

A metapsicologia do cuidado¹

Luís Claudio Figueiredo

Resumo

A teoria e a clínica psicanalítica servem de base para o desenvolvimento de uma concepção geral do cuidado que possa ser compreendida e operada por agentes cuidadores em geral: mães e pais, médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, fonoaudiólogos etc, sem exclusão dos próprios psicanalistas. As diversas faces do cuidar são apresentadas em termos daquilo que o cuidador faz como *presença implicada* – acolher, reconhecer e interpelar – e como *presença reservada* – dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões excessivas. Enfatiza-se a necessidade de equilíbrio dinâmico entre estas diferentes formas de presença e alerta-se sobre a possibilidade dos cuidados serem oferecidos em função das necessidades narcísicas do cuidador e em prejuízo dos seus objetos.

Unitermos

Cuidado; implicação e reserva; *holding*; continência; reconhecimento; interpelação.

Palavras preliminares

Atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação, bem como, em geral, do que nos cabe a todos na condição de seres humanos vivendo em sociedade. Os saberes e práticas da psicanálise podem nos oferecer preciosos elementos para uma compreensão rigorosa do que está envolvido nos cuidados, propiciando a formulação do que poderá, talvez, ser denominado como uma “teoria geral do cuidar”, assentada em uma interpretação metapsicológica de tais processos, capaz de identificar seus mecanismos e dinâmicas profundas. Em contrapartida, espera-se que tal concepção reverta em benefício da psicanálise, estabelecendo um contexto geral para o exercício de sua função terapêutica, sem que com isso se pretenda ignorar o que há de singular na prática psicanalítica. O presente texto foi escrito de forma a se endereçar a todos os agentes cuidadores – profissionais ou não, como é o caso de pais e mães –, mas também a fazer um sentido especial para os psicanalistas e terapeutas.

A recepção ao infante, à criança e ao adolescente no plano da cultura

O ingresso de um recém-nascido na vida e no mundo propriamente humano é marcado por uma complexa trama de acontecimentos que estabelecem as condições e as formas de sua recepção, e em decorrência, de seu vir-a-ser humano. Cada cultura, cada sociedade e cada época se caracterizam por seus procedimentos específicos, mas nunca faltam algumas dimensões que parecem universais. E embora no começo da vida tais acontecimentos sejam muito evidentes, eles se repetem em outros pontos de passagem, indo, na verdade, bem além da adolescência.

Há, por exemplo, procedimentos ritualizados de “salvação” que retiram o infante das trevas do não-ser para colocá-lo entre os vivos e humanos. Batizados e circuncisões, por exemplo, fazem parte deste arsenal. Ao longo da vida, outros rituais de passagem podem ser acionados para re-posicionar o sujeito entre seus pares e semelhantes, sobre o mesmo solo e debaixo do mesmo céu (ou dos mesmos deuses), como a Primeira Comunhão entre católicos e os Bar e Bat Mitzvah entre judeus. Cerimônias como festas de formatura, aniversários e casamentos pertencem à mesma família dos dispositivos de recepção e reposicionamento no mundo. Assim ocorrem as integrações e reintegrações do indivíduo nos dois planos religiosos: o da horizontalidade (solidariedade com os semelhantes) e o da verticalidade (adoração e obediência ao sagrado ou aos mais elevados valores). Em todos esses procedimentos e rituais se dá uma separação – separa-se o sujeito das trevas, da natureza, da ignorância, da imundície e do pecado, ou da família de origem, por exemplo – para que se possa dar uma nova ligação.

Outros procedimentos – freqüentemente interligados aos anteriores – colocam-se no campo do que hoje em dia denominamos como *tratamento*. Atualmente, a ciência e as técnicas assumem o comando – por exemplo, na puericultura, na pediatria e nos demais dispositivos de *cura* e de estabelecimento e restabelecimento da *saúde*. Mas quando o espírito científico não era dominante ou onde ainda não é, os procedimentos alimentares (dietas), higiênicos (regimes, hábitos de limpeza e exercícios físicos) e terapêuticos eram ou são construídos e acionados em outras bases, freqüentemente religiosas. Contudo, um infante, uma criança ou um adolescente (ressalvando-se que estas categorias são ocidentais e modernas, não universais, mas que as mudanças de idade ao longo da vida nunca puderam ser ignoradas) sempre foram objetos de prescrições e interdições voltadas para assegurar ou promover sua integridade física e mental, e seu ingresso e participação na comunidade dos homens. Também neste âmbito são efetuadas separações e ligações: o bom, o conveniente, o desejável e o salutar não podem se instalar se seus inimigos não forem identificados e combatidos.

Finalmente, em um plano em que já não dominam nem os rituais nem as prescrições e interdições laicas muito codificadas e quase obrigatórias, encontramos um conjunto de procedimentos de puro *cuidado*. É claro que nos dois planos anteriormente considerados já há práticas de cuidados sendo exercitadas: cuida-se da alma e cuida-se do corpo. No entanto, mesmo quando a recepção de ordem religiosa domina, ou quando a dominância passa a ser a do tratamento, há uma infinidade de outras ações de cuidado que nem visam à salvação das almas nem ao bem estar da unidade somato-psíquica do indivíduo. Chamaremos de *ética* a esta dimensão da disposição do mundo humano receber seus novos membros; nela as operações de separação e ligação – corte e costura – se manifestam da forma tão ou mais cristalina, posto que menos rígida, como se verá adiante. Tal dimensão inclui, naturalmente, o que cabe na rubrica das práticas de “educação”, mas não se restringe a isso, ao menos no sentido restrito do termo. Experiências que não costumamos entender como alvo de uma “educação” também são motivo de cuidados, como as que dizem respeito ao prazer, ao divertimento, às brincadeiras e entretenimentos etc.

O cuidado – com o outro e consigo – como forma do permitir ou facilitar que se crie / forme um sentido humano²

Mesmo que as motivações e razões alegadas sejam de índole religiosa ou “terapêutica”, acreditamos que o sentido mais profundo de todas as práticas de recepção é o de propiciar para o indivíduo uma possibilidade de “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte. Este “fazer sentido” – seja o atraso da mãe, seja a presença de um estranho (o médico, por exemplo), seja uma doença etc – se dá e é requerido em oposição aos excessos traumáticos que uma vida, mesmo a mais simples, comum e pacífica, comporta. Nestes casos e em todos os outros, fazer sentido implica estabelecer ligações, dar forma, seqüência e inteligibilidade aos acontecimentos. Em outras palavras: fazer sentido equivale a constituir para o sujeito uma *experiência integrada*, uma *experiência de integração*. Tais experiências não se constituem se não puderem ser primeiramente exercidas, ensinadas e facilitadas pelos *cuidados* de que somos alvo.

Sugere-se, enfim, que consideremos o “fazer sentido” em oposição às falhas, excessos e faltas traumáticas com que a vida nos desafia. A existência humana transcorre longe da perfeição, da estabilidade e da permanência. Nem há garantias nem correspondência pré-estabelecida entre nossos impulsos e desejos, de um lado, e seus objetos e condições de satisfação, de outro; nem entre aquelas forças

poderosas e insistentes e nossas capacidades de domínio e autodomínio. O homem é um animal doente, como disse o filósofo, e as *desproporções* fazem parte essencial de nossa condição e de nossa história. A experiência das desproporções – ou desencaixe – é uma ameaça contínua de “sem-sentido” em nossas vidas.

Exige-se, ao indivíduo e às coletividades, uma contínua atividade de “fazer sentido” (corte e costura, modelagem) como forma de tessitura de um *solo humano* para a existência, de um *lugar humano para existir* – um *ethos*. Sem isso, a vida se transformaria, efetivamente, em “uma história feita de som e de fúria contada por um idiota e que não significa nada”, como disse Shakespeare, e foi retomado pelo grande romancista americano William Faulkner. Tornar a existência algo distinto desta eloqüente descrição é a tarefa ética dos *cuidados*.

As dimensões do cuidado com o outro e as figuras da alteridade (modos do agente cuidador se apresentar como presença implicada)

O agente de cuidados – os pais, o médico, a enfermeira, o professor, o amigo etc – em parte exerce sua função como presença implicada, ou seja, comprometido e atuante. O sujeito implicado é o que “faz coisas”. Esta afirmação pode parecer óbvia pois estamos acostumados a reconhecer um agente de cuidados pelo seu fazer. No entanto, como veremos adiante, uma forma decisiva do cuidar não envolve o fazer, colocando-se o agente cuidador como *presença em reserva*. Começaremos, porém, contemplando algumas modalidades da presença implicada do cuidador (cf. Figueiredo, 2006). Cada uma destas modalidades corresponde a uma figura da alteridade, um modo do “outro” se apresentar (Coelho e Figueiredo, 2003) como agente de cuidados.

Sustentar e conter

Começemos com a “intersubjetividade transubjetiva”³. O “outro” que assim se apresenta é um outro englobante, o *ambiente* (social e físico) ou um objeto que desempenha as funções de *acolher, hospedar, agasalhar, alimentar*: no limite e no início da vida, ele pode nem ser reconhecido como um outro diferente de mim, mas ao longo de toda a nossa existência só vivemos bem quando podemos contar com algo ou alguém capaz de exercer essas tarefas transubjetivas, mesmo que já percebamos que há uma diferença e uma separação entre nós e esse outro.

Podemos identificar duas dimensões dessas funções primordiais: a função de *holding* (sustentação; Winnicott, 1960), que nos garante a *continuidade*, e

a função de *containing* (continência; W. Bion, 1970) que nos proporciona as experiências de *transformação* (cf. Ogden, 2004).

Não existimos, não nos sentimos existir, não conquistamos um senso de realidade se alguma continuidade não estiver sendo oferecida e experimentada. De início, trata-se da continuidade somato-psíquica em seu nível mais concreto; ao longo da existência, outras dimensões de continuidade – envolvendo as referências identitárias e simbólicas – tornam-se decisivas. Diante dos percalços da vida – das necessidades e desejos e das relações com os outros –, a continuidade não está assegurada e precisa ir sendo construída e reconstruída a cada passo, tarefa do agente de cuidados que dá *sustentação*: ele, para usar uma linguagem coloquial, “segura a barra”. Frequentemente, são famílias, grupos e instituições os objetos mais aptos a oferecer *holding* ao longo da vida, principalmente quando o que está em jogo é a continuidade na posição simbólica do sujeito no mundo; mas indivíduos isolados podem se tornar agentes de *holding* muito eficazes. É o que se espera, por exemplo, de uma mãe suficientemente boa, embora mesmo ela costume funcionar melhor se conta com o marido e com a família para lhe dar lastro e suporte; ela mesma precisa de referências simbólicas para oferecer seu abraço ao bebê, um que seja seguro, mas não o esmague. Nesta medida, mesmo sendo um indivíduo isolado quem oferece o *holding* mais básico e primitivo, este indivíduo – a mãe, por exemplo – funciona como uma instituição.

Por outro lado, é preciso crescer, expandir-se, se possível, sem rupturas excessivas mas também sem meras repetições. É o outro que dá continência quem nos pode oferecer condições e vias para a transformação. Por exemplo, uma obra artística, um filme, um bom romance, poesias são extremamente capazes de conter nossas angústias, nossos desejos e ambições, nossas curiosidades e nossos medos – muitas vezes, operando como *fantasias inconscientes* projetadas para dentro do outro ou do objeto, no processo que Melanie Klein denominou de “identificação projetiva” (1946) –, de forma a transformá-los em conteúdos reconhecíveis, interpretáveis e toleráveis. Por exemplo, as histórias infantis ajudam a criança a nomear, entender, aceitar e tolerar muitos elementos de sua vida corporal e mental primitiva. Esta é a base para a sua transformação e crescimento emocional.

Tal capacidade de transformação, como é evidente nas obras de arte e literárias, corresponde à capacidade de sonhar. Nossas vidas podem se enriquecer a partir do contato com estes objetos de continência que sonham por nós, e nos ensinam a sonhar os conteúdos das fantasias inconscientes que para dentro deles projetamos. Mas também grupos, instituições e indivíduos isolados podem nos ajudar nessas transformações, ajudando a sonhar, ajudando a dar forma,

colorido, palavra e voz aos estratos mais profundos do psiquismo. Estas são formas extraordinariamente importantes do cuidar. Quando nos faltam, sofremos com a sobrecarga de experiências emocionais obscuras e perturbadoras.

Tanto para a experiência da continuidade quanto para a de transformação, a presença implicada do outro transubjetivo (o *Transconsciente* de Gerber) é, portanto, indispensável, segurando, hospedando, agasalhando, alimentando e “sonhando” das maneiras mais diversas, desde as mais concretas até as mais sutis e espirituais.

Reconhecer

Uma segunda figura da alteridade é a que comparece na intersubjetividade interpessoal. Aqui há dois sujeitos frente a frente, exercendo um para o outro – embora uma responsabilidade especial caiba ao agente cuidador – a função de *reconhecer*. Na psicanálise, dois autores destacaram-se na ênfase a esta função, Winnicott (1971) e Kohut (1978). Ela pode ser desdobrada em dois níveis: o do testemunhar e o do refletir / espelhar, sendo que a segunda depende da primeira: o espelhamento que não inclua o autêntico testemunho não poderá efetivar a tarefa de reconhecimento, criando imagens falseadas e alienantes do *self*. Muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem.

Esta modalidade de cuidados pode passar despercebida, tão discreta ela pode ser, mas sua falta revela-se extremamente nociva para a instalação da auto-imagem e da auto-estima (dimensões do *self*), o que, por sua vez, acarreta uma série de problemas psicológicos e comportamentais. Porque é discreta e aparentemente anódina, pouco se valoriza, a não ser quando falta ou falha, a disponibilidade deste cuidar silencioso que se resume a prestar atenção e responder na medida, quando e se for pertinente. Neste mundo em que as desproporções proliferam entre os desejos e seus objetos, os medos e seus motivos etc, a *experiência da medida*, enraizada em um reconhecimento preciso do outro no que tem de mais próprio comporta um potencial ético difícil de ser exagerado.

Interpelar e reclamar

Finalmente, consideremos esta figura da alteridade que é a da intersubjetividade “traumática”. No caso, trata-se do “outro” diferente, marcado desde sempre pela diferença e pela incompletude; é o outro sexuado e, ele mesmo,

desejante, vulnerável, dotado de um inconsciente. Pode parecer estranho incluir este traço entre os exigidos para o agente do cuidado, pois muitas vezes aí reside uma fonte de graves sofrimentos, como no caso da "confusão de línguas" descrita por S. Ferenczi (1932). No entanto, é a partir daí que se pode exercer a função de *interpelar*, seduzir (Laplanche, 1992) ou reclamar (Alvarez, 1992), sem as quais o objeto dos cuidados não acede à vida e à humanidade.

O outro cuidador deve ser também uma fonte de questões e enigmas (Laplanche, 1992). Nesta condição, ele introduz (Laplanche) ou desperta (Green) a pulsionalidade, um movimento somato-psíquico e uma exigência de resposta; apenas como resposta a esta exigência alguém vem-a-ser. Na verdade, preferimos a noção de que o objeto primário *desperta* a pulsionalidade (Green, 1993) à de que ele a *introduz*, como afirma Laplanche, pois acreditamos, a partir de Freud e de Melanie Klein, que a pulsionalidade infantil é intrínseca. Ambas as noções, contudo, apontam para a função de *interpelar*, na qual se trata de uma forma de recepção bastante ativa que equivale a uma *intimação*.

Um modo muito primitivo e aparentemente casual de intimar ocorre quando damos um nome – ou um apelido – a alguém, isto é, nomeamos e forçamos o sujeito a responder por seu nome, por sua pessoa, por sua existência. A isto corresponde a função de ex-citar, chamar para fora, chamar às falas. Além disso, o outro que interpela e reclama funciona como agente do confronto e do limite, fazendo com que o sujeito entre em contato com os fatos da existência: a morte, a finitude, a alteridade e a lei. Ambas as funções – chamar à vida, chamar às falas e chamar à ordem – são tão necessárias aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto as funções do acolhimento e do reconhecimento vistas anteriormente. Esta modalidade de cuidado é, por exemplo, a do professor que chama o aluno à lousa para resolver um problema, a do juiz que ouve depoimentos, a do padre que ouve confissões ou a do médico que solicita ao paciente uma descrição de suas dores e sintomas, de seus hábitos alimentares etc, ou ainda a da mãe que conversa com o filho que ainda nem sabe falar. Além disso, é claro, ela o interpela e seduz por seus gestos, olhares etc, que no conjunto o mobilizam e equivalem a uma exigência de resposta. Sem tais cuidados, um bebê não "vinga". Neste caso, é claro, o sujeito não vem-a-ser imediatamente falando – embora venha a ser falante a partir do que escuta e do que lhe é implicitamente exigido como resposta. Mas ainda antes de aprender a falar, seja sorrindo, seja olhando, estendendo os braços etc, ele vem-a-ser como resposta à doce interpelação que a mãe lhe faz: a mãe reclama (Alvarez) sua presença viva e interativa.

Os extravios e excessos nas funções de cuidado: exageros da implicação

Até de doce de coco, que é bom, a gente enjoa. Os excessos da implicação são bem mais graves do que um mero mal-estar gástrico. Quando a intersubjetividade transubjetiva domina em excesso, configura-se uma experiência de engolfamento totalitário e claustrofóbico. É o cuidado que não dá sossego, sufoca. Mas também o reconhecimento ilimitado – que vai muito além e se desvia do testemunho autêntico e veraz – produz uma especularidade narcísica em que se instala a dependência diante da atenção e da aprovação alheia, um estado de alienação. Finalmente, e da maneira mais evidente, pode-se gerar uma experiência de traumatismo crônico quando o outro reclamante e interpelador, o outro-questão, sobressai demasiadamente. Seja pela impotência a que o sujeito se vê reduzido, seja pelas defesas que devem ser construídas para continuar vivo apesar do trauma, esta forma de cuidado pode ser das mais perniciosas quando atuada em excesso. Ela gera sujeitos com uma autocrítica arrasadora (um superego severo e intratável) ou com uma compulsão para a adaptação absoluta às demandas do ambiente (um falso *self* enrijecido e dominante), incompatível com a vida e a espontaneidade. No começo da vida, os excessos nesta função interpeladora serão particularmente perniciosos, e é preciso muita atenção para a questão da “dosagem”. No entanto, sustentamos que mesmo nesses momentos em que as funções de acolher e reconhecer são tão decisivas, alguma forma de interpelação deve estar presente como modo de despertar e chamar para a vida.

Todos os exageros da presença implicada, contudo, comportam modos de aprisionamento psíquico, de imobilidade e de incapacitação. Como voltaremos a ver adiante, essas três figuras da alteridade, essas três modalidades de cuidados com suas respectivas funções – acolher, reconhecer e questionar – precisam agir em equilíbrio dinâmico para que os cuidados efetivamente proporcionem a instalação de uma capacidade de fazer sentido no indivíduo. No entanto, mesmo o melhor equilíbrio das funções da presença implicada do cuidador nem seria suficiente nem seria viável se ao cuidador não coubesse a sabedoria de ausentar-se, ou melhor, de manter-se também em *presença reservada*.

Implicação e reserva: retomando a questão a partir das funções cuidadoras

Em um texto publicado há alguns anos (Figueiredo e Coelho Júnior, 2000), sugeri que a condução de um processo de psicanálise requer ao analista a

capacidade de manter-se simultaneamente como presença implicada e presença reservada. É óbvia a insuficiência da pura reserva, entendida como neutralidade, indiferença e silêncio, principalmente diante dos pacientes chamados “difíceis”. No entanto, seja na análise seja na vida e em qualquer experiência de cuidado são inegáveis os malefícios da implicação pura – os extravios e excessos das funções cuidadoras –, mesmo quando, e principalmente quando, são justificados pela melhores razões humanitárias: salvar, socorrer, curar a todo custo! Para que se dê o *equilíbrio dinâmico* entre os três eixos dos cuidados, e mais ainda, para que este equilíbrio ocorra de modo espontâneo, é necessário que o agente cuidador possa moderar seus fazeres. Essa moderação depende da capacidade do agente de cuidados conseguir manter-se em reserva e desapegar-se. Nesta condição, ele “deixa ser” seu “objeto” e o não-cuidar converte-se em uma maneira muito sutil e eficaz de cuidado, como a da mãe que deixa seu filho brincar sossegado enquanto ela se atém a estar presente, ao lado, silenciosa, dedicando-se, quem sabe, a seus próprios afazeres e interesses.

Nesta posição, o cuidador exerce a renúncia à sua própria onipotência e à aceitação de sua própria dependência. Trata-se, enfim de renunciar às fantasias reparadoras maníacas: é preciso saber cuidar do outro, mas também cuidar de si e... deixar-se cuidar pelos outros, pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido.

De saída, é preciso saber deixar-se cuidar pelo “terceiro elemento” da relação em que se ocupa o lugar de agente de cuidados, como, por exemplo, a mãe do bebê que se deixa cuidar pelo pai e pelas avós do recém-nascido, e que se deixa orientar pelo médico, pelas amigas etc. Enfim, esse cuidador sabe compartilhar e operar em relações complexas de colaboração. Em termos psicanalíticos, pode-se dizer que esse sujeito foi capaz de um bom atravessamento das questões da triangulação edipiana e pôde renunciar à onipotência e ao fascínio das relações duais e excludentes (mas este ponto não será desenvolvido no presente contexto). Sem prejuízo do que sabe e pode, e sem renegar o que sabe que sabe e pode, o agente de cuidados nem sabe tudo nem tudo pode. Reconhecer a finitude e o limite deixará o cuidador muito mais sensível aos objetos de seu cuidado, e muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados, uma hipótese que não pode ser ignorada, como se verá a seguir. Esse agente de cuidado não fará do cuidar um exercício de domínio, e assim os exageros da presença implicada serão mais facilmente evitados.

Não só o agente dos cuidados melhora a qualidade do que faz quando compartilha seus fazeres e decisões com outros agentes cuidadores. Ele ganha

muito se descobrir que o objeto de cuidados em diversos aspectos surpreendentes pode, também ele, exercer funções cuidadoras diante daquele que supostamente monopoliza tais tarefas. Deixar-se cuidar pelo objeto do cuidado passa a ser em si mesmo uma forma eficaz de cuidar. É preciso que a mãe, por exemplo, descubra os modos de ser cuidada pelo bebê, o médico pelo paciente, o professor pelo aluno etc. O psicanalista americano H. Searles (1979) nos apresenta inúmeros exemplos e uma interpretação teórica convincente acerca da importância desta reversão de expectativas: deixar-se cuidar – na justa medida e sem exploração – pelo objeto de cuidados tem a função de confirmar a potência e a significação do sujeito; ao mesmo tempo, é uma chamada à ativa responsabilidade como uma confirmação e um reconhecimento do outro, seja um bebê, um aluno, um doente, um louco ou um velho debilitado.

No limite, ao cuidador fará sempre bem uma boa dose de modéstia e a aceitação do acaso como elemento significativo nos processos humanos: se ele dispuser de confiança e fé nos outros e nas potências da vida, ficará mais livre das modalidades de cuidados em que o excesso de implicação do agente despotencializa, desqualifica e aprisiona seus objetos (bebês, alunos, pacientes etc).

Contudo, o mais importante sobre a necessidade da presença reservada ainda está por ser dito. Cabe ao agente de cuidados oferecer ao objeto de seu cuidado um espaço vital desobstruído, não-saturado por sua presença e seus fazeres. É neste espaço vital, que o cuidador deixa livre e vazio – sendo sua tarefa justamente a de protegê-lo contra a presença excessiva de objetos e representações –, que o sujeito poderá exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades. A base de todo o movimento é exatamente o da retirada estratégica do agente cuidador: ele se mantém em reserva para convocar à ação, ou seja, dar ensejo à atividade criativa auto-erótica do sujeito (Fédida, 1992). Cria-se, assim, um espaço potencial (Winnicott) na presença reservada do cuidador, e nesse espaço, alucinar e todas as suas derivações, é possível e necessário. Da alucinação, do sonho e da brincadeira – formas elementares do fantasiar inconsciente (Melanie Klein) – decorrem todos os demais recursos psíquicos criativos a que o sujeito pode ter acesso e de que pode se apropriar. O pensamento mais racional e abstrato tem suas raízes e condições de possibilidade na alucinação, no sonho e na brincadeira. Uma função primordial do cuidador – que não envolve fazer algum, mas apenas *deixar-ser* e *deixar-acontecer*, o que equivale à ação negativa de não impedir que algo seja e aconteça – é a de abrir espaço e dar tempo, ausentando-se e conservando-se em reserva, para a liberação das fantasias inconscientes do sujeito.

O cuidado e a passagem para a *responsabilidade* redefinida

Uma das metas dos cuidados é a de levar seu objeto a desenvolver as capacidades cuidadoras. Não apenas ser recebido na vida e no mundo e na história humanos, mas ser ele mesmo um participante ativo desses processos, mesmo quando lhe faltam conhecimentos especializados. O doente não se converte em médico, mas algo de sua doença e de “sua” medicina espera-se que ele conheça para não adoecer de novo ou poder tratar-se melhor. Nesta medida, o desejável é que as funções cuidadoras sejam introjetadas. Tudo seria mais simples se elas pudessem ser plenamente codificadas, como se dá nos rituais, para serem ensinadas e repetidas. Mas o campo de cuidados é mais amplo e mais complexo, e nele as ritualizações e os procedimentos especializados nem são exclusivos nem são o mais importante. Muitas vezes os agentes especializados, como médicos, professores etc, pensam que suas atividades poderiam se ater às normas técnicas de eficácia. Mas não é verdade, e o equilíbrio dinâmico entre as funções da presença implicada, e suas relações com a presença reservada, não são ensinados em nenhum manual. É preciso que haja uma introjeção criativa das funções cuidadoras e isso também não se aprende nem por receita nem por imitação. É claro que a imitação de bons modelos de cuidados pode ajudar, bem como ajuda uma compreensão mais teórica do que está envolvido nas práticas de cuidado. No entanto, para que a introjeção seja criativa é necessário que elas se enraízem nas capacidades do sujeito ativas pelo outro, pelo agente cuidador. Em especial, acreditamos que a introjeção das boas experiências e dos bons modelos requer uma forma de cuidados em que se abram espaços e se dê tempo. Nesta medida, tudo que foi dito acerca da presença reservada é da maior importância, pois apenas a moderação das fantasias onipotentes do cuidador – estabelecendo os limites do que faz e do que pode fazer – lança as bases para que seus fazeres não se confundam com poder e domínio.

Quando poder e domínio passam a predominar (nos usos patológicos do cuidar, examinados adiante), dois efeitos ocorrem: a) gera-se uma profunda ambivalência no objeto do cuidado, que se sente ao mesmo tempo muito cuidado e muito descuidado, muito tratado e muito maltratado, aprisionado; b) suas potencialidade auto-eróticas criativas não são acionadas. Esse sujeito, travado pela ambivalência e pela impotência, não poderá ser atravessado pelas introjeções criativas. Ou bem vai rejeitar os introjetos como quem rejeita um corpo estranho e potencialmente inimigo, ou bem vai incorporá-los sem assimilação genuína. No lugar de um exercício criativo e pessoal das atividades de cuidados encontraremos a pura e simples inaptidão para cuidar ou um exercício mecânico, estereotipado, repetitivo e compulsivo. Infelizmente, não nos faltariam exemplos de mães, pais, médicos, professores, enfermeiros etc, que tendem para esta

segunda condição, posto que os que se sentem decididamente inaptos evitam as tarefas dessa natureza e essas profissões.

Apenas quem introjetou criativamente as funções cuidadoras e as exerce com a mesma criatividade pode transmiti-las de forma criativa e eficaz e ajudar na constituição de sujeitos *responsáveis*.

Como já sugerimos, a transmissão não pode ser vista como um adendo facultativo: cuidar bem é, entre outras coisas, transmitir bem as funções cuidadoras, mesmo que em uma dose modesta e limitada. O bom professor ensina a aprender e a ensinar, os bons pais geram bons filhos e bons pais, o bom médico ou o bom enfermeiro fazem de seu paciente um agente de saúde, e assim por diante. Não conseguir transmitir a capacidade cuidadora é prova, em última análise, de que ela não pôde ser bem exercitada.

Exercício e transmissão

E o que é bem exercitar a capacidade de cuidar senão uma mescla dos bons modelos e das boas idéias introjetadas com aquilo que emerge do sujeito a partir de seu potencial de objetualização (Green), vale dizer, a partir da sua capacidade auto-erótica de alucinar, sonhar e brincar na e para a produção de novos objetos a serem investidos? Em outras palavras, o exercício criativo dos cuidados mantém um pé bem fincado nos processos primários e no princípio de prazer. O cuidar converte-se em algo prazeroso e lúdico. Mesmo que imponha algum sacrifício, não é o espírito de sacrifício o que o move.

Usos patológicos das atividades de cuidar

Exercendo os cuidados corremos riscos, como por exemplo, o de atuarmos o que pode ser caracterizado como "reparação maníaca". Mas se pudermos desempenhar as atividades de cuidar em profundo contato com o *prazer de criar*, estaremos menos propensos a esta forma de atuação, com sua carga mortífera de onipotência e crueldade, tão mais perigosa quanto mais a fantasia inconsciente onipotente se encontra disfarçada em ação de resgate e salvamento. Na reparação maníaca, o suposto agente de cuidado está movido pela fantasia de negar algum estrago irreparável e intolerável de que se sente culpado, e que destruiu seus entes mais queridos e suas relações mais significativas, ao menos no campo de seu mundo interno, de sua imaginação, no plano inconsciente. Não

se trata de consertar o que a seus olhos não tem conserto, mas de realmente negar a existência do dano. Isso poderia ser realizado apenas na fantasia (é o caso de sujeitos distantes, arrogantes, frios e com um senso de superioridade doentio), mas o cuidador imbuído dessa fantasia tenta na realidade e diante de um objeto que lhe pareça requerer cuidados – o doente para o médico e o enfermeiro, o aluno para o professor etc – exercer tiranicamente o poder de fazer e desfazer o outro segundo seu ideal de perfeição. Ele irá “cuidar” custe o que custar, doa a quem doer, sem nenhuma empatia com a realidade da pessoa a ser cuidada, seus desejos, vontades e sofrimentos. Livre-nos Deus de um cuidador obcecado e fanático, cujos cuidados são movidos pela necessidade de se livrar de uma culpa inconsciente. Os cuidados oferecidos pelos pais de sujeitos que se tornam psicóticos freqüentemente apresentam este caráter. É o caso, por exemplo, do pai do Presidente Schreber estudado por Freud, um pai obcecado pelos rigorosos cuidados despoticamente ministrados ao filho.

Por outro lado, se é de prazer que se trata, não pode ser do prazer (ou gozo) perverso (sádico) de usufruir benefícios do sofrimento ou da impotência e da submissão alheia. Esta fixação do objeto dos cuidados em uma posição meramente objetual e passiva, como vimos, é um dos riscos do excesso de presença implicada e está na origem da perversão do cuidado. Não são poucos, infelizmente, os exemplos tirados das artes, da literatura e da vida de padres, professores, médicos, enfermeiros, pais, mães e irmãos, que fazem da experiência de cuidar uma oportunidade perfeita para o controle e para o prazer perversos.

Tanto quanto no caso dos agentes da reparação maníaca, no uso perverso das práticas de cuidados, a alteridade do sujeito é ignorada ou destruída. No melhor dos casos, cria-se a ambivalência; nos piores, a cumplicidade; e nas situações mais extremas, dá-se um assassinato de alma com a conivência masoquista do morto. Aliás, é necessário ressaltar: assim como o bom cuidador produz sujeitos capazes de cuidar e se cuidar, os cuidadores maníacos ou sádicos geram sujeitos (filhos, alunos, subordinados etc) extremamente propensos a manter-se na dependência de seus cuidados e mal-tratos, repetindo este padrão pela vida afora. No que pode parecer um paradoxo, tais sujeitos dependentes de cuidados cumprem, no plano inconsciente, o papel de cuidarem loucamente de seus cuidadores, que não poderiam viver sem eles. Adoecer ou enlouquecer, por exemplo, pode ser uma forma louca de cuidar dos pais, dando-lhes sentido e razão de ser (cf. Searles, 1979).

Novamente, cabe recordar, será a presença em reserva do cuidador o melhor antídoto contra a mania e o sadismo disfarçado dos agentes de cuidado.

Cuidado e sublimação

É preciso, dizendo de outro modo, que as atividades de cuidar façam parte das vias sublimatórias que nem se confundem com as da reparação maníaca nem com as da erotização das relações de poder e proveito (fala-se em "erotização" destas relações quando elas se transformam em uma fonte de prazer direto). É do *prazer do brincar* e não do prazer sexualizado *stricto sensu* que se trata, ou seja, de uma transformação sublimada das fantasias eróticas e agressivas mais primitivas (cf. Loewald, 1988). Quando essas fantasias puderem ser transformadas e sublimadas, as tarefas reparatórias poderão ser executadas sem o componente maníaco e onipotente, pois já não terão a função inconsciente de defender o agente do cuidado de suas próprias ansiedades: neste caso, ele suporta as imperfeições da existência, as perdas e as turbulências da vida sem precisar negá-las magicamente. A reparação ganha um colorido criativo e as obras de criação adquirem um potencial reparatório; cuidar será tanto reparar quanto criar, será fazer novas ligações e produzir novas formas.

Rápida consideração da cultura contemporânea

É sempre difícil, ainda que importante, lançarmos um olhar sobre o contexto cultural de nossa época. Cuidados não são dispensados no vácuo, os agentes cuidadores e os objetos de seus cuidados têm uma existência histórica determinada. Mas é arriscado afirmar que o que vemos e vivemos é radicalmente distinto do que foi visto e vivido em outras eras, ou, ao contrário, que tudo sempre foi igual e nada mudou. Arrisquemos um pouco.

Será que os excessos das funções cuidadoras na implicação exagerada do acolhimento e do reconhecimento são características marcantes de nosso tempo? Aparentemente, não. A capacidade de indivíduos, famílias, grupos e instituições oferecerem estas formas de cuidado parece em crise. Elas mesmas passam por graves descontinuidades e arcam com certo descrédito: nem podem oferecer continuidade aos sujeitos, nem fazê-los sonhar.

A própria existência de algumas aberrações neste âmbito, como a proliferação de ideologias e partidos totalitários em meados do século passado, e a luta feroz e competitiva por reconhecimento na sociedade neoliberal atestam as falhas nos dispositivos de acolhimento e reconhecimento disponíveis.

Uma sociedade da competição e da imagem revela pelo avesso as graves deficiências em mecanismos sociais de reconhecimento dos indivíduos em suas

singularidades. O culto das “celebridades” e os “quinze minutos de fama” (do que eles se valem para ganhar algum dinheiro e visibilidade, como por exemplo, os participantes do *Big Brother Brasil*) são a caricatura do que poderia ser de fato um reconhecimento.

Os fenômenos do totalitarismo, por seu turno, trazem à tona a intensa demanda de inclusão em ambientes e objetos capazes de sustentação e continência. Na mesma direção, o ressurgimento e expansão do fanatismo nos fundamentalismos religiosos parecem corresponder, no plano macro social, às irrupções da reparação maníaca: trata-se de incluir a todo custo, doa a quem doer – se preciso for, com o uso da força e da tortura. É justamente a massa de indivíduos avulsos e desamparados a que mais se sente atraída pelas promessas de englobamento absoluto proferidas pelos partidos totalitários e pelos líderes religiosos.

Em contrapartida, as irrupções do *não-sentido* se dão na esteira desta forma de implicação exagerada que é a ex-citação, a interpelação e a reclamação traumatizantes, e no exagero da reserva. Se as chamadas à vida, às falas e à ordem são ingredientes essenciais dos cuidados, o exagero destas funções, em detrimento das outras duas funções da presença implicada, produz subjetividades cronicamente traumatizadas e defendidas. De outra parte, nossa tão cara presença reservada pode-se converter facilmente em distância afetiva e indiferença. É o caso, por exemplo, de pais incapazes de cuidar por estarem eles mesmos às voltas com questões cruciais de sua sobrevivência física e psíquica, como no caso da mãe profundamente deprimida analisado por Green como “complexo da mãe morta” (Green, 1983). Os fenômenos sociais e políticos do totalitarismo, acima contemplados, talvez tenham esta função defensiva contra o trauma e contra a indiferença, bem como pode ter a mesma função subjetiva o narcisismo exacerbado que se encontra nessa mescla de competitividade e representação, evidente no ambiente narcisista neoliberal.

No que diz respeito aos agentes dos cuidados, as defesas patológicas contra o *não-sentido* são incompatíveis com os cuidados exercidos de forma equilibrada e espontânea. Talvez vivamos uma crise de cuidadores: menos sujeitos sentem-se aptos e dispostos a cuidar, e muitos que exercem os cuidados fazem-no de forma mecânica e estereotipada.

Na ausência de “cuidadores naturais”, cresce a demanda pelos especialistas, sejam os laicos, sejam os religiosos. Tudo ficaria resolvido se tais especializações, com seus rituais e procedimentos codificados, habilitassem o sujeito efetivamente para as tarefas de cuidar. Não é o caso. As tarefas de cuidado vão muito além do que se ensina e prescreve.

Palavras finais

Quem teve recentemente um parente ou amigo internado em hospital de primeira linha, dotado de todos os recursos tecnológicos e técnicos, de pessoal especializado etc, sabe que precisa levar sua própria equipe de agentes de cuidados para cuidar do doente: os médicos e mesmo os enfermeiros do hospital não estão ali para isso, o que não decorre necessariamente de insuficiências individuais ou má-vontade. Não faz parte da lógica dessa instituição que os cuidados possam ser tão ou mais necessários que os chamados "procedimentos". Assim sendo, enfermeiros, por exemplo, "dão injeções", "tiram a febre", medicam e se responsabilizam pelos procedimentos mais sofisticados; mas cuidar, que é bom, não é com eles, nem lhes cabe como tarefa. Resta a família; mas quem é que pode, com a vida que temos, com esta correria diária etc, cuidar de um enfermo vinte e quatro horas? Quem é que, sendo leigo, sabe o que fazer diante de todos os equipamentos de um quarto de hospital moderno? E de qualquer forma, como introduzir a dimensão do cuidado em um ambiente tão asséptico, administrado e tecnológico? Neste contexto, o trabalho dos "Doutores da Alegria" vem na contramão da cultura e restabelece o lugar, e mesmo a primazia, do cuidar dentro de um espaço que lhe é tão avesso, pois em um ambiente assim, a tendência mais forte será a de "cuidar" de aspectos isolados do paciente. Em termos psicanalíticos, diríamos que tais "cuidados" e procedimentos tecnológicos endereçam-se a objetos parciais, perdendo-se justamente uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração.

Mas minha suspeita é a de que por trás de todos estes elementos de nossa realidade (a cultura hospitalar e médica e as atribulações cotidianas) jaz uma outra realidade bem diferente. Estamos pouco preparados para cuidar, acompanhar os doentes, receber os moribundos em seus últimos passos, estudar com os filhos, escutar os amigos etc. Nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, por exemplo, parece drasticamente reduzida.

Recuperar esta capacidade me parece uma tarefa urgente e preciosa, tanto para os agentes de cuidados – entre os quais o psicanalista –, quanto para todos os humanos. Para isso, não saberia dar a receita, se alguém me pedisse. Apenas o testemunho de quem está há tantos anos dedicado a cuidar, no trabalho e na vida privada: não é ruim, pode ser mesmo a maior das alegrias (os *Doutores da Alegria* que o digam). E é a única forma que conheço de dar à vida que levamos e ao mundo em que vivemos sentido e valor.

Notas

1. Palestra na Maternidade-Escola da UFRJ, em 09 de março de 2007. O texto atual se beneficiou da leitura de uma primeira versão por Marion Minerbo, Alfredo Naffah Neto, Talya Candi, Nelson Coelho Júnior, Liana Melo Bastos e Ignácio Gerber.
2. Esta apresentação se baseia em dois textos anteriores nos quais as questões debatidas foram aprofundadas: Coelho Júnior e Figueiredo (2003) e Figueiredo (2006). Ao leitor interessado neste desenvolvimento sugere-se a leitura desse material.
3. O conceito se aparenta ao proposto por Ignácio Gerber de "Transconsciente", pois se refere a uma dimensão do Inconsciente que atravessa os limites de cada subjetividade isolada.

Referências Bibliográficas

ALVAREZ, A. Reclaiming. *Live Company. Psychoanalytic Psychotherapy with autistic, borderline deprived and abused children*. London: Routledge, 1992.

BION, W.R. *Attention and interpretation*. London: Tavistock, 1970.

COELHO Jr., N.; Figueiredo, L.C. Patterns of intersubjectivity in the constitution of subjectivity: dimensions of otherness. *Culture and psychology*. 9: 183-208, 2003.

FÉDIDA, P. Auto-erotismo e autismo. In: FÉDIDA, P. *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta, 1992.

FERENCZI, S. A confusão de línguas. In: FERENCZI, S. *Obras completas IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1932.

FIGUEIREDO, L.C. A questão do sentido, a intersubjetividade e as teorias das relações de objeto. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 39: 79-88, 2006.

FIGUEIREDO, L.C.; COELHO Jr., N. *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

GREEN, A. *Narcissisme de vie et narcissisme de mort*. Paris: Minuit, 1983.

GREEN, A. *Le travail du négatif*. Paris: Minuit, 1993.

KLEIN, M. (1946). Some notes on schizoid mechanisms. In: KLEIN, M. *The Writings of Melanie*. London: The Free Press, 1975.

KOHUT, H. *The Search for the Self*. Selected Writings of Heinz Kohut, 1950-1978. P. Ornstein (ed). New York: International Universities Press, 1978.

LAPLANCHE, J. *La révolution copernicienne inachevée*. Paris: Aubier, 1992.

LOEWALD, H. *Sublimation: inquiries into theoretical psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press, 1988.

OGDEN, Th. On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psycho-Analysis*. 85: 1349-1364, 2004.

SEARLES, H. The patient as therapist of his analyst. In: SEARLES, H. *Countertransference and related subjects*. New York: International University Press, 1979.

WINNICOTT, D.W. (1960). The theory of parental-infant relationship. In: WINNICOTT, D.W. *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth, 1965.

WINNICOTT, D.W. *Playing and reality*. London: Tavistock, 1971.

The Methapsychology of Caretaking

Abstract

The theory and clinical practice of psychoanalysis is the ground for the development of a General Conception of Care to be understood and used by care-takers like mothers and fathers, physicians, teachers, social workers etc, and, last but not least, by psychoanalysts themselves. Aspects of the care activities are analyzed – associated to the different figures of the “otherness” or positions of the care-taker – and dangers of misusing of care (manic reparation and perversions) are appointed.

Keywords

Caretaking; holding; containing; recognizing; questioning.

Luís Claudio Figueiredo

Psicanalista; Professor (USP; PUC-SP); Autor de artigos em revistas especializadas em psicanálise no Brasil e no exterior e de alguns livros, dentre os quais *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*.

Rua Alcides Pertiga, 65 – 05413-100 – Cerqueira César – São Paulo/SP

Tel: (11) 3086.4016

e-mail: lclaudio@netpoint.com.br

recebido em 08/06/07

aprovado em 01/08/07