

Artigos

Cuidado e saúde: uma visão integrada

Luís Claudio Figueiredo¹

Resumo

O texto retoma e desenvolve novas ideias para uma Teoria Geral do Cuidado, construída com base em conceitos e teorias psicanalíticas, de forma a poder focalizar a questão da saúde individual nos planos psíquicos e somáticos. Objetiva-se a criação de uma plataforma facilitadora para o trabalho multiprofissional em torno da produção e sustentação da saúde do indivíduo nas suas relações com os campos da biologia e da cultura.

Palavras chave: cuidado; saúde; interfaces da psicanálise.

Introdução

O objetivo deste trabalho será o de retomar algumas ideias já apresentadas sobre o *cuidado* (Figueiredo, 2009a) para, em seguida, articulá-las a uma concepção integrada de *saúde*. Procura-se uma noção de *saúde* em que (1) os aspectos somáticos e psíquicos estejam reunidos uns aos outros, podendo ser concebidos a partir de um mesmo “modelo”, e (2) ambos estejam remetidos às dimensões socioculturais da existência individual. Assim, velhas antinomias – corpo e mente, indivíduo e sociedade – precisariam ser enfrentadas para que possa ser concebida a *saúde* em um novo patamar.

As ideias expostas a seguir desdobram o que já foi apresentado em outra ocasião (Figueiredo, 2009b) e manterão uma estreita relação com as que foram elaboradas em outros textos (Figueiredo, 2011a e 2011b). Essas referências deverão, assim, estar bem presentes ao leitor ao longo do que se segue.

Uma teoria geral do cuidado, para que e como?

Nossas preocupações com o tema são antigas, mas emergiram de forma mais nítida quando fomos chamados a ministrar a aula inaugural de um curso de especialização em saúde materno-infantil no Rio de Janeiro, assistido por profissionais da área da saúde – em sentido amplo e em suas muitas especialidades (médicos, enfermeiras, psicoterapeutas, assistentes sociais etc.); a essa motivação bem circunscrita

1 Psicanalista, professor da PUC-SP e da USP.

somava-se o interesse mais geral por explorar outras vias para o pensamento psicanalítico, além dos consultórios particulares e mesmo dos trabalhos institucionais em que o analista pratica a psicanálise em sentido estrito, mesmo que com algumas modificações de enquadre. Vale dizer, trata-se de uma aposta no potencial do pensamento psicanalítico que vá além das vias – velhas e novas vias – da psicoterapia psicanalítica. Sabemos que a própria situação analisante em sua extrema vitalidade está sempre exigindo, sugerindo e gerando novos enquadres e técnicas diante de novas condições de atendimento e de diferentes modalidades de sofrimento psicossomático (Figueiredo, 2011b); no entanto, aqui estaremos nos movendo em outras direções.

Pensamos em vias que transitem pelas interfaces da psicanálise com outras disciplinas de base biológica e sociocultural, e incidam em suas intervenções nos campos da saúde, da educação, do trabalho social, e nas ações comunitárias integradas e integradoras (como, por exemplo, o trabalho de psicanalistas junto a populações desfavorecidas e marginalizadas, ao lado de educadores, artistas, médicos, enfermeiros etc.).

Esta preocupação, naturalmente, nada tem de muito original. Entre outras iniciativas na mesma direção, destacam-se as do casal Michael e Enid Balint que levaram a psicanálise para a proximidade dos serviços de saúde e de assistência social na Inglaterra dos anos 1940 e 1950, desenvolvendo, nestes contextos, importantes reflexões teóricas e metodológicas. Estes autores, além de Winnicott, principalmente em suas palestras para pais e para profissionais do trabalho social, serão nossos principais inspiradores nas páginas que virão.

Nossa premissa é a de que a psicanálise se situa entre as *práticas de cuidado*, com as especificidades que já foram objeto de nossas considerações em outros momentos (Figueiredo, 2011b): basicamente, as diferenças dizem respeito aos dispositivos de cuidado que cada prática institui e sustenta. No caso da psicanálise, é a *situação analisante*; no caso da educação, a *relação pedagógica*, no caso da arte, a *experiência estética* (Figueiredo, 2011a), e assim por diante.

A sala de análise, bem como a sala de aula, a galeria, a exposição, os museus, os teatros e cinemas, a sala de concerto etc., parecem guardar uma íntima ligação com os dispositivos especializados que correspondem a cada prática, mas não devemos confundir o dispositivo e sua lógica – sua estrutura e dinâmica – com seu suporte material; não podemos confundir, por exemplo, a *situação analisante* com o arranjo canônico da sala de análise se quisermos identificar o que é próprio daquele dispositivo quando opera em outras “salas” ou mesmo fora de qualquer “sala”.

Por outro lado, é verdade que cada dispositivo tende a exigir – como condição ideal – um determinado suporte espaço-temporal e, eventualmente, modificações neste suporte, em nome, justamente, da preservação do que lhe é essencial. Já

antecipando: mais adiante veremos que cada dispositivo – correlacionado a algum suporte espaço-temporal – opera como um *objeto transformacional* (Bollas, 1987), um ambiente capaz de produzir transformações na experiência do *self* dos sujeitos que nele habitam aos lhes oferecer formas especializadas de cuidados.

Preliminares

Começemos com uma concepção abrangente (*filosófica*) de “cuidado”: para nós o termo diz respeito a todo o campo das ocupações e preocupações recíprocas onde dependência e interdependência individuais são tomadas como “fatos da existência”, apresentando-se como o mais próprio da condição humana, do nosso “ser-no-mundo”. Indo além de explicações biológicas e psicológicas, não diríamos apenas que o homem não “sobrevive” (física e mentalmente), mas que não *existe* – sem *cuidados* recebidos e oferecidos (e isso inclui, por exemplo, Robinson Crusoe, um dos paradigmas do individualismo moderno, que precisou de seu Sexta-feira para existir, mesmo que pudesse, talvez, prescindir dele para sobreviver e continuar raciocinando, planejando etc.).

Toma-se assim a *existência* como abertura ao mundo regido por ocupações e preocupações de *cuidados recíprocos*, e delinea-se a partir daí uma dimensão ética do *cuidado* que implica o *habitar e compartilhar* (recebendo e transmitindo) o mundo humano.

Destas premissas surge a possibilidade de focalizar as interfaces da psicanálise com as demais práticas – fenômenos e processos – sócio-culturais que são práticas integradas (e integradoras) de *cura* em sentido ampliado (e não apenas médico/remediativo). Em toda a sua variedade, nos campos da educação, da saúde, da produção material da vida e, em termos mais amplos, no campo da “inserção social” – como, por exemplo, as práticas da amizade e do coleguismo e da hospitalidade –, isto é, no campo complexo e multidimensional da organização social é sempre de *cuidados recíprocos* que se trata. Igualmente, ainda, todas as práticas que implicam os chamados processos sublimatórios e criativos, sem os quais a sociabilidade humana não existiria – refiro-me às experiências “artísticas” de produção e fruição estética – cabem na noção ampliada de *cura*: a obra de arte, em sua criação e em sua fruição, faz sempre parte de um sistema de trocas e transformações reparatórias e *curativas*. Adiante, elas serão brevemente consideradas (as dimensões transformadoras e curativas das experiências estéticas foram ainda mais desenvolvidas em outro texto da série; Figueiredo, 2011a).

Esboço de uma teoria geral dos cuidados

Para se configurar uma “teoria geral do cuidado”, a partir da psicanálise, vimos como necessário o atravessamento dos paradigmas que marcaram o pensamento psicanalítico na chamada “era das escolas”. Ou seja, precisamos atravessar as antinomias entre (1) o paradigma da pulsão e o das relações de objeto, (2) o do trauma e o da fantasia, (3) o das necessidades e da dependência e o do desejo, e (4) o do intrapsíquico e o do intersubjetivo (Figueiredo, 2009c, p. 18). Isto nos parece necessário para a consideração das variadas posições e funções do *objeto primário*, e de seus substitutos externos e/ou internalizados, na constituição, reconstituição e manutenção dos psiquismos. A isso nos referimos em outro texto como dizendo respeito às diferentes “figuras da intersubjetividade” operantes nos processos de subjetivação: o “outro” transubjetivo, o “outro” traumático e o “outro” da interpessoalidade (Coelho Junior e Figueiredo, 2003).

O mais importante neste momento é sublinharmos a coexistência desta pluralidade de posições e funções no objeto primário. Acreditamos que é a natureza complexa deste objeto e suas funções suplementares que o qualificam como sendo o primeiro objeto transformacional (Bollas, 1987), pois as transformações necessárias ao *self* precoce para que este se desenvolva requerem a intervenção equilibrada e dinâmica de todas essas funções, a serem brevemente descritas a seguir.

No nosso primeiro esboço de uma teoria geral do cuidado psicanalítica (Figueiredo, 2009b) partimos de algumas ideias: acreditamos necessário de início estabelecer a distinção entre as funções da *implicação* e as funções da *reserva de presença* dos agentes cuidadores (Figueiredo, 2008). A implicação diz respeito aos *fazer*es e a reserva de presença diz respeito a *ser* e *deixar ser*.

Começemos recapitulando as *implicações* do agente cuidador e suas tarefas. Em primeiro lugar, sem pretender com isso qualquer precedência temporal ou prioridade lógica, trata-se de *sustentar* e *conter*, o que envolve integrar e dar continuidade (Winnicott), e transformar (Bion), como funções implicadas do *outro transubjetivo* em sua *identidade* (um agente propiciador de identificações primárias); em seguida, apontamos a tarefa de *reconhecer* (ou espelhar) as necessidades, o “gesto espontâneo”, as ansiedades, as fantasias de desejos incipientes, e as formas e transformações do *self* (Bion, Winnicott e Kohut), como funções implicadas do *outro da interpessoalidade* em sua *semelhança* (semelhança admitida como possível mesmo que antecipada, pois ao tratar o bebê como “semelhante” o adulto antecipa este reconhecimento como forma de instituir aquilo mesmo que está apenas em potência, ainda *vindo a ser*); por fim, trata-se da tarefa de *interpel*ar/convocar/despertar/*reclamar* pulsões, ansiedades e fantasias (Laplanche, Green e Anne Alvarez), que são as

funções implicadas do *outro traumático* em sua *diferença* (trata-se aqui de um trauma constitutivo e estruturante). Sem a instituição da diferença, identidade e semelhança fracassariam no processo de constituição e transformação do *self*. O mesmo vale para cada uma destas dimensões em relação às outras duas.

Uma originalidade desta proposta teórica é que ela supõe, como se viu, a coexistência destas funções básicas, sem privilégios e sem prioridades lógicas ou temporais e sua persistência (transformada) ao longo de toda a existência. Ou seja, as funções básicas da implicação têm suas formas primitivas – encarnadas, vias de regra, nas funções maternas e paternas – e passam por transformações, desde as mais concretas até as mais simbólicas e sublimadas, no vasto campo do que chamaremos de “objetos transformacionais” derivados. A percepção da coexistência destas funções aparentemente contraditórias requer um pensamento afeito ao paradoxo.

Cabem já aqui algumas considerações preliminares sobre o *objeto transformacional* derivado, mesmo que sua relação com a questão geral da saúde ainda possa parecer obscura. Supomos que os objetos transformacionais derivados englobem todas as funções da presença implicada do objeto primário. Uma obra de arte, por exemplo, ao mesmo tempo sustenta, contém, reconhece e interpela quem a ela se sujeita na complexa experiência estética em que é fruída e recriada por quem nela se deixa tomar e “fazer” (Figueiredo, 2011a). Uma decorrência é o reconhecimento do necessário equilíbrio dinâmico das funções de implicação, em suas formas sublimadas e socialmente determinadas, bem como a constatação de que as “falhas” neste equilíbrio comprometem sua eficácia “cuidadora” e o vigor e a qualidade de uma obra. A qualidade da experiência estética que a obra proporciona está assim na dependência da articulação destas funções paradoxais em um campo de tensões capaz de produzir e comportar grandes intensidades. Cremos que o mesmo poderia ser dito de todas as formais institucionais vigentes em uma sociedade: a força das instituições (pensemos, por exemplo, nas instituições educacionais formais e informais) como objetos transformacionais reside na sua capacidade de exercer funções suplementares gerando e comportando intensidades afetivas e qualidades ideativas ricas e altamente diferenciadas. Uma instituição “forte” é a que proporciona experiências de transformação igualmente fortes e decisivas no curso de uma existência. As implicações disso tudo para a problemática da saúde serão consideradas mais adiante.

Outra decorrência é o reconhecimento da conveniência de uma relativa internalização introjetiva das funções básicas acima nomeadas (ou seja, uma introjeção dos objetos transformacionais, ou de suas funções) a partir das falhas “normais” e inevitáveis dos objetos transformacionais na constituição, manutenção e transformação do psiquismo. Esta relativa internalização é imprescindível para uma relativa autonomia do indivíduo, nunca muito grande, e menos ainda absoluta. Na verdade, o campo intrapsíquico, quanto mais bem constituído, e neste sentido, mais

autônomo, mais se torna capaz de estabelecer boas e fecundas relações com outros sujeitos e com o mundo da cultura, tornando-se assim mais apto à interdependência e menos predisposto a alimentar fantasias de autossuficiência. Adiante veremos como a *mutualidade* em todas as suas formas e níveis – sendo o chamado *fair shares* (Balint, 1993) sua modalidade mais madurecida – é um ingrediente essencial da noção de saúde que estamos elaborando.

Passemos então às *reservas* do agente cuidador – o objeto transformacional. Basicamente, a presença em reserva significa a *espera e aposta* no “objeto” de cuidados, uma espécie de confiança que o cuidador deposita de antemão nas capacidades do outro, na sua possibilidade de vir a participar como agente do circuito de trocas e compartilhamento. Algo disso, já víamos ao tratar do reconhecimento de uma semelhança que se antecipa ao próprio objeto a ser reconhecido, o bebê na sua condição humana, produto de uma dada tradição familiar etc. Agora, dando um passo além, estamos sugerindo que o agente cuidador mantém-se em reserva justamente porque aposta antecipadamente em uma capacidade de vir a ser do objeto do cuidado ainda não demonstrada e que só se revelará no oco da presença em reserva, na concavidade que esta presença cuidadora instala, tal como a *estrutura de espera* encarnada e materializada no enquadre de uma *situação analisante* (Donnet).

Ressaltemos, finalmente, a importância do equilíbrio dinâmico entre implicações e reservas para o desenvolvimento da *mutualidade* na troca dos cuidados: cuidados recíprocos, confiança mútua. Ferenczi, Balint, Winnicott e Searles foram autores que se notabilizaram pela ênfase nestas questões.

A mutualidade no contexto terapêutico com pacientes difíceis esteve no centro das inovações ferenczianas no terreno da técnica psicanalítica com pacientes muito e precocemente traumatizados (Ferenczi, 1932/1969). O psicanalista húngaro chegou, nos anos finais de sua vida, a propor e praticar, como se sabe, a “análise mútua”. Embora este modelo não tenha sido adotado, muito da sua inspiração está presente em variantes da situação analisante original, inventadas para o tratamento de adoecimentos não-neuróticos (Figueiredo, 2011b), como a da “conversação psicanalítica” proposta por Roussillon para pacientes muito menos graves que os de Ferenczi (Roussillon, 2005), entre outros.

Outro autor, de inegável inspiração ferencziana, para quem a mutualidade dos cuidados é decisiva, e isso nos dois contextos – o da constituição básica e na psicoterapia de pacientes muito perturbados (esquizofrênicos) –, foi Harold Searles. No seu famoso texto de 1975 “The patient as therapist to his analyst”, desde o início (Searles, 1975, p. 380 e seguintes) se colocam as teses principais: a de que uma tendência a cuidar e tratar é inerente ao humano e se manifesta praticamente desde o começo da vida, estabelecendo uma base estrutural e constitucional para a mutualidade, e a de que graves problemas mentais se originam das formas inadequadas e cruéis de o

mundo adulto lidar com estas tendências. O bebê pode deparar-se, então, com indiferença, ódio, inveja, rivalidade, exploração etc., invalidando completamente seu potencial cuidador. Embora a ênfase do autor seja nos processos de adoecimento mental decorrentes da incapacidade do mundo adulto estabelecer boas relações de troca de cuidados com os sujeitos em formação, o corolário desta tese é que a saúde está associada à troca de cuidados e, mais que isso, a uma troca bem regulada. A isso voltaremos adiante ao tratar de algumas ideias de Michael e Enid Balint.

A mutualidade no contexto constitutivo foi muito bem assinalada por Balint e por Winnicott (Winnicott, 1969), articulando os temas da dependência, mutualidade, comunicação primitiva e identificações cruzadas entre mãe e bebê (em que operam, segundo o segundo autor, identificações projetivas e introjetivas, tais como sugerido por Melanie Klein). Neste contexto, provavelmente, precisariam também ser lembrados os processos primitivos de *imitação*, tais como sugeridos por Gaddini e retrabalhados por Paulo Carvalho Ribeiro (2011). É provável, inclusive, que a imitação mútua desempenhe um papel ainda mais precoce e essencial que as identificações kleinianas (Ribeiro et al, 2005) nesses processos muito iniciais de subjetivação.

Segundo Winnicott, a responsividade recíproca – ritmos compartilhados, por exemplo – seria a base da comunicação primitiva, e a comunicação entre bebê e mãe é tão ou mais importante quanto as ações de cuidado da mãe em resposta às necessidades somatopsíquicas do bebê. É muito tocante, por exemplo, a descrição que Winnicott nos oferece do momento em que o bebê começa a fazer os gestos de levar comida à boca da mãe enquanto esta o alimenta, o que sugere, por sinal, uma forte presença de processos imitativos (Ribeiro et al, 2011 e 2005) neste nível precoce de cuidados e comunicações. (E há mesmo relatos de processos de mútua imitação entre bebês de poucos dias de vida e suas mães.) Mais do que apenas alimentar o filho, a mãe deve ser capaz de comunicar-se com ele e para isso ela precisa ser capaz de estabelecer um contato em que o bebê não apenas recebe, mas pode “oferecer algo de si” com que a mãe possa se identificar, imitando e sendo imitado. Os temas da confiabilidade mútua, das projeções e introjeções recíprocas e cruzadas e, principalmente, da mútua imitação se ligam ao processo de identificação primária e à experiência de *ser* que, segundo Winnicott, são os fundamentos da existência saudável.

Em uma linha de desenvolvimento teórico assemelhada, o casal Balint (Enid e Michael) presume – com base fundamentalmente nas teorias de M. Balint sobre as relações de objeto primitivas, o que ele denomina de “amor primário” – que desde a relação primordial do bebê com seu objeto primário a mutualidade na oferta de ocasiões gratificantes esteja operando. Cada polo é a ocasião para o outro obter gratificações importantes, embora, naturalmente, muito diferentes entre si e sempre mais ou menos insatisfatórias, o que produz frustração e raiva, inevitáveis nestas formas primitivas de “amor” (Balint, 1951). Assim sendo, cada polo é simultaneamente um

objeto de satisfação do outro (aliás, *taken for granted* nesta função) e demandante de satisfações pelo outro: se a mãe tem o seio e o leite, o abraço e o aconchego, todo seu corpo e muito de seu tempo a oferecer, o bebê, por seu lado, tem a fome, o frio, o choro, o sono e, em definitivo, todo o seu corpo e seu desamparo a ser “oferecido”, bem como as provas de estar sendo bem cuidado, saciado, apaziguado. E cada um pede ao outro o que lhe falta quase nunca recebendo exatamente o que pediu na hora e na medida esperada. A ambivalência, a raiva e mesmo o ódio são inerentes a este nível primário e fundamental de mutualidade, segundo estes autores.

Mas o problema que mais os interessa (Balint, 1972) coloca-se em termos do que pode, no processo de constituição subjetiva, fazer o trânsito entre esta modalidade primitiva de reciprocidade entre o bebê e sua mãe (sempre ligeiramente imperfeita, ambivalente e potencialmente explosiva) e o que eles denominaram de *fair shares*, uma experiência de “compartilhamentos justos”. Na visão dos autores, condições pré-edípicas já marcadas pela boa triangulação edipiana são necessárias para esta passagem, o que nos alerta para a necessidade de pensarmos a questão dos cuidados levando em conta as configurações não-diádicas: o bom agente de cuidados, capaz de implicações suplementares equilibradas e dinâmicas, e de reservas, é sempre, desde o primeiro momento, um agente social; a mãe suficientemente boa, por exemplo – está desde sempre inserida em uma rede de obrigações e direitos, apoios e ofertas, existindo junto a outros agentes (como o pai) e instituições (a família, o trabalho, as tradições etc.). Para os Balint, a passagem da mutualidade primitiva para o *fair shares* depende da introdução de um padrão de trocas compartilhadas, uma lei de trocas e deveres recíprocos envolvendo no mínimo três polos. É apenas assim que os “objetos de cuidados” – bebês e crianças pequenas – podem ser instituídos como agentes cuidadores capazes de *concern*, preocupação com os outros, capazes então de assumir responsabilidades pelo cuidado de outros objetos, entre os quais seus próprios cuidadores, mãe e pai. Não se trataria, portanto, de enfatizar nem a “função paterna” de interdição, separação e legislação, nem a “função materna”, de acolhimento e sustentação, mas de sublinhar *as relações de objeto instituídas entre estes polos e entre eles e o bebê* que vive simultaneamente a inclusão e a exclusão relativas que uma boa triangulação edipiana proporciona, antes mesmo da entrada no complexo de Édipo, quanto mais de sua resolução. Desta maneira, a entrada no que em termos kleinianos se denominaria de “posição depressiva”, com seu quociente de responsabilidade e consideração – o *concern* de Winnicott – dependeria de uma estruturação pré-edípica em que a triangulação, contudo, já opera antecipada, com a experiência do bebê organizada em termos de uma relação objetal muito mais estruturada do que a da mutualidade primitiva. Será a partir da coexistência destes dois modelos – a mutualidade primitiva e a relação objetal estruturada – que se forma o campo de experiências capazes de propiciar a passagem “natural” para os justos compartilhamentos; na

ausência deste campo de experiências, a pura introdução de leis, interditos e ameaças de punição superegoicos será ineficaz ou contraproducente.

As relações entre estas configurações intersubjetivas e intrapsíquicas e nossa questão geral da saúde é da maior importância, o que tentaremos assinalar mais adiante; mas por enquanto, nos mantemos no âmbito de algumas especificações de uma teoria geral do cuidado.

Todos os desvios e extravios do cuidado – falhas graves no objeto transformacional, seja em sua forma individual em uma relação diádica (como é o caso da mãe deprimida de um recém-nascido, incapaz de contato afetivo com ele), ou social, em uma relação complexa, como sugerem os Balint – resultarão em desequilíbrios dinâmicos entre implicação e reserva, e em falhas na mutualidade e na comunicação primitiva, bem como no desenvolvimento saudável dos “justos compartilhamentos”.

Mais um aspecto a destacar, no âmbito de uma teoria geral do cuidado, mas ainda uma decorrência direta do que aprendemos com Winnicott e ainda mais com os Balint, é o fato de que aquela teoria naturalmente se projetou no rumo de uma teoria da cultura, de seus “agentes e pacientes” interligados; isso nos levou à consideração dos fenômenos e objetos culturais em suas funções de cuidado, os objetos transformacionais derivados (o que foi desenvolvido de forma um pouco mais detalhada no texto “A interpretação psicanalítica: clínica e formações da cultura”).

Em acréscimo, a percepção de que cultura e mutualidade andam juntas nos proporciona um bom fundamento para a consideração da *democracia*, independentemente das formas históricas que o “democrático” já assumiu ou possa vir a assumir ao longo dos séculos, e mesmo independentemente de haver um modelo de poder e governo reconhecido como tal. A *democracia* nesta acepção ampliada – seja ela direta ou indireta e representativa, mais ou menos inclusiva ou restritiva (pois em nenhuma forma historicamente dada deixam de haver restrições e exclusões) – predomina quando as modalidades instituídas de *justo compartilhamento de cuidados* entre agentes (e pacientes) socioculturais tendem a prevalecer sobre as configurações marcadamente assimétricas, em que alguns agentes ficam cronicamente privados das oportunidades de receber e de oferecer cuidados. Note-se, contudo que mesmo nestas configurações antidemocráticas algum nível de mutualidade estará sendo alcançado, pois do contrário a organização social se dissolveria. De acordo com esta visão (que nem se apoia nas ciências políticas nem a elas pretende contradizer), o componente *democrático* em uma sociedade pode estar mais ou menos presente, mas nunca está completamente ausente se é que a vida social se mantém, sendo este índice aferido pela força da mutualidade e dos justos compartilhamentos na troca de cuidados. Veremos a seguir a íntima relação entre a *democracia*, nesta acepção ampla, e a saúde.

Efetivamente, nossas elaborações em torno de uma teoria geral do cuidado aparentemente nos levaram para muito longe do que fora anunciado como nosso foco central, a questão da saúde em uma visão integrada. É hora de retornar a este ponto.

Da teoria geral do cuidado a uma concepção integrada e não normativa de saúde

Após uma breve apresentação da teoria geral do cuidado que nos levou tão longe no terreno da sociedade e da cultura, uma boa forma de nos situarmos novamente em torno de nosso foco principal – uma noção de saúde que possa ser projetada sobre as dimensões psíquicas e somáticas, indistintamente (o que nos coloca na esteira da metapsicobiologia criada por Ferenczi em *Thalassa*) – é recomencermos nossa marcha a partir de um ângulo estritamente naturalista. Para isso tomaremos emprestado a um físico uma concepção de vida que nos sirva de bússola.

Em uma tentativa filosófico-científica de conceber o que é vida a partir da física – o que o leva a identificar o objeto da biologia nos limites extremos da física e da química, ultrapassando-os, de certa maneira – Erwin Schrödinger (1944), prêmio Nobel de Física em 1933, conclui que os seres vivos, como todos os seres da natureza, produzem continuamente, no próprio processo de vida, entropia, caos, desordem e, finalmente, inércia e morte; eles só podem se manter vivos, freando e retardando sua marcha inexorável para a morte, porque são capazes de tomar do ambiente “entropia negativa”: eles continuamente *metabolizam ordem*.

Diz Schrödinger:

The device by which an organism maintains itself stationary at a fairly high level of orderliness (fairly low level of entropy) really consists in continually sucking order from its environment. (1944, p. 75).

Literalmente, são seres capazes de comer e beber ordem do ambiente: não há uma troca de substâncias na metabolização, mas uma troca de desordem por ordem. A desordem relativa, não absoluta, pois outros seres vivos ainda poderão se alimentar dos dejetos, é posta para fora à medida que novas ordens são postas para dentro (em psicanálise, diríamos “são introjetadas”). Um ser isolado, um sistema isolado, impossibilitado de operar estas trocas com o ambiente – e o ambiente precisa, nesta medida, ser tanto o meio com que o organismo se *identifica*, como aquilo de que o organismo se diferencia para que trocas possam ser efetuadas – tende a morrer: *An*

isolated system or a system in a uniform environment increases the entropy and more or less rapidly approaches the inert state of maximal entropy ... death. (1944, p. 74). Ou seja, é preciso que o ambiente introduza a diferença para que a tendência à morte seja enfrentada, o que aliás Freud já afirmara em certa passagem de *Além do princípio de prazer* (1920), cuja proximidade ao que nos diz Schrödinger sobre a vida e sobre a tendência inelutável para a morte é muitas vezes surpreendente. Vida é o que acontece nesta metabolização insistente e persistente, o que não pode ser reduzido às leis ordinárias da física ou da química, embora Schrödinger ainda procure na física quântica os argumentos que lhe permitam incluir até mesmo a vida, com o que tem de surpreendente, no campo das ciências físico-químicas.

Manteremos em suspenso este conceito para o irmos retomando aos poucos, ao longo do que se segue.

Mas será na companhia de Winnicott (1967) e nas suas pegadas que caminharemos na direção de uma noção de saúde que nos posicione além de qualquer normatividade – longe de uma mera “generalidade” estatística – e da simples oposição entre *saúde e doença*, entre saúde e envelhecimento, e mesmo entre saúde e morte. Para tanto, o “singular”, o “próprio” e o “processual” (interativo) deverão ocupar um lugar central na nossa caracterização da saúde. O organismo ou o sujeito “saudável” exhibe sempre estas qualidades em sua vida somática e psíquica, vale dizer, em sua marcha na direção da própria morte.

Winnicott, no texto de 1967 que nos servirá de guia, trabalha em prol, em primeiro lugar, da articulação entre saúde individual e ambiente, físico e social. Basicamente, trata-se do oferecimento e da “troca de cuidados” entre organismo e ambiente (com seus variados objetos, animados e inanimados, e suas substâncias), implicando a questão da confiança do indivíduo no ambiente e da “confiança” do ambiente no potencial de amadurecimento e singularização de cada indivíduo. O *saudável* em um organismo vivo – e mais ainda em um sujeito humano, um existente – precisa sempre ser considerado e avaliado a partir das relações com o ambiente em que o “próprio” do sujeito, em um momento e em uma condição singulares, possa ser reconhecido, preservado, enriquecido e confirmado. Isso vale, paradoxalmente, também para o momento de morrer; e não podemos nos esquecer, a propósito, de Winnicott dizendo que queria estar muito vivo na hora de sua morte.

Ou seja, apesar de contarmos com um conceito universal de vida – suficientemente amplo para comportar, inclusive, animais e vegetais em toda a escala filogenética, embora aqui estejamos interessados primordialmente em seres humanos – a noção de saúde precisa ser sempre referida às configurações muito singulares dos padrões de interação entre um organismo e seu ambiente físico e, na nossa espécie, sociocultural. O saudável é o que sustenta com maior vigor, mas dentro de limites, os processos vitais, incluindo a hora de sua morte.

Em segundo lugar, Winnicott propõe uma relação complexa e paradoxal entre saúde e não saúde: há tanto a ênfase nos processos e estados de integração (o que o coloca na linhagem kleiniana; Klein, 1960), como o reconhecimento (ainda incipiente em Klein e agora plenamente assumido em Winnicott) da importância dos processos e momentos de não integração e das desintegrações. Estes são indispensáveis no processo de crescimento e de expansão (o que inclui tanto a evolução “saudável” no plano da vida pulsional quanto no plano egoico ou do *self*); nesta medida, acreditamos que Winnicott se afina com a concepção bioniana em que a alternância entre posições (depressiva e esquizoparanoide) faz parte do crescimento e da expansão saudáveis. Há, portanto, as perdas, as crises, os “sofrimentos”, as “agonias” e os “adocimentos saudáveis” de cada idade, de cada circunstância, de cada indivíduo; no limite extremo, há a morte como desafio ao “saudável”, mas também como possibilidade de sua confirmação e consumação.

Há também que considerar as defesas saudáveis, constitutivas e garantidoras destes processos. De outro lado, certamente, há que reconhecer a eventual presença das defesas insalubres – estratificadas e paralisantes, contrárias à vida – embora as mesmas defesas possam desempenhar funções diferentes e opostas em diferentes momentos e fases de um processo.

É neste contexto, aliás, que aparece no texto winnicottiano uma referência à experiência com a obra de arte como envolvendo processos de integração, crise e desintegração, prazeres e dores psíquicas. Na verdade, as defesas, mesmo quando estão a serviço da preservação, são certamente dispositivos antiestéticos, ou seja, limitadores da possibilidade de sentir - fruir e sofrer – reduzindo ou eliminando as intensidades afetivas intrínsecas aos processos vitais. A redução da capacidade de sofrer em alguns pacientes, note-se, foi uma das grandes preocupações na clínica de Bion (Levine, 2011). As experiências com obras de arte, mas, mais amplamente falando, todas as experiências estéticas são, naturalmente, antídotos contra os efeitos restritivos de todas as defesas físicas e psíquicas: elas não só incrementam as “sensações de vida” como ampliam efetivamente as capacidades vitais, sejam somáticas, sejam psíquicas. Pensemos, por exemplo, na óbvia relação entre a saúde e as experiências atléticas e desportivas, cujas qualidades estéticas foram objeto de nossas considerações em outro texto (Figueiredo, 2011a). Saudável, sob este ângulo, é o organismo ou sujeito que sustenta os processos vitais em sua máxima potência, sob uma modulação contínua promovida pelos efeitos suplementares de dispositivos antiestéticos – anestésicos – de proteção, e dos dispositivos estéticos de potencialização; e isso a cada momento e a cada circunstância de sua trajetória. Uma trajetória da qual o sofrimento e a dor não poderiam ser eliminados, ainda que devam ser moderados para se tornarem toleráveis.

Esta associação entre saúde e sofrimentos, ou capacidade de suportar sofrimentos, leva Winnicott fazer uma alusão explícita à posição depressiva, tal como concebida por Melanie Klein. Na verdade, todo processo no rumo da integração, e não só os momentos de fratura e desintegração, implica também em padecimento, pois a reunião de elementos afetivos e ideativos antagônicos, díspares e até então dissociados pressiona a vida psicofísica e põe à prova a capacidade de metabolização – a expulsão de desordem e introjeção de ordem, como vimos com Schrödinger – ou a transformação em elementos α dos elementos β protomentais, como diria Bion.

Tanto as ampliações da capacidade de sentir, fruir e *sofrer*, como as experiências de padecimentos efetivos, que são o preço pago pela integração, emergem em contraposição às *fugas para sanidade*. Estes movimentos, manifestações das defesas maníacas, fazem parte, nos tempos atuais, entre outras tendências da mesma índole, de uma forte e difundida “fantasia de medicalização”; isso deve ser visto como um aspecto da “não-saúde” no plano sociocultural: corre-se para o remédio – como para outras drogas – como se corre para uma suposta sanidade por incapacidade de tolerar o sofrimento e as dores que são inerentes à saúde. Vale lembrar outras maneiras, ainda mais radicais e muito frequentes nos dias de hoje, de *fuga para a sanidade* – fantasias de onipotência que estão no extremo oposto da saúde: dizem respeito aos sonhos de eterna juventude e de imortalidade, tais como se expressam em certas tendências da moda, nas dietas e nos exercícios físicos levados aos limites da insanidade. Enfim, entre a saúde e todas as *fugas para a sanidade* a oposição não poderia ser maior.

Outra maneira de tratar da condição subjetiva do indivíduo saudável é recorrendo ao conceito de *depressividade* cunhado por Pierre Fédida (2002): trata-se de uma capacidade de autorregulação das intensidades pulsionais e das intensidades de presença e ausência dos objetos, com os potenciais traumatizantes que correspondem a estas intensidades. Sob a regência desta condição de *depressividade*, os sofrimentos e as dores, bem como os prazeres e alegrias, são relativamente tolerados como partes de uma montagem somatopsíquica apta a sustentar os processos vitais, em cujas interações produzem-se afetos e fantasias, dentro das margens em que a vida pode transcorrer, para cada indivíduo, a cada momento, em cada circunstância. Sob este ângulo, saudável é o organismo ou sujeito apto a operar com algum sistema auto regulatório em seus processos vitais – no caso dos humanos, seria a *depressividade*, capaz de assegurar uma capacidade de *sofrer* compatível com os recursos psíquicos do sujeito.

Tomando em consideração o que vimos a respeito das funções básicas do objeto transformacional, podemos entender a *depressividade* nos humanos como uma conquista da introjeção de um objeto transformacional competente, pois, no fundo, é justamente este o serviço que se espera, por exemplo, de um casal parental

suficientemente bom: participar, não só como polo de interações do bebê, em relações objetais primitivas, mas como meio e matriz das interações do bebê e da criança pequena com seu ambiente, regulando estas trocas de forma a propiciar processos contínuos de metabolização, organização, integração, crises e rupturas, desintegrações e reorganizações sômato-psíquicas. Essa ideia não é incompatível à de que mecanismos auto regulatórios primitivos operem, dentro de certos limites, em todos os seres vivos saudáveis, sendo estes, no caso dos humanos, potencializados e enriquecidos com a introjeção de um bom objeto transformacional. Podemos imaginar, também, que em certas fases da vida – como, por exemplo, no envelhecimento adiantado e em certos estados de enfermidades crônicas ou degenerativas – tanto os mecanismos internos como os objetos e funções introjetados têm seus desempenhos gradativamente comprometidos, exigindo novamente uma contribuição significativa dos objetos transformacionais externos. Não se trataria, nestas situações, apenas de facilitar o restabelecimento da saúde, tantas vezes inviável, mas de introduzir imediata e efetivamente um fator de saúde na vida debilitada e limitada (o que dá, por sinal, um novo valor e dignidade às estratégias paliativas em medicina). Os arranjos que então frequentemente se montam (pensemos no *home care* e nos pequenos hospitais domésticos que são criados em certas circunstâncias por meses e anos a fio) podem ser pensados como “arranjos de saúde” em que uma parte das funções de auto regulação do sujeito volta a depender pesadamente do ambiente e seus objetos transformacionais, humanos e não humanos (equipamentos em geral e os ambientes físicos da instalação). Tais elementos – objetos cuidadores – não são “facilitadores da saúde”, são partes integrantes dela. Em tais situações extremas, os critérios antes mencionados (singularidade, propriedade e processualidade) tornam-se muito importantes para diferenciar saúde de mera sobrevivência, uma questão de interesse para a bioética.

Em todas estas tentativas de pensar a noção de saúde sem enrijecê-la, sem introduzi-la em um sistema de conceitos dicotômicos, deve estar ficando clara a presença do que aprendemos com Schrödinger acerca da vida e das trocas de desordem por ordem que ocorrem na metabolização. Um esquema que, aliás, parece nos remeter de chofre e inesperadamente às teorizações de Melanie Klein: desde o seu início, a vida depende da expulsão (projeção) da pulsão de morte – o caos e a entropia nos termos do físico austríaco – e da introjeção dos bons objetos externos – os elementos da ordem, da entropia negativa, segundo o mesmo autor. Nos termos de Bion, a metabolização seria a transformação contínua de elementos β em elementos α , porém agora precisamos acrescentar uma ênfase no fato de que, neste processo, algo de entrópico estará também sempre sendo produzido e dejetado – uma produção ativa de elementos β a serem evacuados, tal como, aliás, é afirmado no livro *Transformations* (Bion, 1965) – algo precisando sempre, em contrapartida, ser introjetado. Quanto a

isso, o que este autor nos fala das funções da *rêverie* do objeto primário para acolher as identificações projetivas do bebê e devolvê-las transformadas nos aproxima bastante desta visão, embora ainda não dê conta de um dos seus aspectos, as transformações em β (Figueiredo et al, 2011, pp. 32-35).

Por outro lado, se pensarmos o “seio bom” kleiniano, e mais ainda a *rêverie* de Bion, a partir de Schrödinger, sua eficácia constitutiva pode se tornar muito mais convincente do que se o pensarmos apenas em termos das substâncias nutritivas que proporciona ao bebê: no seio materno, o bebê *mama ordem* (ele estaria *sucking order*, que é a expressão usada pelo físico) e não apenas “leite”. Na verdade, o leite já é uma forma elaborada de ordem no plano físico-químico; contudo, este outro modo de colocar a questão nos ajuda a ver que o organismo, ou sujeito, procura desde sempre alguma ordem no ambiente. Essa busca se dá em todos os níveis, desde o mais concreto e material até o mais abstrato e simbólico, o que pode incluir, por exemplo, todos os cuidados organizados temporal e espacialmente que são oferecidos ao infante na sua mamada; esta, por sua vez, quase sempre vem acompanhada de músicas e palavras, troca de olhares, e carícias, sempre regulados pelos hábitos e padrões de uma dada cultura. É a introjeção de *Ordem* em todos estes aspectos e dimensões que organiza o *self* e constitui gradualmente o ego, o que incide diretamente na questão da *saúde* do sujeito, tal como está sendo considerada. Eis uma posição que reúne Klein a ... Lévy-Strauss, que já dizia que uma comida boa para servir de alimento precisa também ser boa para ser *pensada*: o que está em jogo no alimentar-se é a ordem a ser introjetada.

Na ausência desta operação introjetiva, um arremedo de ordem poderá ser buscado pelo uso excessivo das defesas anestéticas e antiestéticas a que nos referimos antes, configurando uma situação contrária à saúde. Em termos psicanalíticos, trata-se da diferença entre a introjeção da ordem que constitui o *self* e fortalece o ego, e a incorporação de alguma ordem – postíça – que apenas fortalece o superego.

Conclusões parciais

Sigamos com o texto de Winnicott (1967) na direção de algumas observações finais.

Podemos concluir, antes de qualquer coisa, que a questão da saúde do indivíduo nos remete, em primeiro lugar, ao mundo interpessoal (o mundo dos cuidados recíprocos) que, em um primeiro momento, disse respeito às relações do indivíduo com seus objetos transformacionais primários em suas funções cuidadoras – fontes de ordem, nos termos usados por Schrödinger –, o que inclui a capacidade de estabelecer relações de mutualidade com o objeto dos cuidados, evoluindo para um

padrão de justo compartilhamento. Cuidar, deixar-se cuidar e ser cuidado fazem parte do “saudável” no indivíduo e, por extensão, nas coletividades. O cuidado com o ambiente físico, natural e social são formas sofisticadas deste mesmo princípio: o *fair shares* passa a incluir as relações com a natureza e o ecossistema.

Em segundo lugar, a saúde do sujeito nos leva ao mundo pessoal ou interno (o da vida subjetiva em sua intimidade), que inclui *sonhar*, e que pode ser mais ou menos vivo, rico, criativo. Sabemos, com Freud e Bion, o quanto a atividade onírica presta um serviço insubstituível ao sujeito em termos das elaborações de suas experiências emocionais e da metabolização que lhe é exigida por tais experiências. Isso decorre da introjeção dos objetos transformacionais e depende da força deste introjetos para garantir uma relativa autonomia do sujeito em suas funções de auto regulação. Esta é também a origem da sua “inspiração”: é a partir da introjeção do objeto bom, o “objeto estético” nas palavras de Meltzer (1988) e de Bollas (1987), e do recalçamento primário que se constitui uma reserva de sonhos e de criatividade que são ingredientes da saúde individual entendida como capacidade de metabolização bem sucedida nos termos acima analisados. É o equivalente aos sistemas digestivo, respiratório e circulatório tais como operam no plano físico, se é que esta divisão ainda faz algum sentido.

Finalmente, nossa noção de saúde individual nos remete ao mundo da experiência cultural que é também um mundo de cuidados, os cuidados proporcionados por objetos transformacionais derivados, em particular os cuidados simbólicos do sonhar e do brincar compartilhados socialmente nas formações da cultura e na vida institucional. Este é o campo em que os objetos transformacionais mais elaborados – como as obras de arte, da música e da literatura – a podem ser produzidos, procurados e fruídos. E neste campo também se constroem as instituições e organizações voltadas aos mais diferentes objetivos da vida em comunidade, ordens nas quais nos instalamos para nelas existirmos.

Aqui a saúde equivale à capacidade de *participar criativamente da vida cultural e institucional*, em que se incluem, entre outras, as instituições e organizações dedicadas à saúde; contudo, os dispositivos voltados para outras esferas da existência que, aparentemente, não estariam diretamente ligadas a esta questão, de certa forma acabam sendo incluídos em nossa noção de saúde. Efetivamente, a noção de saúde individual, tal como a viemos construindo, nos leva a pensar nestas outras áreas e nas inserções dos indivíduos nelas como também dizendo respeito à saúde. Portanto, as diretrizes para uma política de saúde precisariam considerar os padrões, mais ou menos democráticos, de inclusão e exclusão dos indivíduos nos sistemas educacional, econômico, político, legal, prisional etc., sempre vistos segundo o critério da *participação criativa*, como um direito fundamental à saúde.

A saúde do indivíduo fica assim situada entre as práticas do cuidado interpessoal (as primárias e as derivadas), e é concebida ela mesma em termos de cuidados: por exemplo, algo tão íntimo como a capacidade de sonhar é tomada em sua função multi-cuidadora para o sonhador e como manifestação de um aparelho para cuidar por ele introjetado.

Pensando o cuidar, cuidando do pensar

Chegados a este ponto, nos resta agora uma consideração final. Embora argumentos etimológicos nunca nos pareçam muito convincentes, não custa observar que *cuidar* vem do latim *cogitare* e uma das acepções de *cuidar* é *meditar com ponderação, cogitar, pensar*.

Em contrapartida, uma das acepções de *pensar* é *aplicar penso* (curativo), *tratar adequadamente, cuidar*.

Nesta medida, o que se conquista com a introjeção de um objeto transformacional é algo que se poderia chamar tanto de *aparelho para cuidar* como de *aparelho para pensar*, fórmula consagrada de Wilfred Bion (Bion, 1962). Aliás, a possibilidade de evocar o nome de Bion neste contexto nos é útil: praticamente todo o caminho feito na companhia do texto de Winnicott poderia ser sido feito na companhia de vários textos de Bion, embora nenhum deles colocasse de forma tão central a questão da saúde individual, tal como a encontramos no outro autor.

Ambas as acepções dos dois verbos nos recordam da experiência sômato-psíquica primordial e bem integrada, antes da cisão entre corpo e mente instalada na filosofia ocidental moderna e contra a qual o pensamento psicanalítico se insurge desde Freud.

Assim, a saúde individual, além de nos obrigar à superação da oposição entre indivíduo e sociedade ou cultura – pois tanto *cuidar* como *pensar* se dão em contextos sociais e de reciprocidade, embora impliquem responsabilidades individuais e singulares –, a saúde do indivíduo também nos remete à superação desta dissociação entre corpo e mente, sempre como obra do *cuidado*, vale dizer, do *pensamento*, nesta concepção não intelectualista do termo.

Cuidado y salud: una visión integrada

Resumen: El texto desarrolla nuevas ideas para una Teoría General del Cuidado, basada em conceptos y teorías psicoanalíticas, en torno de la cuestión de la salud individual en sus aspectos psíquicos y somáticos. El objetivo es la construcción de una base ancha para el trabajo multi-profesional en vistas de la producción y manutención de la salud del individuo en sus relaciones con los campos biológico y cultural.

Palabras clave: cuidado; salud; interfaces del psicoanálisis.

Health and caring: an integrated conception

Abstract: This article rescues and develops new ideas towards a General Theory of Caring based in psychoanalytic concepts and theories and focusing on individual psychic and somatic health. It aims at the creation of a platform to facilitate the multi-disciplinary work around the production and sustainability of the individual's health and its relationships with the fields of biology and culture.

Keywords: caring; health; psychoanalytic interfaces.

Referências

- Balint, M. (1951). Love and hate. In M. Balint, *Primary love and psychoanalytic technique*. London: Maresfield.
- Balint, E. (1972). Fair shares and mutual concern. In E. Balint, *Before I was I. Psychoanalysis and the imagination*. London: The Free Association Books.
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. In W. R. Bion, *Second Thoughts*. New York: Jason Aronson.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations*. New York: Jason Aronson.
- Bollas, C. (1987). O objeto transformacional. In C. Bollas, *A sombra do objeto*. Rio de Janeiro: Imago.
- Coelho Júnior, N. e Figueiredo, L. C. (2003). Patterns of intersubjectivity in the constitution of subjectivity: figures of otherness. *Culture & Psychology*, 9 (3), 193-208.
- Fédida, P. (2002). *Dos benefícios da depressão. Elogio da psicoterapia* (M. Gambini, Trad.). São Paulo: Escuta. (Obra original publicada em 2001).
- Ferenci, S. (1969). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1932).
- Figueiredo, L. C. (2008). Presença, implicação e reserva”. In L. C. Figueiredo e N. Coelho Júnior, *Ética e técnica em psicanálise* (2a edição). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009a). *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009b). Metapsicologia do cuidado. In L. C. Figueiredo, *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009c). A psicanálise e a clínica contemporânea. Uma introdução. In L. C. Figueiredo, *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2011a). A interpretação psicanalítica: clínica e formações da cultura. Aulas para o curso de pós-graduação em psicologia clínica na PUC-SP.
- Figueiredo, L. C. (2011b). A situação analisante e as variedades da clínica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45 (1), 99-111.
- Figueiredo, L. C., Tamburrino, G. e Ribeiro, M. (2011). *Bion em nove lições. Lendo Transformações*. São Paulo: Escuta.
- Klein, M. (1960). On mental health. In R. Money-Kyrle (Ed.), *The Writings of Melanie Klein*. (Vol. 3). New York: The Free Press.

- Levine, H. (2011). The consolation which is drawn from truth: the analysis of a patient unable to suffer experience. In C. Mawson (Org.), *Bion today*. London: The New Library of Psychoanalysis.
- Meltzer, D. & Williams, M. H. (1988). *The apprehension of beauty. The role of aesthetic conflict in development, violence and art*. London: The Clunie Press.
- Ribeiro, P. C. et al. (2005). Um lugar para a imitação em psicanálise. Resenha de três artigos sobre imitação publicados no *Journal of Child Psychoterapy*, 31. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 9, 750-758.
- Ribeiro, P. C. et al. (2011). *Imitação: seu lugar na psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roussillon, R. (2005). La conversation psychanalytique. Un divan en latence. *Revue Française de Psychanalyse*, 69 (2), 365-381.
- Searles, H. (1975). The patient as therapist to his analyst. *Countertransference and related texts*. Madison: International Universities Press.
- Schrödinger, E. (1944). *What is life? The physical aspect of the living cell*. Cambridge: The University Press.
- Winnicott, D. W. (1967) The concept of a healthy individual. In D.W. Winnicott, *Home is where we start from*. New York and London: Norton & Company.
- Winnicott, D. W. (1969). The mother-infant experience of mutuality. In D.W. Winnicott, *Psychoanalytic explorations*. Cambridge: Harvard University.

Luís Claudio Figueiredo
Rua Alcides Pertiga 65, Cerqueira César
05413-100, São Paulo, SP
lclaudio@netpoint.com.br

