importante era a atividade em si.

O que se constatava é que, apesar das dificuldades emocionais que os atormentava, os aspectos saudáveis dos pacientes também se mostravam presentes em diversos momentos, e esses aspectos eram essenciais ao tratamento. A força construtiva do grupo aparecia, fosse para “cobrar”, isto é, exigir do outro – ou do grupo como um todo – uma atitude mais adequada, fosse para funcionar, até mesmo, como contenção física, quando isso se mostrasse necessário. Entretanto, muitas vezes, o grupo não se encontrava em condições de utilizar seus aspectos construtivos, momento esse em que o assistente sentia bem mais pesado o seu trabalho.

Mais auxílio vem de outro ex-assistente, Valdir Veríssimo:

...o manejo não era só verbal, de tentar entender o que estava ocorrendo e conversar com a criança, às vezes o manejo é tirar o pau da mão do garoto que está batendo nas coisas. Depois, nós levávamos para a supervisão o que havia ocorrido, discutíamos a melhor forma de agir e a reação que o paciente provocava em nós e no grupo. Nós íamos aprendendo na prática, com as supervisões, com as reuniões, fazendo e pensando sobre o que estávamos fazendo. Porque só era possível ser adequado com os garotos se houvesse o entendimento do que se passava. (*Criança-Enfance* p. 55)

Portanto, além dos cuidados com o ambiente de maneira geral, havia a busca permanente pelo entendimento, cada vez mais apurado, do modo de ser dos pacientes através dos acontecimentos do dia-a-dia, somados ao que se aprendia com as discussões em supervisão, reunião clínica, etc²⁰. Ou seja, havia uma constante pesquisa sobre os traços específicos de cada paciente, levando-se em conta ele no grupo, ele com as outras crianças e com o próprio assistente. Embora não com o objetivo terapêutico, esta mesma lógica clínica se aplicava à supervisão do trabalho de cada profissional que trabalhasse lá.

Acredito que seja possível dizer que manejo na cultura da Comunidade tem a ver com uma conduta que se tem com o paciente, que pode ser verbal e/ou comportamental, e que tem como objetivo principal, ajudar o paciente a se ver. O manejo visa cuidar do

²⁰ Aqui, é importante assinalar o momento da passagem de plantão quando, muitas vezes, eram discutidas questões importantes relacionadas ao manejo do paciente e do grupo.

paciente, visando prestar atendimento a algum tipo de necessidade que ele apresente. Eventualmente, tal cuidado pode até ser físico, no caso, por exemplo, de pacientes menores e/ou que apresentam maior grau de dependência. No caso de pacientes mais velhos ou menos dependentes, esse cuidado, em geral, refere-se, muitas vezes, ao modo de ser do paciente, (pontual ou habitual), ou ao modo de ele compreender algum aspecto importante da sua vida. As ideias de cuidado, de atendimento à necessidade, que se relacionam com a noção de confiabilidade do ambiente, a meu ver, parecem fazer sentido com a ideia de manejo no trabalho dessa instituição.

AMBIENTE E MANEJO NO PENSAMENTO DE WINNICOTT

O ambiente²¹

Segundo a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, o homem está em permanente interação com o ambiente desde antes do seu nascimento até sua morte e estabelece com ele variados graus de *dependência*. No início da vida o homem vive um estágio de dependência absoluta, passando, logo em seguida, a um estágio de dependência relativa. Se tudo corre bem, após uma etapa denominada rumo à independência, evolui para uma condição de independência relativa. Note-se que ele não qualifica, em nenhum momento, o homem como um ser completamente independente. O autor salienta a importância dos estágios iniciais, ou seja, da dependência absoluta e início da dependência relativa, porque é nesses estágios que estão sendo assentadas as bases de uma personalidade saudável²².

E, por que o ambiente é tão importante nesse processo?

Segundo Winnicott, o ser humano chega ao mundo dotado apenas daquilo que lhe provê a natureza humana, a saber, uma tendência inata à integração²³ em uma unidade pessoal, e o que o autor chama de criatividade originária ou primária²⁴. Por tendência inata à integração entende-se que seja uma base para o desenvolvimento de um ser humano adulto com características pessoais próprias. A criatividade originária é

²¹ Sobre esse tema ver *Natureza humana*, (Winnicott, 1988, p. 173), embora o tema seja recorrente em praticamente toda a obra do autor. Ver também Serralha, (2011, p. 211).

²² Winnicott desenvolveu uma teoria do desenvolvimento saudável para, a partir dela, pensar a psicopatologia.

²³ Sobre esse tema, ver *Natureza humana*, (Winnicott 1988, p. 136).

²⁴ Sobre esse tema, ver *Natureza humana*, (Winnicott 1988, p. 130).

um aspecto próprio da natureza humana que possibilita ao indivíduo atribuir um sentido pessoal a todo objeto ou situação com os quais ele se depara ao longo da vida.

Exceto essas duas características, todos os demais elementos necessários para que se constitua uma pessoa com saúde, serão *conquistas do amadurecimento*. Ou seja, a distinção entre eu e não-eu, o que é interno e o que é externo, noções de tempo, de espaço, do próprio corpo, uma personalidade com identidade própria, mecanismos de defesa egoicos, a incorporação da instintualidade, tudo isso serão aquisições do amadurecimento que podem, mesmo, não acontecer ou acontecer de maneira parcial. Por que?

Para que essas conquistas possam acontecer de maneira satisfatória, é necessário que haja um ser humano capaz de fornecer ao bebê um ambiente favorecedor para que o potencial herdado possa se desenvolver. Ambiente favorecedor para Winnicott é um ambiente confiável, o que implica previsibilidade, para que não haja interrupção da “continuidade de ser”²⁵. Winnicott chega a falar em um ambiente monótono, repetitivo, previsível, para que o bebê, aos poucos, deixe o estado de não-integração inicial e atinja o estado integrado. Se o que ele encontrar pela frente for um ambiente excessivamente intrusivo, desorganizado, caótico, ele sofrerá o que o autor denomina de “agonia impensável”, (Winnicott, 1965b, p. 55), e, com isso, terá dificuldades para integrar-se e tornar-se um ser individual. Nessa fase, o bebê não tem consciência da dependência, nem das próprias necessidades, fato que só irá acontecer mais adiante no amadurecimento. Nesse momento, uma falha ambiental, (em geral, um padrão), é de tal ordem de importância para o bebê que os prejuízos afetarão a estrutura da personalidade.

Portanto, para que o ser humano se desenvolva, ele necessita de um ambiente que seja favorecedor ao processo de integração. É a mãe²⁶ (ou substituta) quem, inicialmente, se identifica com o bebê, e é isso que torna possível a ele identificar-se com ela depois. Ela é que tem a capacidade de adaptação às características daquele bebê, porque consegue colocar-se na pele dele e saber suas necessidades, que o vê como pessoa quando ele ainda não está formado enquanto tal. Ela é quem se doa como alguém

²⁵ O conceito de “continuidade de ser” é encontrado em diversos pontos da obra, como em *Natureza humana*, (Winnicott 1988, p. 147).

²⁶ Winnicott desenvolve esse tema em *Da pediatria à psicanálise*, (Winnicott, 1958a, p. 399).

confiável e que se responsabiliza diretamente por tudo nesse momento em que a dependência é absoluta. Isso se dá, obviamente, antes da separação entre o bebê e a mãe. Muito antes de surgirem as palavras, as representações mentais e mesmo antes da ativação das capacidades intelectuais, uma comunicação silenciosa vai se estabelecendo entre a mãe e o bebê²⁷. Isso, graças à adaptação ativa da mãe que, identificada com o bebê, modifica a própria conduta de acordo com as mudanças que, aos poucos, ele vai apresentando. Assim, as primeiras relações que o ser humano estabelece são com os aspectos do ambiente que é composto pelo conjunto dos cuidados maternos. Essas relações precedem e dão as condições para que se inicie os relacionamentos de natureza objetual. Não haverá objetos se não houver um ambiente favorável, onde eles possam ser encontrados e criados pelo bebê.

Essa primeira provisão ambiental é essencial porque é esse ambiente, com suas características que o bebê incorpora, e que passa a ser o que o autor denomina de “ambiente interno”²⁸. Realmente, trata-se de uma verdadeira apresentação inaugural do mundo. É somente com o provimento desse tipo de ambiente favorável que o bebê pode integrar-se, constituir um si-mesmo e encontrar/criar objetos. Antes de o bebê encontrar o seio, o leite, o calor, e depois a mãe, como pessoa inteira, ele precisa vivenciar esse ambiente favorecedor, que é bom e confiável. Caso contrário, terá dificuldades em realizar aquelas aquisições. Para Winnicott, é esse tipo de evento que está em jogo nesse início da vida humana. E é dessa ordem de importância a presença ou a ausência de um ambiente suficientemente bom, para o desenvolvimento do indivíduo.

O manejo²⁹

Winnicott entende que as patologias, particularmente as mais graves, têm sua origem em falhas ambientais ocorridas no atendimento de necessidades do bebê, nas fases mais primitivas do amadurecimento. Mais grave será o quadro, quanto mais primitivo for o momento em que a falha ocorreu. Essas falhas quase sempre são padrões de comportamento da mãe, dos pais ou de algum outro membro do ambiente que levam

²⁷ Sobre esse tema, ver *O ambiente e os processos de maturação*, (Winnicott, 1965b, p. 163) e *Os bebês e suas mães*, (Winnicott, 1987a,).

²⁸ Sobre o tema, ver (Winnicott, 1958a, p. 366) *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*.

²⁹ Muito haveria a ser dito, com base em recentes pesquisas, sobre o conceito de manejo no pensamento teórico e clínico de Winnicott. Contudo, não é pretensão minha nem objetivo deste trabalho apresentar um estudo mais profundo a respeito desse conceito. Para uma abordagem mais ampla do tema, ver Dias, (2014) *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*.

o bebê ou a criança pequena a organizar defesas, provocando sintomas. Outras vezes, a falha ambiental ocorre por um fato da vida, isto é, uma perda significativa, uma doença, problemas de ordem social que afetam a organização da família. Do ponto de vista da clínica winnicottiana, os sintomas se originam quando, e porque, o bebê (ou a criança) não possui maturidade para fazer frente à experiência da falha ambiental, com as defesas de que dispõe para o momento. O bebê reage diante do imprevisível, o que interrompe a continuidade de ser. E, o que era para acontecer, em termos do amadurecimento, (a experiência integrativa), não aconteceu. A consequência é que o processo do amadurecimento fica prejudicado ou, até mesmo, impedido de prosseguir.

Winnicott vai tomar a relação mãe-bebê como protótipo da relação analítica e terapêutica, em geral³⁰. A recuperação do trauma só ocorrerá se o indivíduo puder contar com uma nova situação ambiental que lhe propicie “reviver” a situação em que houve a falha, para poder fazer frente a ela, utilizando os recursos de que agora dispõe. Parte desses recursos, cabe ao terapeuta se encarregar de proporcionar: a regularidade e a confiabilidade do ambiente, a atenção com a comunicação silenciosa que se estabelece entre paciente e terapeuta que é essencial para o processo, a disponibilidade para identificar-se e adaptar-se ativamente ao paciente, buscando reconhecer e atender suas necessidades. Desse modo, será possível ao paciente tentar dar conta do que não pôde ser abarcado na ocasião em que a falha ocorreu, devido a sua imaturidade. Com o ambiente, agora favorecedor, a tendência à integração pode retomar sua normalidade e o indivíduo pode readquirir o viver criativo. Este é o sentido do conceito de regressão à dependência em Winnicott. Aqui, regressão, nada tem a ver com o sentido tradicional de retorno a etapas pregressas do desenvolvimento da libido. Para esse autor, regredir tem o sentido de permitir que ansiedades relativas a experiências traumáticas do passado possam ser revividas, possibilitando sua elaboração e restaurando a saúde. Diz Winnicott, “É o crescimento emocional que foi adiado e muitas vezes distorcido; sob condições adequadas, as forças que teriam levado ao crescimento agora levam ao desenredar do nó” (Winnicott, 1965b). Isso só é possível com o fornecimento ao paciente de um ambiente favorecedor.

³⁰ Winnicott valoriza o fato de que há outras situações terapêuticas, além da situação analítica. São exemplos dessa abordagem, o texto “Os doentes mentais na prática clínica”, (1963c), in *O ambiente e os processos de maturação* (Winnicott, 1965b, p. 196), e a obra *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (Winnicott, 1971b).

Uma vinheta clínica ilustra o que foi exposto até aqui. Um menino foi encaminhado a Winnicott com a suspeita de deficiência mental. No início do atendimento ele apresentava unicamente o comportamento de andar na direção de Winnicott, para recuar em seguida. Fez isso seguidamente durante semanas, até que, em dado momento, sentou-se e se aninhou no colo de Winnicott, tentando enfiar-se por dentro do seu casaco. Então, passou a escorregar por entre as pernas de Winnicott, indo até o chão. Em seguida, reiniciava, indo para o colo dele, repetindo esse comportamento inúmeras vezes. Depois disso, passou a querer que Winnicott o alimentasse, outro comportamento em que o paciente se mostrava bastante excitado, a ponto de que, se caso Winnicott se atrasasse, o menino salivava chegando a formar uma poça na porta da sala de atendimento. O trabalho evoluiu bem, e Winnicott salienta o fato de que não fazia qualquer interpretação verbal durante essa fase do trabalho, que se caracterizava por uma comunicação silenciosa. Foi depois de um certo tempo que as verbalizações começaram a fazer parte da interação dos dois, e só então a interpretação tornou-se “não apenas possível, como urgentemente necessária”. Esclarece Winnicott:

Nessa experiência parecia-me ver uma criança re-vivendo experiências infantis precoces, corrigindo, a partir de alguma necessidade interna, o seu fracassado encontro inicial com o mundo. Ele estava nascendo de novo. Eu via um ambiente substituindo o outro. (Winnicott, 1948b, p. 246)

Outro caso que exemplifica o sentido de manejo na clínica winnicottiana, agora, com um adulto da minha própria clínica. Um homem de cerca de trinta anos trazia a queixa de não conseguir se estabelecer profissionalmente, apesar de possuir várias habilidades, algumas delas com competência profissional. Fotografia, desenho, grafite, pintura sobre tela, culinária eram algumas dessas suas habilidades. Contudo, ele não conseguia *ser* um fotógrafo, *ser* um grafiteiro, nem um pintor, nem tampouco um mestre-cozinhador. Nas sessões, muitas vezes, queixava-se de muita angústia, aflição, revolta, vontade de morrer, questionando o sentido da sua vida. Queixava-se dos outros, achando todos egoístas, interesseiros, desonestos, e fazia pesados desabaços. Da minha parte, havia também uma intensa aflição, pois, esse paciente vinha faltando e se atrasando com frequência, de modo que dava a impressão de que iria deixar o trabalho. Numa sessão em que dizia estar em grande desespero, em dado momento afirma que se sentia “um saco cheio de bosta até em cima”. Está consternado, fala em morrer, “ para que viver? Se for desse jeito, não faz sentido viver! ” Respondo a ele que “você fala que

se sente um saco cheio de bosta, mas eu fico com a impressão de que, na verdade, trata-se é de um saco vazio”. Minha fala parece causar impacto. Ele me olha. Digo que, a meu ver, esse seu estado é um modo de exprimir o desespero de não saber se está vivo, quando está vivo e quando não está, por que a sensação de estar vivo é algo que lhe escapa. Repeti uma fala de algumas sessões atrás, (que também fez sentido para ele), em que eu lhe disse que essa sensação lhe aparece, às vezes numa palavra, numa imagem, ou num traço do pincel sobre a tela, mas sempre é muito fugaz. Digo ainda que entendo o que está falando porque é como estar vivo por instantes e perder a vida em seguida.

Ele me ouve e vai concordando. A expressão do seu rosto é de muita atenção ao que eu falo. Enquanto falo, minha impressão é de que ele está fazendo um tipo de contato comigo diferente de quando estava ele falando. Seria dizer que houve uma mudança na *qualidade do contato*, quando falei que ele me parecia um saco vazio. Seu olhar que era perdido e ao mesmo tempo cheio de fúria passou a ser um olhar receptivo, quase terno, talvez de súplica. Quando paro de falar, retoma sua expressão facial de aflição, volta a reclamar com expressões pesadas, mas quando eu tento falar algo, ele de novo muda o semblante, tornando-se atento a mim, numa espécie de prontidão para qualquer direção que eu apontasse. A partir desse momento, houve uma modificação significativa na qualidade do trabalho com esse paciente, desde a sua pontualidade, até o modo como ele passou a usar o analista.

Fica claro nas duas vinhetas que a atitude do analista é marcada pela tentativa de colocar-se *na pele* do paciente, isto é, identificar-se com ele e buscar uma forma de ajuda-lo a viver uma experiência. A experiência que não pôde ser vivida em algum momento da sua história, mas que se torna atual, isto é, presente quando o indivíduo encontra um ambiente que favoreça essa vivência. No caso do menino, isso fica evidente, e o próprio Winnicott explicita esse fato. No caso do meu paciente, acredito que aquele desespero o acompanhava desde muito cedo em sua vida, e, muito provavelmente, ele o revivera inúmeras vezes em diversas situações. Porém, quando essa experiência se deu em um ambiente favorecedor, e na presença de alguém que foi capaz de identificar-se com ele, (no sentido de colocar-se na pele dele), sustentando a situação, dando segurança ao seu “ego frágil”, ele não ficou dominado pelo desespero. Ao receber o apoio do “ego auxiliar” do analista, pôde vive-la, e, não, sucumbir a ela.

Em seu trabalho num hospital público de Londres, onde atendia diversos casos diariamente, Winnicott desenvolveu uma metodologia³¹ para o diagnóstico e tratamento de problemas emocionais com crianças e adolescentes que se baseava em um número pequeno de entrevistas com a família e a criança. Quando o grupo familiar se mostrava com um certo grau de organização emocional, e, seguindo suas orientações, prontificava-se a dar suporte ao paciente, ele procedia de forma a aproveitar esses recursos, priorizando o manejo da situação, de forma similar ao que será descrito a seguir.

Trata-se de um caso³² em que, segundo Winnicott, “O lar funcionou como o hospital psiquiátrico de que o menino precisava, um asilo no pleno sentido da palavra³³” (1953b, p. 176). Um garoto foi encaminhado a Winnicott porque os pais receberam uma carta da escola, convidando o menino a se retirar da mesma porque, segundo o diretor, “ele era a causa uma epidemia de furtos”. Philip, de nove anos, teve um bom começo de vida, mas em virtude da guerra, (1939-1945), – o pai era militar – teve o seu desenvolvimento perturbado quando tinha por volta de dois anos de idade. Enquanto bebê, era do tipo “alegre e brincalhão”, mas depois que o conflito na Europa passou a interferir na vida de sua família, as brincadeiras em casa cessaram, e o seu comportamento passou a ser “predominantemente quieto, talvez excessivamente dócil”. Philip, seu irmão mais velho e sua mãe tiveram que viver por dois anos fora de casa. Em consequência disso, suas coisas estavam sempre espalhadas, nunca estavam num mesmo lugar, e alguma coisa sempre acabava perdida. Sua vida de criança passou a ser compartilhada com crianças estranhas a ele e agressivas.

Até os seis anos, quando ganhou uma irmã, Philip não apresentou maiores problemas, mas a partir dessa idade passou a furtar coisas. “No decorrer dos três anos seguintes roubou um relógio, e também dinheiro, que gastava todo. Outros objetos eram roubados e acabavam quebrados”. Sempre estava com dinheiro, com o que comprava livros que realmente lia. Os pais se assustaram quando, em uma visita, Philip roubou os

³¹ A obra *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, (Winnicott, 1971b), é composta de exemplares dessa metodologia.

³² O relato deste caso, “A tolerância do sintoma na pediatria – a história de um caso” (Winnicott, 1953b), encontra-se em *Da pediatria à psicanálise Obras escolhidas* (Winnicott, 1958a, p. 168).

³³ Os termos *hospital psiquiátrico* e *asilo* devem ser entendidos no contexto da época em que o texto foi escrito, 1953. No entender de Winnicott, uma internação poderia ser de grande ajuda para um paciente, desde que houvesse indicação para o afastamento do ambiente familiar, e que o atendimento no hospital fosse adequado.

documentos do carro dos donos da casa, porque gostava muito de documentos de todo tipo. A vinda da irmã trouxe um benefício a Philip, pois, quando este nasceu, os pais queriam uma menina e precisaram de um tempo para se adaptar ao fato de terem mais um menino. A mãe pôde admitir que se sentia muito desorientada quanto a esse filho, ao contrário dos outros dois que compreendia muito bem.

Após uma longa entrevista com a mãe e três entrevistas com Philip, na primeira das quais, conseguiu profunda comunicação com ele, Winnicott empreendeu o seu tratamento que não poderia contar com uma análise nos moldes tradicionais. O trabalho teria que ser feito em casa, pelos pais, com a orientação feita por ele, muitas vezes, pelo telefone. Winnicott disse à mãe que o menino tinha perdido algo quando tinha dois anos “e teria que voltar lá para procurar o que perdeu”. Ela entendeu e respondeu que “se ele precisa voltar a ser um bebê que venha então para casa, e se você puder ir me explicando o que está acontecendo eu dou conta” (1953b, p. 176).

Dessa maneira, os pais de Philip foram orientados a ficar com o menino em casa, sendo previsto por Winnicott que ocorreria um “adoecimento controlado”. “Ele deveria receber aquilo a que toda criança tem direito no início, ou seja, um período em que é natural que o ambiente se adapte ativamente às suas necessidades” (1953b, p. 184).

Philip foi se tornando cada vez mais retraído e dependente. Na alimentação, no sono, nos hábitos, seu andar se tornou desengonçado. Entretinha-se, observando, por longo tempo, o seu cão e acompanhando uma radionovela de suspense. Winnicott relata que os familiares “nunca lhe fizeram qualquer observação sobre essas muitas esquisitices e excentricidades e comportamentos bizarros”, e recebia “... o máximo da acolhida que o lar podia proporcionar” (1953b, p. 185).

A certa altura, a evolução chegou ao que Winnicott chamou de fundo do poço³⁴. Philip passou a molhar a cama e, por mais que a mãe o acordasse entre 3 e 4 da madrugada, ele geralmente já tinha feito xixi. Dizia ter sonhado que estava no banheiro, de modo “tão real”... Ao mesmo tempo, nessa época, achava divertido e delicioso beber água. E o fazia de forma exagerada. Isso tudo levou 3 meses. Após esse período regressivo, teve início a recuperação de Philip. Em pouco tempo havia recuperado a sua

³⁴ “Fundo do poço”, não pelo fato de molhar a cama, mas, porque, daí, Philip iniciou a sua recuperação.

condição de frequentar a escola, alcançando sua turma no programa daquela série. Aos 14 anos estava um ano à frente da sua faixa etária.

Winnicott considera esse caso importante pelo fato de que possibilita um diálogo entre a pediatria e a psicanálise – para o qual ele nunca perdeu oportunidade – (no texto ele fala em “psicologia”). Para efeito da nossa discussão, esse relato permite observar melhor o alcance do sentido de manejo para esse autor.

Nesse caso, Winnicott avaliou que a família – os pais em particular – mostrava condições de sustentar a situação de atravessar um período em que o menino apresentaria uma série de comportamentos regredidos. Encarregando-se de orientar os pais, dando sentido a tudo o que estaria acontecendo, ele próprio, sustentava a situação, de modo que Philip pudesse receber exatamente dos pais aquilo de que ficou (de)privado (*deprivation*³⁵). Ou seja, viver a condição de dependência, de acordo com sua necessidade real: ele necessitava regredir ao estágio em que viveu a perda do ambiente favorecedor, confiável. Em outro texto, Winnicott irá dizer que os furtos são tentativas de buscar no ambiente, não o objeto furtado, mas os cuidados ambientais que a criança sente que um dia lhe foram roubados³⁶.

Do mesmo modo que um ser humano no início da vida, de forma geral, o paciente encontra-se em uma situação maturacional, em que precisa ter reconhecida a sua condição de fragilidade, precisando regredir à dependência. Ele sofre devido a necessidades que não foram atendidas na época certa, ocasionando algum tipo de retenção no seu processo de amadurecimento. Precisa, portanto, de um novo ambiente que lhe forneça confiabilidade e previsibilidade, para que possa regredir a essas etapas anteriores para retomar o crescimento.

³⁵ O termo inglês *deprivation* não possui tradução para o português. A palavra *deprivação* não existe no nosso vocabulário. Na teoria do amadurecimento *deprivation* é o nome dado por Winnicott à experiência de perda do ambiente confiável, por parte da criança, em um momento maturacional em que ela não tem como defender-se adequadamente. Essa falha ambiental é a base para o desenvolvimento do quadro de *tendência antissocial* que, por sua vez, pode evoluir para o comportamento delinquente e, no limite, para os quadros de personalidade psicopata. Para um estudo do tema ver “A tendência antissocial”, in *Privação e delinquência*, (Winnicott, 1987/1984a, p. 135).

³⁶ Os pesquisadores da obra de Winnicott ligados à “Escola de São Paulo”, orientados por Zeljko Loparic e Elsa Oliveira Dias adotam o neologismo *deprivação* como tradução para *deprivation*, deixando o termo *privação* (*privation*) para outro tipo de patologia do amadurecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É interessante a constatação de que esses dois termos, *ambiente* e *manejo* são de tal maneira importantes, tanto para a teoria e clínica desenvolvidas por Winnicott, quanto para a cultura de trabalho desenvolvida na Comunidade. Principalmente quando se leva em conta que os mesmos fazem parte de dois estudos e duas aplicações desses conceitos, ocorridas em momentos e lugares tão distantes fisicamente e tão diferentes culturalmente um do outro. Parece claro que, mais do que mera coincidência, esse fato faz pensar no caráter de universalidade³⁷ presente nas duas abordagens, ao menos no que se refere aos conceitos destacados neste estudo.

Ao que parece, tanto a cultura da Comunidade, como o pensamento de Winnicott sustentam que a qualidade das relações do indivíduo com os demais do mesmo ambiente pode levar ao adoecimento, bem como à saúde mental; pode favorecer o crescimento individual e mesmo social, assim como pode conduzir a sua deterioração.

O fator mais importante que parece coincidir de modo um tanto claro é a preocupação com o aspecto ético que notamos estar intimamente ligado as duas concepções de saúde e de doença mental. Toda a organização social desenvolvida na micro-sociedade da Comunidade teve como uma das bases fundamentais, antes de mais nada, a preocupação, o cuidado e o respeito com o outro, enquanto ser humano. Para Di Loreto “O que determina que uma instituição se torne ou não desumana é a sua organização social e não o enfoque técnico que esteja sendo usado” (*Publicações*, V. III, p. 11).

A visão de saúde, doença e tratamento, para o psicanalista inglês tem, também, como um de seus fundamentos a preocupação e o cuidado ético. E isso fica bastante evidente na síntese que ele faz do trabalho clínico. Afirma Winnicott:

Descobrimos que, quando estamos face a face com um homem, uma mulher ou uma criança, estamos reduzidos a dois seres humanos de mesmo nível. As hierarquias caem. Posso ser médico, enfermeiro, assistente social, um parente que vive na mesma casa – ou, a propósito, psicanalista ou padre. Não faz

³⁷ O termo *universalidade* foi empregado aqui com o objetivo de salientar o fato de coincidirem alguns princípios básicos seguidos pelas duas abordagens, como, por exemplo, a preocupação ética que deve estar presente nas relações humanas comuns. Não utilizo esse termo no seu sentido clássico de qualificar algo como verdadeiro e presente em diversas culturas.

diferença. Relevante é a relação interpessoal, em todos os seus ricos e complicados matizes humanos. Há um lugar para a hierarquia na estrutura social, mas não no confronto clínico. (Winnicott 1986b, p. 108)

Quem nos ajuda com outra síntese bastante clara sobre o sentido ético no pensamento de Winnicott, é o filósofo Zeljko Loparic. Para ele,

Além de favorecer factualmente o bem-estar físico ou psíquico dos indivíduos em processo de amadurecimento, a provisão ambiental tem um sentido ético: o da aceitação da responsabilidade para com a emergência no mundo de outros seres humanos e com as condições da continuidade da sua existência psicossomática. (Loparic, 2014, p. 40)

De acordo com o pensamento de Winnicott, o sentido pessoal de uma ética para os indivíduos tem suas bases nas primeiras relações que acontecem nos estágios primitivos do amadurecimento. É nessa etapa que o indivíduo estabelece a “crença em”, (Winnicott, 1965b, p. 88), a partir do provimento ambiental suficientemente bom. Isto é, esse autor defende que *acreditar* é uma capacidade que pode – ou não – se desenvolver, dependendo da qualidade das relações iniciais que o ser humano vive.

É a partir do trabalho da mãe ou substituta que, imbuída da *responsabilidade de cuidar* do bebê, fornece a ele um ambiente inicial favorecedor, onde ele possa encontrar e criar o ambiente, os objetos e o mundo; é aqui a origem, para o indivíduo, do sentido de *responsabilidade*, de *cuidado*, e de um sentido ético fundamental que, antes de ser aprendido, entendido e aceito intelectualmente, precisa ter sido vivido nas relações iniciais.

O amadurecimento desse sentido ético originário, segundo Winnicott, prossegue quando o bebê, já dotado de uma identidade própria, isto é, separado da mãe, passa a incorporar a sua agressividade e sua instintualidade como aspectos que fazem parte do si-mesmo, (*self*). A partir das experiências excitadas que vive na relação com ela, assim como com a família, a criança passa a se sentir concernida pelos “estragos” que acredita ter feito no objeto (a pessoa da mãe), experimentando culpa e o impulso de “remendar” os estragos. A mãe e o ambiente familiar toleram e sustentam essa situação ao longo tempo, até que a criança desenvolva um sentido próprio de cuidado, uma capacidade própria de colocar-se na pele do outro, mas a partir da experiência vivida.

Na Comunidade a importância do ambiente como fator terapêutico, como vimos, nasceu da busca por um modelo de tratamento que fosse humanizado. Essa era uma preocupação dos fundadores desde o começo do projeto. Contudo, o fator ambiental, como agente terapêutico efetivo, foi emergindo da reflexão que se fazia sobre a prática do dia-a-dia. Porém, o envolvimento dos assistentes – então, apenas monitores – nas discussões clínicas foi um aprendizado para os médicos, bem como, para os demais, a partir dessa reflexão que passou a incluir a seguinte questão: “quem tem mais a dizer sobre os pacientes”? A resposta vemos no relato da Ziza³⁸. Afirma a ex-assistente que

...em certo momento foi percebida a necessidade de conversar conosco, [os assistentes], que ficávamos o dia todo com as crianças. Com o tempo e a divisão [das crianças] por grupos, começou a se formar uma equipe da unidade e foi neste momento que começamos a aprender questões técnicas, porque passou a ser feita uma reunião da equipe daquela unidade, com a coordenação do psiquiatra e da psicóloga. (*Criança-Enfance*, p. 55)

Esse parece ter sido um momento em que uma dupla integração se deu na instituição, pois o reconhecimento de que o saber sobre o paciente se encontrava mais na experiência do assistente do que no saber médico, e que este, para desenvolver seus raciocínios clínicos, necessitava do depoimento do assistente, me parece, também, uma percepção que envolve algo de natureza ética. O assistente passa a ser reconhecido como o importante elo de ligação entre pacientes e técnicos.

O sentido do termo ambiente na cultura da Comunidade guarda semelhança com o sentido em Winnicott porque nos dois casos o ambiente deve ter a capacidade de se adaptar, isto é, de fornecer ao indivíduo as condições para que ele possa encontrar meios de expressar-se, ser reconhecido na sua autenticidade e, ao mesmo tempo, desenvolver a capacidade de reconhecer a realidade do ambiente. É a partir da noção de capacidade de adaptação do ambiente que temos a melhor posição para pensarmos o conceito de manejo.

Creio ter ficado claro que, segundo Winnicott, o fator ambiental tem toda a importância na origem e no tratamento das patologias. Vimos também que, para a

³⁸ Ziza, Marisa C. Ferreira, foi uma das primeiras funcionárias contratadas para acompanhar as crianças, quando ainda não havia sido criado o papel do assistente psiquiátrico.

cultura da Comunidade, o ambiente pode ser terapêutico quando devidamente trabalhado, assim como, é reconhecido como fator que pode levar ao adoecimento.

Entendo ser importante um estudo que aproxime a cultura da Comunidade com uma base teórica, como a teoria winnicottiana, por exemplo, por algumas razões. Primeiramente, pelo fato de que elas parecem ter, mesmo, afinidades que merecem ser estudadas pela ideia de uma possível universalidade. Em segundo lugar, assim como outros, acredito que essa teoria é muito aplicável em contextos fora do setting analítico. Em minha opinião, a linha teórica da psicanálise que melhor se adapta a esses contextos. Nesse sentido, um cotejo que a aproxime de uma prática institucional como a da Comunidade, parece ser frutífero. A terceira razão refere-se à necessidade que muitos admitem de que o conhecimento produzido nessa instituição, pela importância que teve, precisa ter um melhor reconhecimento dentro da história da psiquiatria e da psicologia infantil no Brasil. O cotejo com um corpo teórico consistente como o da teoria do amadurecimento de Winnicott, pode ser uma boa maneira de se conseguir isso.

REFERÊNCIAS

Cytrynowiks, Mônica M. (2003) *Criança – Enfance Uma trajetória de psiquiatria infantil*. São Paulo: Narrativa Um – Projetos e Pesquisas de História.

Dias, Elsa O. (2002) “A trajetória intelectual de Winnicott”. In *Revista Natureza Humana*, vol. 4 nº 1.

Dias, Elsa O. (2003/2014) *A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott*. S. Paulo: DWW Editorial.

Dias, Elsa O. (2011) “Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica”. In: *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. S. Paulo: DWW editorial.

Dias, Elsa O. (2014) *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. S. Paulo: DWW Editorial

Jones, Maxwell (1972) *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Editora Vozes

Loparic, Zeljko (1995b) “Winnicott e o pensamento pós-metafísico”. In: *Psicologia-USP*, vol. VI, nº 2.

Loparic, Zeljko (1997a) “Winnicott: uma psicanálise não edipiana” *Percursos*, ano IX, nº 17, pp. 41-47. Reeditada em 1997: *Revista de Psicanálise da SPPA*, Vol. IV, nº 2.

Loparic, Zeljko (2001c) “Esboço do paradigma winnicottiano” *Cadernos de história e filosofia da ciência*. Série 3, vol. 11, nº2.

Loparic, Zeljko (2006) “De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática”. *Natureza humana, Livro de conferências do I Congresso Internacional de Filosofia da Ciência*, vol. 8, especial 1

Loparic, Zeljko (org.) (2014) *Winnicott e a ética do cuidado*. S. Paulo: DWW Editorial.

Mélega, Marisa (1994) *Publicações*. S. Paulo: Clip Editora.

Rodman, Robert (2003) *Winnicott Life and Work*. Boston: Da Capo Press.

Serralha, Conceição A. (2011) “O ambiente winnicottiano”. In Dias, E. O. e Loparic, Z. (Orgs.) (2011) *Winnicott na Escola de São Paulo*. S. Paulo: DWW Editorial.

Winnicott, Donald W. (1948b) “Pediatria e Psiquiatria”. In (1958a) *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas*. R. de Janeiro: Imago

Winnicott, Donald W. (1953b) “A tolerância do sintoma na pediatria – a história de um caso”. In (1958a) *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas*. R. de Janeiro: Imago

Winnicott, Donald W. (1958a) *Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas*. R. de Janeiro: Imago

Winnicott, Donald W. (1965b) *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. P. Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, Donald W. (1971b) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. R. de Janeiro: Imago.

Winnicott, Donald W. (1984a) *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, Donald W. (1986b) *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, Donald W. (1987a) *Os bebês e suas mães*. S. Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, Donald W. (1988) *Natureza humana*. R. de Janeiro: Imago.

RICARDO MURATORI
2019